



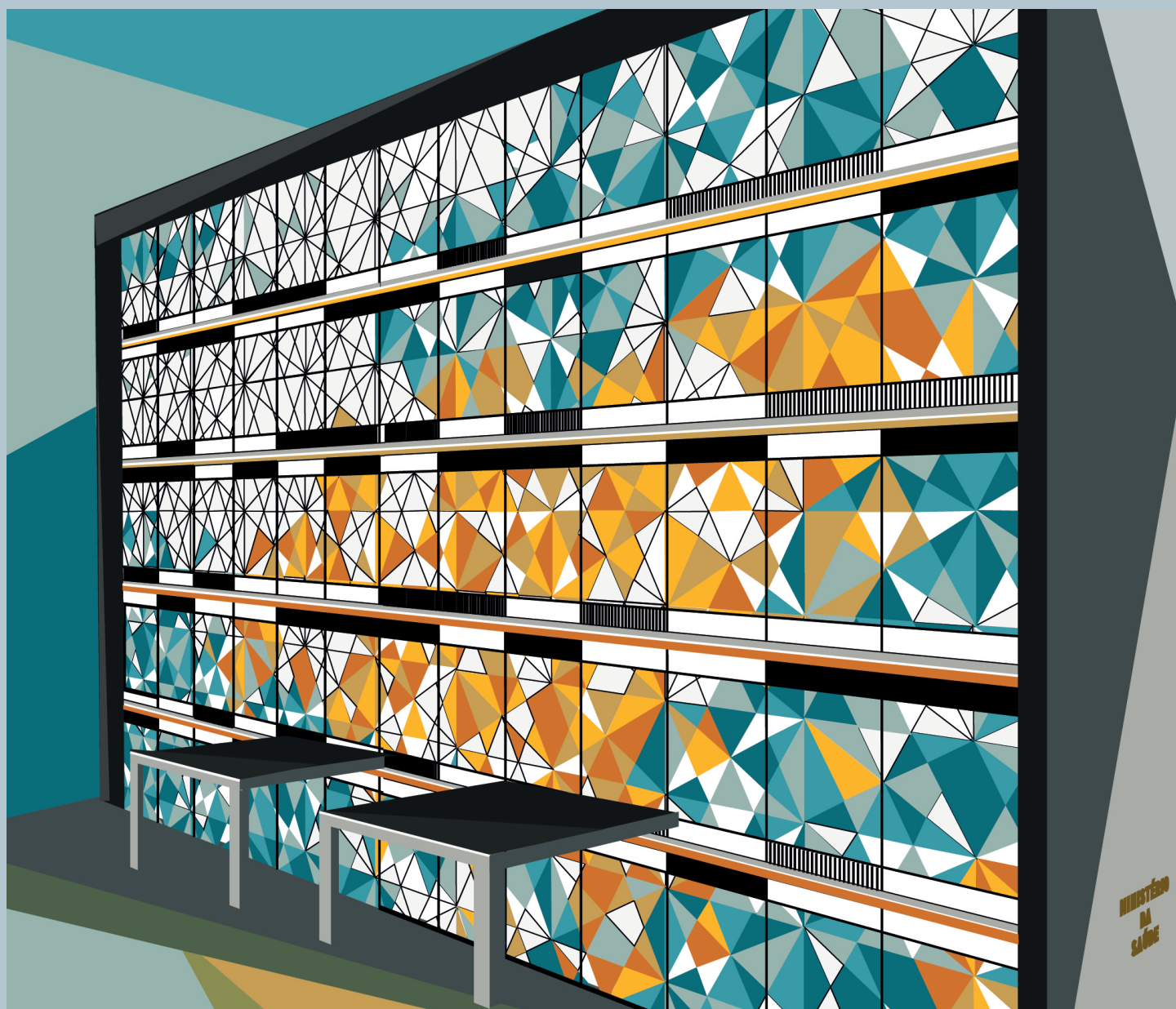
saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

VOLUME 38, NÚMERO 100

RIO DE JANEIRO, JAN/MAR 2014



Financiamento e gestão do SUS

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 Heleno 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

Albinear Plaza Pinto
Ary Carvalho de Miranda
Carlos Octávio Ocké Reis
Cornelis Johannes Van Stralen
Eleonor Minho Conill
Gastão Wagner de Souza Campos
Iris da Conceição
Jairnilson Silva Paim
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
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

JORNALISTA | JOURNALIST

Rodrigo Garcia Vieira Braz

Capa:

Cover:

Ministério da Saúde, Brasília
Health Ministry, Brasília

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



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 Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salete Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Miguel Márquez - Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Havana, Cuba
Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil
Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Sulamis Dain - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

SECRETARIA EDITORIAL | EDITORIAL SECRETARY

Frederico Tomás Azevedo

INDEXAÇÃO | INDEXATION

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

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

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

Apoio

Ministério da Saúde



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 38, NÚMERO 100
RIO DE JANEIRO, JAN-MAR 2014

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

- 4 **EDITORIAL** | *EDITORIAL*
- PESQUISAS** | *RESEARCH*
- 6 **Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00**
Impasse in health financing in Brazil: from the constitutional assembly to the regulation of amendment 29/00
Fábio de Barros Correia Gomes
- 18 **Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma**
Funding of the Unified Health System in FHC, Lula and Dilma government.
Adilson Soares, Nelson Rodrigues dos Santos
- 26 **Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde**
Human resources: critical factor for primary health networks
Caroline Reis Gonçalves, Márcia Teixeira da Cruz, Michelle Pimenta Oliveira, Ariadna Janice Drummond Moraes, Kênia Souto Moreira, Carlos Alberto Quintão Rodrigues, Maísa Tavares de Souza Leite
- 35 **Alternativas e clima político na formulação do sistema de saúde colombiano (Lei 100)**
Options and political stream in the formulation of the Colombian health system (Bill 100)
Clara Aleida Prada Sanabria, Sônia Cristina Lima Chaves
- 50 **A sala de situação da dengue como ferramenta de gestão em saúde**
Dengue situation room as a health management tool
Layza de Souza Chaves Deininger, Kerle Dayana Tavares de Lucena, Daniela Cristina Moreira Marculino de Figueiredo, César Cavalcanti da Silva, Ana Eloísa Cruz de Oliveira, Ulisses Umbelino dos Anjos
- 57 **A dinâmica de três Colegiados de Gestão Regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação**
The dynamics of three "Colegiados de Gestão Regional": a view on regional health planning and pactuation
Pedro Silveira Carneiro, Aldáisa Cassanho Forster, Janise Braga Barros Ferreira
- 69 **Rede Mista: espaço transversal à construção do conhecimento e produção de práticas de saúde mental**
Rede Mista: a cross-sectional place to the construction of knowledge and production of mental health practices
Juliana Hespanhol Dorigan, Solange L'Abbate
- 80 **Repertórios interpretativos de profissionais da rede de saúde mental e atenção primária de Belo Horizonte sobre uso de drogas**
Interpretative repertoires of professionals engaged in network services of mental health and primary care of Belo Horizonte on drug use
Isabela Saraiva de Queiroz, Arthur Parreiras Gomes, Alexandre Lana Reis, Danielle Fanni Dias Knupp, Carina Ribeiro de Aquino
- 94 **Linha de cuidado como dispositivo para a integralidade da atenção a usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço**
Line of care as a device for completeness of attention for users affected by neoplastic injuries on head and neck
Camila Dubow, Vânia Maria Figuera Olivo, Marizete Ilha Ceron; Denise de Oliveira Vedootto, Janaína da Silva Dal Moro, Catlen Padilha de Oliveira; Angela Barbieri

104 **Modelo de suporte à decisão aplicado à identificação de indivíduos não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo**

Decision support model applied to the recognition of non-adherent individuals to antihypertensive therapy

Amira Rose Costa Medeiros, Yana Balduino de Araújo, Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna, Ronei Marcos de Moraes

119 **Religiosidade e qualidade de vida dos pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise**

Religiosity and quality of life of patients with chronic kidney disease on hemodialysis treatment

Fabio Correia Lima Nepomuceno, Ivaldo Menezes de Melo Júnior, Eveline de Almeida Silva, Kerle Dayana Tavares de Lucena

ENSAIOS | ESSAYS

129 **Saúde global e responsabilidade sanitária brasileira: o caso da erradicação da Poliomielite**

Global health and Brazilian health responsibility: the case of Polio eradication

Ana Luísa Teixeira da Costa Durante, Mario Roberto Dal Poz

139 **Judicialização da saúde e a audiência pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal em 2009: o que mudou de lá para cá?**

Judicialization of Health and Public Hearing convened by the Supreme Court in 2009: what has changed since then?

Dalila Fernandes Gomes, Camila Rufino Souza, Felipe Luiz da Silva, Julianna Alves Pôrto, Indyara de Araújo Morais, Maíra Catharina Ramos, Everton Nunes da Silva

REVISÃO | REVIEW

157 **Análise da produção em auditoria e saúde pública a partir da base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde**

Analysis of scientific production on Audit and Public Health based on the Virtual Health Library database

Fábio Solon Tajra, Geison Vasconcelos Lira, Angelo Brito Rodrigues, Leonardo Guirao Junior

RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY

170 **Qualificação de processos de gestão e atenção no município de Caaporã, PB: relatos de tutoria de educação permanente em saúde**

Qualification of management and attention processes in the city of Caaporã, State of Paraíba, Brazil: mentoring reports on permanent education in health

Yuri Wanderley Cavalcanti, Wilton Wilney Nascimento Padilha

181 **As dimensões do cuidado e sua incorporação no ambiente do estágio curricular**

The dimensions of care and its absorption by traineeship

Roselane Gonçalves, Jacqueline Isaac Machado Brigagão

A Revista Saúde em Debate comemora seu 100º número

COMEMORAMOS NESTA EDIÇÃO o 100º número da Revista Saúde em Debate (RSD). Nesses 38 anos de existência e resistência, a RSD tem sido um dos mais importantes veículos de divulgação dos debates da Reforma Sanitária brasileira, dos caminhos e descaminhos do Sistema Único de Saúde (SUS) e da construção de pensamento crítico na área da saúde brasileira e latino-americana. É inegável o papel histórico da Revista no campo da saúde pública. Na RSD, os sanitaristas encontram espaço para expressar suas opiniões e divulgar os resultados de seus estudos e pesquisas, enquanto os profissionais da área referências para as suas práticas políticas e assistenciais.

Para que a RSD chegasse ao nível em que se encontra como veículo acadêmico e político, muitos esforços foram empreendidos. Não vamos citar nomes, porque certamente não seríamos justos com todos os que têm se dedicado direta ou indiretamente à Revista durante esse longo período iniciado em 1976. Queremos agradecer aos autores, consultores, editores, avaliadores e revisores que trabalham ou trabalharam na Revista, em sua maioria, voluntária e gratuitamente, acreditando no papel fundamental de uma revista como meio de disseminação de conhecimento científico produzido nos campos de saberes afetos à saúde.

Atualmente, a RSD faz parte da base de dados LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), HISA (História da Saúde Pública na América Latina e Caribe), LATINDEX (Sistema regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal), SUMÁRIOS (Sumários de Revistas Brasileiras), PERIÓDICA (Índice de Revistas Latino-americano em Ciências) e, desde 2012, passou a integrar a SciELO (Scientific Electronic Library Online). Também, a partir desse número, o leitor observará mudanças no projeto gráfico, que deixaram a revista mais legível, moderna e dinâmica.

Salientamos que a RSD tem resistido à adoção de políticas de publicação, incorporadas por grande parte das revistas científicas brasileiras e estrangeiras, no que diz respeito a qualquer tipo de cobrança para publicação de artigos. Dessa forma, acreditamos que ampliamos o acesso dos autores e contribuimos para democratizar a divulgação do conhecimento científico socialmente relevante para pensar dilemas e desafios da saúde nacional e internacional. Mas, para isso precisamos contar com instituições comprometidas com a saúde nacional que contribuam para a manutenção da Revista. Nos últimos anos, a Fiocruz tem sido parceira inestimável, à qual muito agradecemos.

Por fim, acreditamos que a confrontação de ideias advindas de diferentes correntes de pensamento é fundamental para o debate em qualquer campo do conhecimento. Nesse sentido, a RSD está aberta às contribuições teóricas e metodológicas das diferentes ciências como auxílio à compreensão da complexa realidade que caracteriza o campo da saúde, sem, entretanto, abandonar os ideários que sempre defendemos da saúde como direito e de sistemas de saúde públicos e universais. Esses pressupostos orientam, também, a política editorial da Revista.

Diretoria Nacional do Cebes

Saúde em Debate celebrates its 100th issue

IN THIS EDITION WE CELEBRATE the 100th issue of the Saúde em Debate Journal (RSD). During these 38 years of existence and resistance, RSD has been one of the most important vehicles for the dissemination of debate concerning the Brazilian health reform, the Unified Health System' (SUS) paths and diversions, and the construction of critical thinking in the Brazilian and Latin American health field. The Journal's historical role in the public health field is undeniable. In RSD, sanitarians found space to express their opinions and to disseminate the results of their studies and research, while professionals found references to political and care practices.

For RSD to reach such a level as academic and political vehicle, many efforts have been undertaken. We will not try to name names, because we certainly would not be fair to all those who have devoted themselves directly or indirectly to the Journal during this long period beginning in 1976. We want to thank the authors, advisors, publishers, reviewers and proofreaders who work or worked for the Journal, mostly free and voluntarily, believing in the core role of a journal as a means of dissemination of scientific knowledge produced in the fields of health research.

Currently, RSD is part of LILACS database (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), HISA (História da Saúde Pública na América Latina e Caribe), LATIN-DEX (Sistema regional de Información en Línea para Revistas Científicas de America Latina, el Caribe, España y Portugal), SUMÁRIOS (Sumários de Revistas Brasileiras), PERIÓDICA (Índice de Revistas Latino-americano em Ciências), and, in 2012, it joined SciELO (Scientific Electronic Library Online). As of this issue, also, the reader will notice a redesign of the magazine, which has made it more legible, modern and dynamic.

We stress that, contrary to a large number of Brazilian and foreign scientific journals, RSD has resisted the adoption of any publication policies allowing charging for publication of articles. Thus, we believe to have broadened authors' access and contributed to democratize the dissemination of socially relevant scientific knowledge which addresses dilemmas and challenges of national and international health. In order to accomplish that, however, we need to rely on the support of institutions committed to national health. In recent years, Fiocruz has been an invaluable partner, for which we are very thankful.

Finally, we believe that the confrontation of ideas coming from different streams of thought is central to the debate in any field of knowledge. In this sense, RSD is opened to theoretical and methodological contributions of different sciences as an aid to understand the complex reality that characterizes the health field, without, however, abandoning the ideas we have always advocated of health as right and of public and universal health systems. These assumptions also guide the Journal's editorial policy.

Cebes National Board

Impasses no financiamento da saúde no Brasil: da constituinte à regulamentação da emenda 29/00*

Impasse in health financing in Brazil: from the constitutional assembly to the regulation of amendment 29/00

Fábio de Barros Correia Gomes¹

RESUMO: Trata-se de estudo de caso sobre a relação entre o legislativo e o executivo na definição de legislação com impacto no financiamento da saúde, desde a última Constituinte. Destacaram-se as histórias legislativas e os efeitos das seguintes normas: a Constituição de 1988; a Lei Orgânica da Saúde; as relacionadas à Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira; a Emenda Constitucional 29, de 2000; e a Lei Complementar nº 141 de 2012. Observou-se que apesar da maior iniciativa do legislativo para avançar na agenda do financiamento à saúde, a dependência de estímulos externos tem tornado sua atuação fragmentada e inconsistente. Os avanços dependem de soluções incrementais, insuficientemente definidas pelas coalizões de governo.

PALAVRAS-CHAVE: Legislação; Financiamento em saúde; Poder executivo; Poder legislativo.

ABSTRACT: *This case study reports the interaction between the legislative and executive powers in the definition of federal legislation impacting on health funding since the last National Constituent Assembly. It highlights the legislative histories and the effects of the following laws: the 1988 Constitution, the Organic Health Law; those related to the Provisional Contribution on Financial Transactions; Constitutional Amendment 29 of 2000, and the Complementary Law 141 of 2012. It was observed that, despite the Legislative best endeavor to move the health financing agenda forward, its dependence on external stimuli has rendered its performance fragmented and inconsistent. The advancements depend on incremental, yet insufficient, solutions to be adopted by the government coalitions.*

KEYWORDS: *Legislation; Health financing; Executive power; Legislative power.*

*Esse estudo de caso foi apresentado em maior detalhe na tese de doutorado em ciência política do autor (GOMES, 2011).

¹Doutor em ciência política pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Consultor legislativo da Câmara dos Deputados – Brasília (DF), Brasil. Professor do mestrado profissional em Poder legislativo da Câmara dos Deputados – Brasília (DF), Brasil. fabio.gomes@camara.leg.br

Introdução

A Constituição de 1988 mudou radicalmente a política de saúde no Brasil, provocando alteração estruturante no sistema de saúde, por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Fleury (2009, p.743) destacou que a Constituição “representou uma ruptura com o modelo tanto de Estado quanto de cidadania anteriores, em resposta à mobilização social que a antecedeu”. Contudo, a necessidade da definição de financiamento do setor tem sido demanda recorrente, pois ainda não se alcançou tratamento legal adequado (CARVALHO, 2008; CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 2011). Este estudo de caso objetiva analisar a interação entre o legislativo e o executivo na definição de proposições legislativas com impacto estruturante no financiamento do SUS.

Atualmente, atribui-se ao executivo maior preponderância na produção legislativa em geral, inclusive na área da saúde (NITÃO, 1997; RODRIGUES; ZAULI, 2002; BAPTISTA 2003, 2010). Entretanto também é reconhecido o papel do legislativo na definição de políticas de saúde (GODOI, 2008; GOMES, 2011). Assim, o estudo da interação entre os poderes em matérias sobre o financiamento da saúde interessa na identificação de padrões de interação, que podem ser úteis na compreensão, e superação, dos impasses observados no setor.

Destacam-se as histórias e os efeitos das principais proposições legislativas sobre o financiamento da saúde debatidas no Congresso Nacional e que resultaram em: texto constitucional de 1988, Lei Orgânica da Saúde; normas envolvendo a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF); Emenda Constitucional 29, de 2000, e, com maior ênfase, Lei Complementar nº 141, que regulamentou a Emenda 29 no início de 2012.

Interações entre os poderes e o financiamento do SUS

Rodriguez Neto (2003) revisou o processo histórico de elaboração dos dispositivos relacionados à saúde na Constituinte de 1987/1988 e salientou o papel do legislativo na discussão dos problemas do setor, destacando que, a partir da realização do 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde promovido pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, ainda em 1979, sob a assessoria do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), a proposta originária do SUS foi colocada para debate público. Em 1986, por ocasião da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), traçaram-se estratégias pelo movimento sanitário, propiciando unidade das propostas a serem defendidas na Constituinte. Nesta, as disputas em torno da definição do sistema de saúde revelaram profundas divergências na sociedade a respeito do papel dos setores público e privado na conformação do novo sistema de saúde, numa época em que era dominante a tendência para uma redução do papel dos Estados nas políticas sociais.

Na Constituinte, o segmento do projeto de Constituição elaborado pela Comissão Afonso Arinos ‘sequer foi considerado’, uma vez que não contemplava as contribuições da 8ª CNS (RODRIGUEZ NETO, 2003). As propostas sobre saúde foram debatidas pela Subcomissão de Saúde, Segurança e Meio Ambiente (que não chegou a consenso sobre o financiamento) e pela Comissão da Ordem Social. Nesta ocorreu maior polarização, pois havia mais membros apoiando o setor privado. Introduziu-se a ideia da Seguridade Social por influência do Ministério da Previdência Social. O argumento relacionou-se à obtenção de tratamento diferenciado para o financiamento da seguridade, o que não ocorreria se houvesse sido dado um tratamento em separado para a obtenção de recursos para a previdência, saúde e assistência social. Descartou-se a ideia de fundos específicos, como reivindicado pela saúde, bem como percentuais orçamentários para

setores específicos (RODRIGUEZ NETO, 2003).

Em seguida, a Comissão de Sistematização, reponsável pela elaboração do projeto da Constituição, permitiu a apresentação de emendas populares, para as quais exigiam-se pelo menos 30 mil assinaturas. A plenária das entidades de saúde foi organizada para esse fim e coletaram-se menos de 60 mil assinaturas, enquanto a emenda sobre a reforma agrária obteve mais de três milhões, e a do ensino público, mais de um milhão de assinaturas. Segundo Rodriguez Neto (2003, p.71):

(...) as dificuldades enfrentadas na coleta de assinaturas evidenciou o quanto o movimento estava distante das entidades realmente populares, de base, na sua prática cotidiana (...). Isso evidenciou ainda mais a necessidade de o movimento da saúde, da Reforma Sanitária, buscar seus verdadeiros aliados especialmente os que estão fora das academias e das corporações.

O Ministério da Saúde defendeu o projeto do SUS e o da previdência chegou a apresentar proposta para a seguridade em que a saúde aparecia em apenas um artigo e o SUS era omitido. No plenário da Constituinte, a polarização cresceu em dimensões: interesse público e privado, trabalho e capital, estatização e liberalismo (RODRIGUEZ NETO, 2003). O combate à estatização uniu os setores hospitalar privado, de medicina de grupo, de cooperativas médicas e o setor liberal de medicina.

O processo da Constituinte resultou em solução de consenso, incluindo maior ação estatal – com a criação do SUS –, mas também permitindo a atuação do setor privado. Rodriguez Neto destacou que

o que se instituiu foi um sistema único público paralelo a um sistema privado, o qual poderá participar do primeiro mediante contrato de direito público e submetido às suas normas e diretrizes (RODRIGUEZ NETO, 2003, p.101).

Indicou também que a inclusão de dispositivos sobre a política de saúde na Constituição de 1988, ou seja, a aposta na 'via do parlamento' para encaminhar as demandas do Movimento da Reforma Sanitária, "foi uma das estratégias mais bem-sucedidas".

(RODRIGUEZ NETO, 2003, p.35).

A essência da proposta do movimento sanitário foi mantida e

o aspecto mais polêmico, além do referente ao detalhamento e à participação do setor privado, foi o relativo ao financiamento, evidenciando seu insuficiente tratamento técnico anterior (RODRIGUEZ NETO, 2003, p.56).

É comum a percepção de que os constituintes não previram as fontes dos recursos para implantar as políticas sociais, mas, no caso da saúde, ainda que não tenha sido possível solução duradoura, o art. 55 do Ato das Disposições Transitórias estabeleceu que um mínimo de 30% do orçamento da Seguridade Social, excluído o seguro-desemprego, seria destinado ao setor de saúde até a aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Segundo Carvalho (2008), desde 1989, essas leis mantiveram a definição dos 30% dos recursos da seguridade para a saúde, mas, em 1994, o presidente Itamar Franco vetou esse dispositivo. Caso tivesse sido adotado como solução permanente, o nível federal disporia atualmente de mais que o dobro do orçamento (CARVALHO, 2008; JORGE, 2010).

Apesar da constitucionalização da saúde, persiste a necessidade de mecanismos legais que assegurem

os pisos de gastos necessários à saúde, seja por via de percentuais mínimos, seja pela vinculação interna de elementos da receita da Seguridade Social à saúde (...) tudo, praticamente, terá que ser conquistado através da legislação complementar. (RODRIGUEZ NETO, 2003, p.106-107).

A implantação do SUS requeria, assim, a produção de legislação regulamentadora, o que se efetivou por meio das Leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990, e que compõem a denominada Lei Orgânica da Saúde. Ambas foram iniciadas pelo executivo, e não poderia ser diferente, visto que a competência para iniciar proposições que abordem a estruturação das atividades sob a responsabilidade desse poder lhe é constitucionalmente reservada; contudo, resistiu a apresentá-las.¹

A Lei 8080 foi sancionada em 19 de setembro de 1990 pelo presidente Collor de Mello com 26 vetos parciais (mensagem 680/90), os quais foram mantidos em abril de 1991. Os vetos incidiram sobre artigos que abordavam os conselhos e conferências de saúde - pois foram originados de emenda do legislativo e, como afetam a estrutura do executivo, deveriam ter sido previstos por este-, carreira do SUS e financiamento da saúde. Nova mobilização junto ao executivo fez com que este apresentasse novo projeto (PL 5995/1990) em 12 de dezembro de 1990, abordando apenas a questão da participação social e a transferência de recursos no SUS, resultando na Lei 8142, sancionada em 28 de dezembro de 1990 em apenas 16 dias, dos quais seis para tramitação nas duas Casas.

Após a produção da Lei Orgânica, prevaleceu a via infralegal, por meio de numerosas portarias ministeriais -para onde se deslocou também o foco da sociedade organizada-, que estabeleceram obrigações aos entes federados para o recebimento de recursos, que até poderiam ser questionáveis em relação ao que foi delegado em lei, mas que persistiram sem a devida fiscalização da parte do legislativo. Por exemplo, planos e relatórios de gestão, que deveriam ser exigidos de todos os gestores do SUS, segundo a Lei 8.142, de 1990, em geral têm recebido tratamento burocrático, deixando de contribuir para o planejamento coerente das atividades do sistema.

A indefinição sobre um montante estável para o financiamento do setor saúde resultou em crise a partir da década de 1990. Então,

a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) foi criada após demandas do, então, ministro Adib Jatene por mais recursos para a saúde. Inspirou-se no Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF).² A CPMF foi criada pela Emenda Constitucional 12, de 15 de agosto de 1996, que incluiu o art. 74 nas disposições transitórias, permitindo à União “instituir contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira.” A alíquota de contribuição não poderia exceder a 0,25%; com o produto da arrecadação a ser “destinado integralmente ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento das ações e serviços de saúde”. Também havia previsão de que não se poderia cobrar por prazo superior a dois anos. A regulamentação ocorreu por meio da Lei ordinária 9311 de 24 de outubro de 1996. Essa matéria foi alterada por mais oito leis e três medidas provisórias, (até 2007), e, principalmente, por mais três Emendas Constitucionais - 21/1999, 37/2002, e 42/2003, que prorrogaram sua duração ou modificaram sua alíquota.

Essas alterações constitucionais no Ato das Disposições Transitórias bem demonstram o caráter temporário das soluções. Tal transitoriedade teria continuado caso a oposição, com apoio de parte da base governista do Senado Federal, não tivesse derrubado a CPMF em 2007. A votação por artigos da Proposta de Emenda à Constituição (PEC), que tentava nova prorrogação da CPMF, provavelmente permitiu ‘salvar’ o conteúdo restante, que tratava, em verdade, da Desvinculação das Receitas da União (DRU), outro dispositivo de grande interesse orçamentário do executivo.

As normas relacionadas à CPMF terminaram por promover a elevação dos recursos disponíveis ao executivo, sem preocupação efetiva em ampliar o financiamento da saúde. Na prática, apesar de a saúde ter sido utilizada como justificativa para a criação e manutenção dessa contribuição, a situação

¹Segundo o art. 59 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, o executivo deveria encaminhar os projetos de lei relativos à organização da Seguridade Social no prazo máximo de seis meses, mas o Presidente José Sarney enviou o da saúde após quase 10 meses. Foi necessária a realização de outro Simpósio Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados em 1989 a fim de pressionar o executivo a elaborar o projeto da Lei Orgânica da Saúde (RODRIGUEZ NETO, 2003). O Projeto de Lei Ordinária 3110 foi apresentado na Câmara dos Deputados em 1 de agosto de 1989 e tramitou no Congresso por pouco mais de um ano, sem regime de urgência.

²O IPMF foi instituído pela Lei Complementar 77, de 13 de julho de 1993, com alíquota de 0,25% sobre as movimentações financeiras e incidência até dezembro de 1994, permitindo a alocação de recursos em programas de educação e habitação popular, mas não de saúde.

de insuficiência permaneceu inalterada. Segundo Carvalho (2008, p.44), a CPMF “já chegava à saúde mordida em 20%” pela DRU, o que foi complementado pelo decréscimo de outras fontes, principalmente a Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSSL). Persistia, assim, o subfinanciamento da saúde.

Outras soluções para o problema do financiamento continuaram a ser apresentadas por parlamentares. Destacou-se a PEC 169, de autoria dos deputados Waldir Pires (PSDB/BA) e Eduardo Jorge (PT/SP), apresentada em 7 de julho de 1993, que pretendia garantia de aplicação na saúde, pela União, de no mínimo 30% dos recursos da Seguridade Social provenientes das contribuições sociais e de 10% da receita resultante dos impostos. Para os estados e municípios, o mínimo seria de 10% da receita dos impostos. A justificação da proposta foi breve e não mencionou montante nem a evolução dos recursos.³ Até 1999, nenhuma providência foi tomada para que a proposição fosse votada em plenário. Nesse período, a opção foi pela produção de normas sobre a CPMF.

Outra PEC que tramitava em paralelo, a PEC 82, apresentada em 27 de abril de 1995 pelo deputado Carlos Mosconi (PSDB/MG), destinava à saúde todos os recursos das contribuições dos empregadores sobre o faturamento e o lucro. Em 31 de agosto de 1999, já em nova legislatura, a presidência da Câmara determinou a apensação da PEC 82/1995, à PEC 169/1993. O deputado Ursicino Queiroz (PFL/BA) foi nomeado relator, agrupando as propostas na PEC 82-A. Em 10 de novembro, a proposta foi aprovada e encaminhada ao Senado. Naquela Casa, a proposição, denominada PEC 86/1999, foi relatada pelo senador Antônio Carlos Valadares (PSB/SE), com o voto pela aprovação da matéria. Nessa fase final, a tramitação foi consensual e a Emenda Constitucional 29 foi promulgada em 13 de setembro de 2000. Ressalte-se que a aceleração da fase final da tramitação contou com o

apoio do então ministro da saúde, José Serra (PSDB/SP).

Finalmente, estabeleceram-se previsões mais estáveis para o financiamento da saúde, tornando mais específicas as obrigações relacionadas a este.⁴ Contudo, simulações sobre a evolução do financiamento indicaram que a proposta do governo teria reduzido em mais de 50%, os valores a serem aplicados em saúde pela União, em comparação ao pretendido pela PEC 169/1993 (CARVALHO, 2008). Após a Emenda 29, observou-se aumento da participação no financiamento por parte dos municípios e dos estados e retração relativa da União (FRENTE PARLAMENTAR DA SAÚDE, 2005, 2007; MENDES; MARQUES, 2009).⁵

Embora a regulamentação da Emenda 29 por meio de lei complementar só tenha sido aprovada pelo Congresso no final de 2011, propostas vinham sendo apresentadas desde 2001, e em todas elas houve resistência do executivo em promover aumento de sua participação no financiamento da saúde.⁶

Segundo Carvalho (2008, p. 47),

(...) abandonou-se o critério de defesa dos 30% dos recursos da seguridade e mais 10% dos recursos fiscais e passou-se a defender o mínimo de 10% das receitas correntes brutas da União... era uma proposta conciliatória e mais palatável ao Governo. Historicamente, sempre o mais fraco é que já começa cedendo (...). Seriam menos recursos que os iniciais previstos por Eduardo Jorge,⁷ mas, bem mais que o prescrito na EC-29 (...). O PLP 01-2003 passou a ser a nova bandeira da Reforma Sanitária.

Na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), comissão permanente que tem competência regimental para debater a política de saúde e composta por muitos profissionais da saúde e sanitaristas históricos, a proposição não tramitou com facilidade, mesmo considerando que a autoria, a relatoria e a então presidência da comissão pertenciam ao mesmo partido que o do chefe do executivo. Segundo Carvalho (2008, p.47), o

³ Em 06.06.1995, o deputado Eduardo Jorge explicou em reunião da Comissão Especial que o objetivo era atingir um gasto médio anual por habitante de 220 dólares, somados o público e o privado, em contraste com a média estimada de 100 dólares, que seria o gasto da época.

⁴ Os estados deveriam aplicar um mínimo de 12% de suas receitas em ações e serviços de saúde, e os municípios, 15%. À União não foi exigido percentual de vinculação de receita, mas em 2000, deveria aplicar o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999, acrescido de, no mínimo, cinco por cento. Entre 2001 e 2004, a União deveria aplicar o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

⁵ Os gastos do SUS, após a Emenda 29, passaram de 2,9% do PIB, em 2000, para 3,7%, em 2008, e o gasto per capita no mesmo período passou de 360 para 606 reais – já considerando a inflação; mas o esforço de estados e municípios foi maior: em 2000, participavam com 40,2% do gasto e, em 2008, com 54,1% (PIOLA, 2010). Os gastos federais cresceram menos que as receitas correntes federais. Entre 2000 e 2008, representaram uma média de 8,4% da RCB; mas entre 2002 e 2009 a média foi ainda mais reduzida: 7,1% (PIOLA, 2010). Vale destacar que o gasto federal em 1995 correspondeu a 9,6% da RCB, muito próximo da proposta de 10%, que foi objeto de tanta disputa recentemente.

relatório foi aprovado “a duras penas”, pois o governo de Lula da Silva “fez de tudo” para que o projeto não fosse aprovado na CSSF.

Episódios que precederam a votação na CSSF não deixam dúvida de que o executivo não desejava a progressão da matéria naquele momento. Em reunião do Conselho Nacional de Saúde de 4 de agosto de 2004 o ministro da saúde Humberto Costa informou que:

(...) A Emenda prevê que no ano de 2004 haverá um processo de regulamentação. Assim, há projetos no Congresso Nacional para a regulamentação definitiva. Por outro lado, a Emenda prevê que, em não havendo regulamentação, prevalece o mesmo critério. O entendimento do Governo é que, por ser uma discussão que exige importante nível de aprofundamento, com participação da sociedade civil, deveria ser preservado para 2005 o que está proposto na Emenda. Com isso, não haveria perdas, mas sim ganhos em relação ao Orçamento de 2005. Nós vamos defender essa posição no Congresso Nacional. A Comissão de Seguridade Social está em condições de votar uma proposta e eu solicitarei a presença da Câmara dos Deputados na Comissão para defender essa visão. Nós devemos deixar a Emenda nos moldes atuais e fazer a discussão sobre a sua regulamentação permanente no final desse ano ou no início de 2005 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004, P. 1).

Nessa reunião, foram aprovadas sugestões para mobilização dos conselheiros a fim de participarem das sessões da CSSF, “inclusive, para cobrar da referida Comissão o quórum necessário para viabilizar a votação,” além de cobrar “mais empenho do ministro da saúde” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004). No dia da votação na CSSF, 11 de agosto de 2004, o presidente da Comissão, deputado Eduardo Paes (PSDB/RJ) abriu a sessão assim que o quórum foi alcançado, colocou a matéria em votação e solicitou que os contrários se manifestassem. Como

não houve objeção, pois muitos parlamentares da coalizão haviam se ausentado do recinto, a matéria foi aprovada em menos de dois minutos. Quando retornaram, protestaram com veemência, mas o fato já estava consumado (BRASIL, 2004).

A matéria continuou a tramitação na Câmara, transparecendo resistências da coalizão à sua aprovação, que resultou em impasse.⁶ A votação desse projeto na Câmara expôs os membros da Frente Parlamentar da Saúde a escolher entre apoiar a proposta defendida pelas entidades organizadas da saúde e a proposta mais restritiva do governo. Ocorreu uma fragmentação, segundo a dimensão oposição / governo. Fonseca (2008) analisou as votações em plenário dos membros dessa frente nesta matéria em particular, e concluiu que os mesmos não se comportaram como membros de um “partido da saúde”, uma vez que a coesão e a disciplina foram baixas (ambas em torno de 30%). Observe-se que foi aprovado pela Câmara um projeto que previa recursos da CPMF, que estava para ser extinta em dois meses e cuja proposta de prorrogação ainda tramitava na via constitucional. Esta foi efetivamente derrubada no Senado ainda no mês de novembro de 2007. Assim, a tramitação do PLP 01/2003 no Senado (onde recebeu a denominação de PLC 89/2007) quase que perdeu o sentido (embora tenha continuado em tramitação naquela Casa).

Tal estagnação não indica que o debate arrefeceu no Congresso, ao contrário, o foco desviou para outra proposição com o PLS 121 apresentado no Senado em 20 de março de 2007 -início da legislatura, coincidindo com o período em que a discussão do PLP 01/2003 não progredia no plenário da Câmara-, de autoria do Senador Tião Viana (PT/AC). Esse projeto previa o critério de 10% da Receita Corrente Bruta (RCB) da União, como no substitutivo original da CSSF.

O PLS 121/2007 foi rapidamente aprovado nas comissões do Senado e diante da derrota iminente em plenário, os líderes da coalizão liberaram o voto da base do governo e

⁶ O PLP 201/2001, de autoria do deputado Ursicino Queiroz, que relatou a Emenda 29 na Câmara, previa como critério para a União a partir de 2005, o percentual de 11,5%, calculados sobre o total de receitas de impostos e contribuições da União, descontadas as transferências constitucionais. Essa proposição foi completamente ignorada e arquivada ao final da legislatura sem ter recebido um único parecer de comissão. Na legislatura seguinte, o deputado Roberto Gouveia (PT/SP) apresentou o PLP 01/2003, com absolutamente mesmo teor e critérios.

⁷ Waldir Pires também foi autor da PEC 169/1993, geralmente atribuída apenas a Eduardo Jorge.

⁸ Foi exemplar a troca do critério para financiamento pelo deputado Guilherme Menezes, que ao relatar a matéria na CSSF apoiou o critério de aplicação pela União de 10% da Receita Corrente Bruta (RCB), mas no substitutivo de plenário alterou esse critério para o montante correspondente ao empenhado no ano anterior acrescido da variação do PIB ocorrida entre os dois exercícios financeiros imediatamente anteriores. Até aqui, semelhante ao que já previa a Emenda 29. Como adicional, foi previsto que nos exercícios de 2008, 2009, 2010 e 2011, seriam destinadas proporções não incorporáveis referentes à receita da CPMF.

o projeto foi aprovado por unanimidade. A matéria seguiu para a Câmara (sob a denominação de PLP 306/2008) onde a coalizão reconsiderou as estratégias para reverter a situação, num ambiente em que já demonstrara possuir uma base mais coesa. O critério de 10% da RCB foi novamente eliminado, retornando a uma solução semelhante ao que havia prevalecido no caso do PLP 01/2003, ou seja, o critério da variação do PIB e mais um adicional, só que, dessa vez, incorporável. Naquela ocasião, o adicional viria da CPME, mas com sua extinção foi proposta a criação de uma Contribuição Social para a Saúde (CSS), com alíquota de 0,1% e de caráter permanente.

A proposição da CSS produziu novo impasse e a matéria só voltou à deliberação pelo plenário em 2011 diante de forte demanda da

sociedade, conseqüente à crise na atenção à saúde por meio do SUS, resultando na Lei Complementar 141, de 2012, que regulamentou a Emenda 29, mas sem a adoção do critério de 10% da RCB da União.

O *quadro 1* apresenta estimativas do Ministério da Saúde sobre o montante de recursos que seria disponibilizado pelas propostas. Segundo o histórico apresentado, fica evidente que o executivo, em seus sucessivos governos, colocou-se sistematicamente contra as estimativas que resultariam em maiores ganhos para o financiamento da saúde, como o art. 55 do Ato das Disposições Transitórias -de fato, os recursos decorrentes da Emenda 29 representam cerca de metade do que seria disponibilizado caso estivesse sendo utilizado o critério inicial previsto pela Constituição, ou seja, 30% do orçamento da

Quadro 1. Estimativa de valores de gasto federal segundo propostas de regulamentação do artigo 198 da Constituição Federal

Proposta	Critério para a União	Valores (milhões de Reais)
Artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias	30% do orçamento da Seguridade Social	127.656,13
Emenda 29, 2000	Despesa empenhada do exercício anterior corrigida pela variação nominal do PIB	60.950,73
PEC 169/1993	Gasto de 30% do orçamento da Seguridade Social adicionado de 10% da receita de impostos	156.263,98
PLS 121/2007	Gasto de 10% da receita corrente bruta	90.847,04
PLS 156/2007	Gasto de 18% da receita corrente líquida	92.930,14
Substitutivo da CFT ao PLP 306/2008 (*)	Despesa empenhada do exercício anterior corrigida pela variação nominal do PIB adicionada de receita da CSS	72.750,73

Fonte: Adaptado de Jorge (2010).

Nota: (*) Adicionou-se ao montante calculado conforme a regra então vigente, segundo a Emenda 29, R\$ 11,8 bilhões, estimados pelo relator da CFT como recursos novos (JORGE, 2010).

Seguridade Social -, a PEC 169/1993 e, mais recentemente, as propostas que defendiam 10% da RCB.

O executivo não conseguiu aprovar a CSS em razão da forte influência exercida pela rejeição da opinião pública sobre membros da coalizão, mas utilizou a maioria que detinha em ambas as Casas para aprovar o PLP 306/08, modificado de modo a manter os mesmos critérios de financiamento para a União, estados e municípios, e apenas avançar na definição e controle dos gastos com ações e serviços de saúde, o que, na prática, afetaria mais os estados, visto que vários deles não cumpriam rigorosamente a Emenda 29.

Conclusões

Apesar de o legislativo ter sido mais ativo em propor financiamento mais adequado para o SUS, igualmente contribuiu como participante das coalizões de governo para que o resultado tenha permanecido aquém das necessidades de recursos, em geral, indicando reduzida prioridade de ambos os poderes para a adoção de soluções mais duradouras e suficientes. Os atores do legislativo, responderam às demandas iniciadas externamente. No caso da Constituinte e da Lei Orgânica, já se mencionou o papel do movimento sanitário. Nas definições mais recentes com impacto no financiamento, os atores do legislativo responderam à indução do executivo como líder da coalizão (foi significativa a influência da coalizão na substituição dos critérios de financiamento pela União tanto no substitutivo da CSSF ao PLP 01/2003, quanto no PLP 306/2008). Deputados e Senadores demonstraram participação similar nas decisões e foram mobilizados pela coalizão ou oposição, segundo o balanço de forças em cada Casa. A dependência de estímulos externos para avançar na agenda da política de saúde tem tornado a atuação do legislativo fragmentada e inconsistente.

Os atores do legislativo e do executivo,

entretanto, comportaram-se estrategicamente e de maneira similar durante a tramitação das proposições quer pertencessem à oposição ou ao governo. A alternância do poder no executivo a partir de 2003 permitiu observar que os que eram contrários à criação da CPMF a mantiveram posteriormente e os que a criaram e prorrogaram foram os que contribuíram decisivamente para sua extinção. Os partidos políticos não demonstraram orientação ideológica consistente ao longo desse extenso debate, mas funcionaram como confiáveis mediadores da disputa entre as coalizões e as oposições de momento.

A análise sugere que a conexão normativa que os constituintes tentaram estabelecer para implantar o SUS tem sido capaz de pautar o debate na direção da ampliação do financiamento e de resistir à completa desestruturação da política. Entretanto, a influência da Constituição não se dá a ponto de concretizar ampliação suficiente de recursos, de acordo com suas diretrizes. Na realidade, os maiores avanços foram os indicados no texto original da Constituição. De certo, um pouco mais de estabilidade no financiamento veio com a Emenda Constitucional 29, de 2000, o que não deixa de ser um avanço, embora tenha sido insuficiente e de menor amplitude que o primeiro critério temporário previsto pelos constituintes.

A sucessiva falta de prioridade na implantação do SUS e a desarticulação em sua defesa foram de tal intensidade que avanços foram sendo perdidos e os patamares das demandas por financiamento, se reduzindo. Por exemplo, apesar da retórica em defesa do SUS, a coalizão utilizou vários recursos obstrutivos para postergar a aprovação do PLP 1/2003 na Câmara e depois para modificá-lo, a fim de excluir o critério de 10% da RCB. O mesmo foi feito com o projeto que saiu do Senado para a Câmara e que previa o mesmo critério. Em todo o impasse, o foco foi o quantitativo a ser alocado pela União, sem que prevalecesse o debate para que o SUS funcione como previsto na Constituição,

envolvendo temas como: a) a real necessidade de financiamento; b) as atividades que seriam priorizadas por metas objetivas, segundo um modelo de gestão que considere a responsabilidade sanitária dos gestores; c) a disponibilidade de recursos humanos; e d) mecanismos de combate às fraudes. Enfim, a discussão sobre o mérito da política ficou em segundo plano em relação às necessidades de limitação do impacto orçamentário. Finalmente, os usuários do sistema pouco têm sido envolvidos na discussão do mérito das propostas, prevalecendo abordagem extremamente técnica e complexa, inacessível à maior parte da população.

O impasse dependeu menos de deficiências institucionais no tratamento da questão que da falta de coesão em torno da proposta de ampliação do financiamento e, em última análise, do próprio SUS. Em outras palavras, as maiores dificuldades não se relacionam às regras de decisão, aos recursos e instâncias de decisão disponíveis, mas aos próprios atores. As explicações oferecidas por Weyland (1996) para falhas em reformas de políticas públicas na década de 1990 no Brasil persistem válidas: a fragmentação na sociedade e no Estado.

Na sociedade, tem ocorrido fragmentação nas preferências dos grupos de interesse, pois a proposta do SUS foi defendida por segmento da sociedade organizada, que, posteriormente, não demonstrou a mesma coesão do período da Constituinte, pois muitos passaram a participar dos governos e das oposições que se seguiram, e defensores históricos encontraram dificuldades entre apoiar um projeto político ou o projeto sanitário. Além disso, a ‘via do parlamento’ perdeu prioridade para atuação no cerne do executivo.

A pouca apropriação do SUS pela parcela da população que depende unicamente dele para a atenção à saúde tem dificultado seu fortalecimento. Isso demonstra mais um aspecto da fragmentação da sociedade brasileira salientado por Weyland (1996): a dificuldade da parcela mais pobre da população em coordenar a vocalização de suas demandas.

Mesmo na relevante experiência participativa do SUS, os representantes dos usuários têm sua atuação muitas vezes limitada pelo executivo nos vários níveis da federação.

Quase diariamente, há denúncias da população na mídia sobre os problemas de atenção à saúde no País, mas raramente as matérias associam os problemas à situação de subfinanciamento. Os usuários permanecem fragmentados, sem capacidade de vocalização de propostas políticas concretas. Representante da Contag, em evento na Câmara dos Deputados (FRENTE PARLAMENTAR DA SAÚDE, 2007), bem expressou a sensação de que os usuários seriam mais objetos que sujeitos do SUS.

O grande ausente no debate sobre o financiamento da saúde permanece sendo o cidadão-usuário totalmente dependente do SUS. Os trabalhadores formais, os servidores públicos e a classe média em geral pouco se envolvem, pois muitos estão cobertos por planos privados de saúde, principalmente os coletivos, mas sem deixar de utilizar as ‘ilhas de excelência’ do SUS, muitas vezes sem perceber, como nos procedimentos de custo catastrófico que foram implementados segundo as diretrizes originais – vigilância epidemiológica e sanitária.

Também persiste a fragmentação do Estado. Tal realidade está exemplificada no comportamento dos membros da Frente Parlamentar da Saúde, quando se viram confrontados, na votação do PLP 1/2003, entre apoiar a proposta que mais beneficiaria o SUS ou aquela que produziria financiamento mais limitado. A votação resultou na divisão dos membros da Frente, prevalecendo os interesses da coalizão.

O estudo de caso também demonstrou que há fragmentação na própria coalizão, pois os autores de propostas, relatores e presidentes de comissões envolvidos nas situações de impasse, pelo menos na Câmara, pertenciam a partidos da coalizão. O estudo deixou clara a pouca firmeza ideológica dos partidos nas definições do setor, que variaram seus posicionamentos por ocasião da alternância de

poder no executivo, conforme o pertencimento à coalizão de governo.

Diante da indefinição partidária, que induziu a fragmentação programática das legislaturas subsequentes à Constituinte, da fragmentação das demandas da sociedade e de mecanismos endógenos pouco fortalecidos para enfrentar os problemas do SUS, o legislativo, praticamente, abdicou da regulamentação da implementação do SUS, conforme os princípios constitucionais.

No executivo, também são reconhecidos os conflitos entre as burocracias das áreas econômica e social, como se tivessem objetivos diferentes. Baptista (2003) identificou esse tipo de conflito no executivo, envolvendo as políticas de saúde no pós-Constituinte. É certo que esses setores respondem a conexões normativas constitucionais algo conflitantes, visando tanto à responsabilidade orçamentária -relacionada à *accountability*- como à equidade social. Os atores estatais mais explícitos no esforço de ampliação do financiamento tem sido os do nível municipal, que estão enfrentando diretamente as dificuldades do SUS e, aparentemente, cumprindo os critérios de financiamento da Emenda 29, além dos membros da oposição no legislativo. O nível estadual não produz um discurso uniforme, pois muitos estados já não cumprem os limites mínimos de financiamento da saúde previstos na Emenda 29, enquanto o nível federal tem promovido redução relativa de sua participação no financiamento da saúde e apresentado resistências à ampliação necessária dos recursos em todos os governos do pós-Constituinte.

Como consequência da fragmentação na sociedade e no Estado, não se implementou o SUS como política da maioria – custos e benefícios difusos, conforme a tipologia de Lowi (1972) e Wilson (1973) –, como pretendido pela Constituição. O conflito tem ocorrido como se fosse uma política redistributiva – de custos e benefícios concentrados–, o que é compreensível, em virtude das grandes desigualdades sociais, mais acentuadas

em algumas das regiões do País, que tornam grande parcela da população totalmente dependente dos serviços públicos. Contudo, também há componentes distributivos -custos difusos com benefícios concentrados- no financiamento do sistema de saúde, em que só as camadas com renda suficiente para arrecadar imposto de renda podem se beneficiar do subsídio federal aos gastos privados com a saúde para ter acesso a serviços com melhor qualidade nas áreas em que o SUS é deficiente.

Também como consequência dessas fragmentações, o consenso sobre o nível adequado de financiamento do setor não foi atingido e o processo deliberativo tem se alargado, sem o senso de urgência que deveria refletir os problemas enfrentados pelos que dependem do SUS e com a tendência de adoção de soluções temporárias e insuficientes. Como resultado, a parcela mais pobre sai em desvantagem na defesa de seus interesses, e as legislações referidas no estudo de caso dão mostra disso.

É preciso considerar que a situação de subfinanciamento do SUS é satisfatória para os que valorizam apenas a questão do equilíbrio fiscal, dado que são anos em que o expressivo volume de recursos aplicados na saúde foi menor que o necessário. A superação do subfinanciamento é improvável na ausência de maior envolvimento dos usuários e de outros setores organizados. A atuação apenas do movimento sanitário, diante da divisão de alguns adeptos da oposição ou da coalizão, não tem conseguido obter a coesão necessária para alcançar o mesmo sucesso dos tempos da Constituinte. Sem tal mobilização, a adesão de atores do executivo que supere a retórica de defesa do SUS parece improvável no quadro político atual.

De todo modo, avanços na direção de maior equidade em saúde podem ser observados nas normas produzidas a partir de soluções definidas pelas coalizões de governo e no impacto de sua implantação, mas não em nível que promova efetivamente as capacidades

dos cidadãos para obter adequada situação de saúde.⁹ A experiência recente mostra que o retorno à ‘via do Parlamento’, com um maior envolvimento dos usuários, é indispensável, pois foi nela que se obtiveram os maiores avanços, onde a resistência à completa inviabilização do SUS ocorreu e onde se encontra o poder para sua restauração.

Apesar da regulamentação da Emenda 29 por meio da Lei Complementar 141, de 2012, o debate sobre o financiamento da saúde prossegue, com novas proposições em apreciação pelo Congresso, visto que o critério estipulado pela União não atingiu patamares considerados necessários para o adequado desenvolvimento do SUS. ■

Referências

BAPTISTA, T.W.F. *Políticas de saúde no pós-constituinte: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes executivo e legislativo no Brasil 2003*. Tese (Doutorado em Medicina Social). – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

_____. Análise da produção legislativa em saúde no Congresso Nacional brasileiro (1990-2006). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 97-109, jan. 2010.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *Áudio da sessão ordinária da Comissão de Seguridade Social e Família do dia 11 de agosto de 2004*. Disponível em: <<http://imagem.camara.gov.br/internet/audio/Resultado.asp?txtCodigo=00004332>>. Acesso em: 05 abr. 2011.

CARVALHO, G. Financiamento da saúde pública no Brasil no pós-constitucional de 88, *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v.2, n.1, p.39-51, jul./dez., 2008.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Editorial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n 90, p. 346-348 jul/set. 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Ata da centésima quadragésima quinta reunião ordinária do CNS*. Brasília: CNS, 2004. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/atas/2004/Ata145.doc>>. Acesso em: 05 abr. 2011.

FONSECA, E. J. *O papel do Poder legislativo na construção do Sistema Único de saúde: a Frente Parlamentar da Saúde e a regulamentação da Emenda à Constituição nº 29*. 2008. Monografia (Especialização em Instituições e Processos Políticos do legislativo da Câmara dos Deputados) – Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento da Câmara dos Deputados. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/responsabilidade-social/edulegislativa/educacao-legislativa-1/posgraduacao/arquivos/publicacoes/banco-de-monografias/ip-2a-edicao/EdisonJosdaFonsecamonografia-cursoIP2ed.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2011.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, maio/jun. 2009.

FRENTE PARLAMENTAR DA SAÚDE. *Relatório do seminário “Um olhar social sobre o orçamento público - saúde, educação e assistência social”*. Belo Horizonte, 2005. Mimeo.

_____. *Relatório do seminário sobre saúde e Seguridade Social*. Brasília, 2007. Mimeo.

GODOI, A. M. M. *executivo e legislativo na produção legal em saúde, de 1988 a 2008*. Monografia (Especialização) – Universidade do legislativo Brasileiro, Brasília, 2008.

⁹ Segundo a definição de equidade em saúde proposta por Amartya Sen (1995; 2006), com base na teoria de John Rawls (1997; 2003).

GOMES, F. B. C. *Ameaças à equidade na distribuição de órgãos para transplante: uma análise dos critérios legais de acesso*. 2007. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2007. Disponível em: <http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2783>. Acesso em: 05 abr. 2011.

_____. *Interações entre o legislativo e o executivo federal do Brasil na definição de políticas de interesse amplo: uma abordagem sistêmica, com aplicação na saúde*. 2011. Tese (Doutorado em Ciências Políticas) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/6165/interacao_legislativo_gomes.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2011.

GOMES, F.B.C.; CARVALHO, E.L; REIS, R. Projetos de lei ordinária apresentados na câmara dos deputados entre 1999 e 2006: tramitação geral e dos relacionados à saúde. *E-Legis - Revista Eletrônica do Programa de Pós-Graduação da Câmara dos Deputados*, Brasília, nov. 2009. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/e-legis/index.php/e-legis/article/view/10/8>. Acesso em: 05 abr. 2011.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Sistema de indicadores de percepção social (SIPS): Saúde*. Brasília: IPEA, 2011. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf. Acesso em: 05 abr. 2011.

JORGE, E. Apresentação sobre o SIOPS como instrumento de gestão. *I Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde – ABRASCO*. Bahia, 24 a 26 de agosto de 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/planejasus_seminario10_siops_eliasjorge.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2011.

LEMOS, L.B.S. *O Congresso Nacional e a Distribuição de Benefícios Sociais*. 1998. Tese (Mestrado) - Brasília: Universidade de Brasília, 1998.

LOWI, T J. Four Systems of Policy, Politics, and Choice. *Public Administration Review*, v. 32, no. 4, p. 298-310, 1972.

LUCCHESI, G. *A concretização do direito à saúde no Brasil: uma análise da legislação sobre doenças e agravos específicos*. Monografia (Especialização) - Brasília: Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

MENDES, A N; MARQUES, R M. Crônica de uma crise anunciada: o financiamento do SUS sob a dominância do capital financeiro In: *CD Rom do XII Encontro de Pesquisadores da PUCSP na área da Saúde*. São Paulo, 2009.

NITÃO, F. J. V. *Elaboração de Políticas Públicas de Saúde no Brasil: o papel do congresso nacional, 1945-1964*. 1997. Tese. [Mestrado] – Brasília: Universidade de Brasília, 1997.

PIOLA, S. F. Apresentação no Orçamento público e financiamento à saúde do seminário: Caminhos para o Financiamento e o Acesso à Saúde. *Valor Online*. São Paulo, 7 de junho de 2010. Disponível em: http://www.valoronline.com.br/sites/default/files/valor_piola_junho.pdf. Acesso em: 05 abr. 2011.

RAWLS, J. *Teorias de Justiça*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

_____. *Justiça como equidade: uma reformulação*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

RODRIGUES, M.M.A. e ZAULI, E. Presidente e Congresso Nacional no Processo Decisório da política de Saúde no Brasil Democrático (1985-1998). *Dados – Revista de Ciências Sociais*, v. 45, n. 3, p. 387-429, 2002.

RODRIGUEZ NETO, E. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

SEN, A. *Inequality Reexamined*. Oxford: Oxford University Press, 1995.

_____. Why health equity? In: ANAND, S.; PETER, F.; SEN, A. (Org.). *Public health, ethics, and equity*. Great Britain: Oxford University Press, 2006. p. 21-33.

TITMUS, R. *Social Policy*. New York: Pantheon, 1974.

WEYLAND, K.G. *Democracy without equity: failures of reform in Brazil*. Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 1996.

WILSON, J.Q. *Political Organizations*. New York: Basic Books, 1973.

Recebido para publicação em abril de 2013
Versão final em novembro de 2013
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma

Funding of the Unified Health System in FHC, Lula and Dilma government

Adilson Soares¹, Nelson Rodrigues dos Santos²

RESUMO: O artigo discute questões relativas ao financiamento e à alocação de recursos no SUS, no contexto de dois projetos políticos distintos. O estudo analisa os gastos com saúde no Brasil, no período de 1995 a 2012, comparados aos gastos internacionais, ao PIB e a Receita Corrente Bruta. Na análise, buscou-se comparar os compromissos assumidos com o SUS nas gestões dos presidentes FHC, Lula e Dilma. Observou-se que, com relação ao comportamento dos gastos com saúde, no âmbito federal, os governos do Partido dos Trabalhadores não diferiram dos governos do Partido da Social Democracia Brasileira. O perfil dos gastos com saúde não deu conta de atender ao sonho da reforma sanitária dos anos 1980.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde; Economia da saúde; Financiamento da saúde; Gastos em saúde; Política de saúde.

ABSTRACT: *This article discusses issues related to funding and resource allocation in the SUS, in the context of two different projects policies. The study analyzed health spending in Brazil, in the period 1995 to 2012, compared to international spending, the Gross Domestic Product and Current Federal Gross Revenue. In the analysis, we compared the commitments made to the SUS in the administrations of Presidents FHC, Lula and Dilma. It was observed that, in relation to the behaviour of health spending, the Federal Governments of the Workers' Party did not differ from the Governments of the Brazilian Social Democracy Party. The profile of health spending didn't realize the dream of health reform in the years 1980.*

KEYWORDS: *Unified Health System; Health economics; Health financing; Health spending; Health policy.*

¹Doutorando em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil. asoares@saude.sp.gov.br

²Doutor em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil. Professor do Departamento de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas. (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil. nelsons@fcm.unicamp.br

Introdução

O que parece certo no Sistema Único de Saúde (SUS) é o discurso recorrente com relação ao subfinanciamento do sistema. Apesar de as autoridades econômicas afirmarem que sempre é possível fazer mais com menos, o SUS já vem “tirando água das pedras” (SANTOS, 2010, p.18).

O debate sobre as questões do financiamento do SUS foram realizados no âmbito da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS¹), em meados da década de 1980 (BRASIL, 2006). O texto oferecido pela CNRS para discussão na Assembleia Nacional Constituinte trouxe as principais propostas defendidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS): O direito à saúde e o dever do Estado, a participação social por meio de conselhos, a atuação complementar do setor privado e o financiamento do SUS com recursos da arrecadação tributária geridos nos fundos de saúde.

O texto tramitou, inicialmente, na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, da Assembleia Nacional Constituinte, que enviou o seu relatório à Comissão da Ordem Social com todos os pontos defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária (MRS), restando a questão do financiamento, que ficou sem acordo (OLIVEIRA, 2005). A novidade na Comissão da Ordem Social foi a introdução da saúde no capítulo da Seguridade Social, o que não havia sido proposto anteriormente. Essa inclusão foi defendida pela ala considerada conservadora, à época (Odacir Soares – PFL/RO), em virtude do seu apoio ao governo militar, que propõe a superação da concepção contratualista e securitária associada à ideia de previdência social; e pela ala progressista, considerada à época (Eduardo Jorge – PT/SP) pela sua origem no meio sindical e popular, que argumenta que a seguridade é um termo mais amplo que a previdência e que para fazer valer os direitos nela contidos não é preciso ser contribuinte ou beneficiário.

Preocupados com a perda de autonomia, o movimento sanitário até propôs, inicialmente, emendas a esse capítulo, mas, depois, recuou

com receio de perder os avanços conquistados e para não obstaculizar o andamento do projeto (OLIVEIRA, 2005). Essas propostas foram introduzidas na Constituição Federal (CF) de 1988.

No campo da saúde, questões polêmicas ficaram para serem regulamentadas em lei complementar. Sendo um campo importante de atividade econômica, onde disputas e embates entre diferentes interesses se estabelecem, principalmente no âmbito do executivo e do legislativo federal, as regulamentações na saúde se arrastaram durante anos, décadas, e se arrastam até os dias de hoje, vinte e cinco anos após a promulgação da CF.

Já se processaram mais de sete dezenas de emendas à CF, e mais de oito dezenas de regulamentações, por meio de lei complementar, foram editadas, restando, ainda, cerca de 30% dos dispositivos constitucionais a ser regulamentados.

A proposta avançada do SUS – que tem por princípios a atenção universal, a equidade e a integralidade da atenção à saúde –, sem a garantia de recursos, não se sustenta. O que estava previsto no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) Art. 55 (BRASIL, 1988) “Até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor de saúde”, não foi cumprido pela equipe econômica do governo federal (CARVALHO, 2002) e não se manteve na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) depois de 1993.

O texto genérico, definido na CF para o financiamento do SUS, conforme § 1º do artigo 198: “O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes” (BRASIL, 1988), alterado posteriormente pela Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2000), que remeteu à definição do percentual a ser aplicado pela União na saúde para a legislação infraconstitucional, aprovada somente em janeiro de 2012, Lei Complementar nº 141 (BRASIL,

¹ Comissão Nacional da Reforma Sanitária, criada pela Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS nº 02/1986. Tinha os seguintes objetivos: analisar as dificuldades identificadas no funcionamento da rede nacional de serviços de saúde e sugerir opções para a nova estrutura organizacional do sistema; examinar os instrumentos de articulação entre os setores de governo que atuam na área da saúde e propor o seu aperfeiçoamento; apontar mecanismos de planejamento plurianual no setor saúde, ajustando-os com precisão às necessidades dos segmentos da população a ser atendida. Extraído do Inventário da CNRS, Fiocruz.

2012), que, entre outras coisas, não fixou percentual a ser aplicado pela União em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), propiciou o subfinanciamento do SUS.

Se a situação econômica do país afeta o montante de recursos públicos e privados disponível para a saúde (COUTTOLENC, 2002), a questão a ser discutida neste artigo é a de como se comportou o financiamento da saúde no Brasil nos anos pós a estabilidade econômica.

O estudo está circunscrito aos anos de 1995 a 2012, período que corresponde, no âmbito federal, à gestão de cinco governos e dois projetos políticos, governos dos presidentes Fernando Henrique Cardoso (FHC), Luís Inácio Lula da Silva (Lula) e dois anos do governo Dilma Rousseff.

Materiais e métodos

Trata-se de uma pesquisa exploratória, desenvolvida com base em documentos obtidos em órgãos do Ministério da Fazenda, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Ministério da Saúde e dados colhidos em sítios de interesse, como o Banco Mundial, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e Ministério da Saúde. A combinação de fontes foi uma marca do trabalho.

Os dados relativos ao gasto federal com ASPS foram apresentados por meio da construção de uma série histórica, relativa aos anos de 1995 a 2012, e organizados em cinco períodos: 1995-1998, 1999-2002, 2003-2006, 2007-2010 e 2011-2012. Esses períodos correspondem aos mandatos concluídos dos governos dos Presidentes FHC e Lula e aos dois anos de gestão da presidente Dilma Rousseff. Neste artigo, portanto, o quinto período foi tratado como tendência. Na análise dos dados, buscou-se estabelecer comparativos em valores absolutos e percentuais entre os gastos com ASPS, Produto Interno Bruto (PIB) e Receita Corrente Bruta Federal (RCB). Os resultados da análise desses dados

permitiram estabelecer as discussões e considerações do trabalho.

O gasto federal com ASPS se refere ao gasto total federal com saúde, excluído os valores relativos a inativos e pensionistas, além dos encargos da dívida (juros e amortizações), e o Fundo de Combate a Erradicação da Pobreza. Os dados foram organizados em tabelas e a análise dos dados do gasto federal com ASPS foi realizada utilizando-se o conceito de orçamento executado², convertido a preços reais de 2012. O Índice de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) foi a base para a correção dos dados.

Resultados e discussão

Se a decisão de realizar o estudo, com foco no financiamento do sistema, teve o propósito de analisar os compromissos políticos assumidos com o SUS, em gestões de governos no âmbito federal, a questão de pesquisa que se impõe e será discutida é: O subfinanciamento do SUS é uma política de governo ou de Estado?

A *tabela 1* apresenta os gastos per capita do governo federal com ações e serviços públicos de saúde, corrigidos a preços de 2012. Observa-se que a média anual de gastos por período apresentou um comportamento de alta, embora irregular, com aumentos que variaram entre 10,1% e 22,8%.

Analisando o gasto médio por período, observa-se que houve crescimento médio anual em todos os períodos, com um aumento de 79,8% do quinto período em relação à primeira gestão do presidente FHC, saindo de R\$ 222,54 per capita para R\$ 400,06 per capita.

O PIB apresentou um crescimento real em todos os períodos do estudo, acumulando um aumento médio anual de 61,4% do quinto em relação ao primeiro período.

O gasto federal com saúde, no tocante ao PIB, variou 1,8% no quinto período e 1,6% no primeiro. Os dados revelam que os gastos com ASPS crescem mais do que o PIB, mas

² O orçamento executado faz referência às despesas efetivamente liquidadas e pagas.

Tabela 1. Gasto federal com ações e serviços públicos de saúde e PIB per capita, 1995-2012

R\$ a.p. 2012

Períodos	Valores Anuais				
	Gasto Federal ASPS* per capita	Variação %	PIB per capita	Variação %	% PIB
Média 1995-1998	222,54	-	13.907,46	-	1,6
Média 1999-2002	251,41	13,0	14.685,03	5,6	1,7
Média 2003-2006	276,81	10,1	16.423,63	11,8	1,7
Média 2007-2010	339,90	22,8	20.201,75	23,0	1,7
Média 2011-2012	400,06	17,7	22.448,27	11,1	1,8
Média 1995-2012	286,82	..	16.987,11
5º/1º Período	79,77%	..	61,41%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Ministério da Saúde, IBGE e IPEA (Carta Conjuntura n. 19).

Nota: Gasto Federal com ASPS e PIB corrigidos pelo IPCA do IBGE.

*Ações e Serviços Públicos de Saúde

com uma participação percentual com relação a este quase que linear, com média de 1,7% em todo o período.

As RCB, *tabela 2*, cresceram 115,4%, comparando-se o quinto e o primeiro período, em média anual. Em contrapartida, observa-se que o gasto federal com ASPS cresceu menos (79,8%) nesse mesmo intervalo.

Comparando os períodos, a maior participação dos gastos na RCB se deu nos dois primeiros, 8,4 e 7,8%, respectivamente. O terceiro, quarto e quinto períodos ficaram abaixo da média de todos os anos, que foi de 7,4%, ficando em 7,1%, 6,9% e 7,0%, respectivamente. Verifica-se que o período de maior crescimento médio anual da arrecadação foi o quarto período, 25,9%, relativo ao segundo mandato do presidente Lula, e o de menor arrecadação foi o quinto, 15,5%, primeiro e segundo anos do governo Dilma.

A carga tributária no Brasil situou-se, na

média do período de 1995 a 2012, em 33,36% do PIB, *tabela 3*. A União teve uma participação relativa de 68,36% desse percentual (22,88% PIB), os estados com 26,51% (8,82% do PIB) e os municípios 5,13% (1,72% do PIB). No quinto, período em relação ao primeiro, houve um crescimento de 62,1% da participação dos municípios no PIB, 22,5% da União e 19,53% dos estados. Nesse período, a União teve uma queda de 0,85%, os estados queda de 3,36% e os municípios um aumento de 31,36% na sua participação relativa na carga tributária.

O crescimento da carga tributária municipal se explica principalmente pela elevação do tributo Imposto Sobre Serviço (ISS). Em 1995 representava 0,47% do total arrecadado pelos municípios em relação ao PIB, representando 37% do total arrecadado pelos municípios; em 2012, saltou para 1,01% do PIB, representando 49% do total arrecadado pelos municípios.

Tabela 2. Gasto federal com ações e serviços públicos de saúde na receita corrente bruta

R\$ a.p. 2012

Anos/Períodos	Valores Anuais per capita				
	Arrecadação RCB*	Variação %	Gasto ASPS**	Variação %	% receita
Média 1995-1998	2.637,7	..	222,5	..	8,4
Média 1999-2002	3.207,6	21,6	251,4	13,0	7,8
Média 2003-2006	3.908,4	21,8	276,8	10,1	7,1
Média 2007-2010	4.921,7	25,9	339,9	22,8	6,9
Média 2011-2012	5.682,1	15,5	400,1	17,7	7,0
Média 1995-2012	3.892,6	..	286,8	..	7,4
5º/1º Período	115,42%	..	79,77%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Ministério da Saúde e do Relatório e Pareceres Prévios sobre as Contas do Governo da República, do Tribunal de Contas da União.

Nota: Valores a preços de 2012, corrigidos pelo IPCA.

*Receita Corrente Bruta **Ações e Serviços Públicos de Saúde

Analisando o gasto público dos entes federados com ASPS, no período que se estende de 1990 a 2012, *tabela 4*, verifica-se que a participação relativa da União nas despesas com ASPS observou uma acentuada queda de 38,4% (28,58 pontos percentuais – p.p). Nos primeiros dez anos, de 1990 para 2000, a participação cai de 74,38% para 58,60%, queda de 21,2% (15,78 p.p), na década seguinte, 2000 a 2010, a participação cai 23,3% (13,63 p.p.), representando 44,97% do total gasto em saúde. Em 2012, observa-se um ligeiro aumento de 0,83 p.p., para compensar a queda na participação percentual dos estados, de 1,46 p.p. Em contrapartida, os estados tiveram um aumento de 87,2% (11,79 p.p.), saindo de 13,52%, em 1990, para 25,31%, em 2012, enquanto os municípios mais que dobraram a sua participação percentual no financiamento público de saúde, saindo de 12,10%, em 1990, para 28,89%, em 2012 – um aumento de 138,8% (16,79 p.p.). Esses dados revelam a transição no gasto público do setor saúde no Brasil, ocorrida no período pós-Constituição Federal de 1988, em

que estados e municípios assumem juntos o financiamento majoritário do setor – 54,2% do gasto público total –, no período de 1990 a 2012, o que representou um aumento de 111,5%. A recomposição dos percentuais para financiamento da saúde represento, para os municípios, a maior carga.

A *tabela 5* mostra que o gasto público com saúde no Brasil, no ano de 2011, representou 45,7% do total dos recursos gastos, enquanto o setor privado representou 54,3% do total. Essa distribuição do gasto com saúde, com predominância do gasto privado, assemelha-se ao perfil de gastos em países como o Chile, EUA, México, Paraguai e Venezuela, países que possuem sistemas de saúde que não contemplam o acesso universal e integral, como o Sistema Único de Saúde (SUS). A *tabela 5* mostra, ainda, que em países que possuem um sistema de saúde com as características do SUS, como é o caso de Canadá, Espanha, França, e Reino Unido, o gasto público é majoritário, variando entre 70% e 83% do gasto total.

Tabela 3. Participação dos entes federados na carga tributária

Anos/Períodos	Carga Tributária (Participação relativa e % do PIB)						% PIB
	União		Estados		Municípios		
	Part. %	% PIB	Part. %	% PIB	Part. %	% PIB	
Média 1995-1998	68,24	19,54	27,03	7,73	4,74	1,36	28,63
Média 1999-2002	68,08	22,80	27,21	9,10	4,71	1,58	33,48
Média 2003-2006	68,80	23,90	26,14	9,08	5,06	1,76	34,73
Média 2007-2010	68,68	24,31	25,86	9,14	5,46	1,93	35,62
Média 2011-2012	67,66	23,93	26,12	9,24	6,22	2,20	35,36
Média 1995-2012	68,36	22,78	26,51	8,82	5,13	1,72	33,36
5º/1º Período	-0,85%	22,47%	-3,36%	19,53%	31,36%	62,06%	23,53%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da Secretaria da Receita Federal contidos nos documentos de 1995 a 2012 intitulado: Carga Tributária no Brasil.

Verifica-se, também, que o gasto público per capita do Brasil, em 2011, corrigido pela Paridade do Poder de Compra (PPP²), foi de 476,65 dólares, contra 3.182,08 do Canadá, 2.238,18 da Espanha, 3.133,96 da França, 2.747,29 do Reino Unido. O Brasil possui, ainda, um gasto per capita, quando utilizada a correção pela PPP, menor que o da Argentina, do Chile e do Uruguai.

Com relação ao PIB, podemos verificar que o Brasil apresenta um percentual de gasto de

8,90%, próximo ao gasto do Reino Unido, que é de 9,30%, mas com uma composição bem diferente. Enquanto o gasto público do Brasil está em 4,07% do PIB, o gasto do Reino Unido está situado em 7,69%.

Considerações finais

Este artigo discute questões relativas ao financiamento e à alocação de recursos no

Tabela 4. Gasto público com saúde, participação dos entes federados

Anos	Participação %		
	União	Estados	Municípios
1990	74,38	13,52	12,10
2000	58,60	20,20	21,20
2010	44,97	26,77	28,26
2012	45,80	25,31	28,89

²Purchasing Power Parity (PPP) ou Paridade de Poder de Compra é uma técnica usada em economia para determinar o valor relativo de diferentes moedas. Usando a PPP, é possível comparar os gastos com saúde entre diferentes países na mesma base.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do MS, IPEA, Médici (1994), SIOPS e Nota Técnica nº 012 de 2013 - CONOF Câmara (2013).
Nota: Base de dados (1990 Médici, 2000 CONOF, 2010 e 2012 SIOPS e SPO/MS).

Tabela 5. Comparativo gasto em saúde, países selecionados - 2011

Valores US\$ PPP

Países	Gasto Público		Gasto Privado		Gasto total	Gasto % PIB		
	per capita 2011	Particip. %	per capita 2011	Particip. %	per capita 2011	Público	Privado	Total
Argentina	869,00	60,6	565,00	39,4	1.434,00	4,91	3,19	8,10
Brasil	476,65	45,7	566,35	54,3	1.043,00	4,07	4,83	8,90
Canadá	3.182,08	70,4	1.337,92	29,6	4.520,00	7,88	3,32	11,20
Chile	607,24	47,0	684,76	53,0	1.292,00	3,53	3,98	7,50
Espanha	2.238,18	73,6	802,82	26,4	3.041,00	6,92	2,48	9,40
EUA	3.951,07	45,9	4.656,93	54,1	8.608,00	8,22	9,68	17,90
França	3.133,96	76,7	952,04	23,3	4.086,00	8,90	2,70	11,60
México	464,36	49,4	475,64	50,6	940,00	3,06	3,14	6,20
Paraguai	203,42	38,6	323,58	61,4	527,00	3,74	5,96	9,70
Reino Unido	2.747,29	82,7	574,71	17,3	3.322,00	7,69	1,61	9,30
Uruguai	817,96	67,6	392,04	32,4	1.210,00	5,41	2,59	8,00
Venezuela	241,85	36,7	417,15	63,3	659,00	1,91	3,29	5,20

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Banco Mundial.

SUS, como elemento fundamental para sua consolidação, no contexto de dois projetos políticos distintos.

Se a materialidade da política de saúde no Brasil pode ser vista a partir do comportamento dos gastos em saúde, observou-se um alinhamento de política, no que se refere ao financiamento, nos governos FHC e Lula, e a mesma tendência no governo Dilma, a julgar pelos resultados dos seus primeiros dois anos de gestão. No âmbito federal, os governos do Partido dos Trabalhadores (PT) não diferiram dos governos do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB).

O perfil dos gastos em saúde não deu conta de atender aos ditames do sonho da reforma sanitária dos anos 1980 (BRASIL, 2006). Implantado, em grande medida, do ponto de vista legal, não se materializou do ponto de vista prático. Os números revelam e explicam, em parte, as dificuldades e tensões do SUS.

A tendência de queda acentuada da

participação proporcional do governo federal nos gastos com saúde se manteve ao longo de todos os períodos. O percentual do gasto público per capita, em relação ao total gasto, está situado num patamar que não condiz com um sistema universal de saúde, estando distante de sistemas semelhantes, como ocorre em alguns países da Europa, e próximo do sistema privado americano.

Enquanto o marco legal impõe, nos âmbitos local e regional, a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988), a distribuição da carga tributária favorece a concentração de receitas no nível federal. O aumento importante da participação municipal na carga tributária foi acompanhado de um crescimento substancial dos gastos municipais com saúde.

Os gastos com saúde do governo federal praticamente não cresceram em relação ao PIB. Somente nos dois primeiros anos do governo Dilma, houve um ligeiro aumento, ficando os gastos sempre abaixo do

crescimento das RCB.

As razões das dificuldades de evolução dos gastos podem ser explicadas, em parte, pelo compromisso do governo central em fazer superávit primário para pagamento da dívida pública (MENDES, 2012), em detrimento do aumento substancial e necessário dos gastos com saúde, para fazer cumprir a lei.

É fundamental a continuidade da reforma do Estado, inconclusa, para que o sub-

financiamento não inviabilize o SUS. Também é importante ter clareza de que é a reforma do Estado, por dentro e por fora dele, que vai permitir a consolidação do sistema, com os princípios concebidos pelos atores da reforma sanitária e definidos constitucionalmente. Estamos de acordo com Santos (2010).

Por fim, ao analisar esses períodos, o estudo revelou que o subfinanciamento do SUS é de fato uma política de Estado. ■

Referências

BRASIL. Câmara. Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira. Núcleo de Saúde. A participação estatal no financiamento de sistemas de saúde e a situação do Sistema Único de Saúde – SUS. Nota Técnica nº 012. *Câmara dos Deputados*, 2013.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. *Diário Oficial da União*, [Brasília], 5 out. 1988.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda constitucional n.º29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial da União*, [Brasília], 14 set. 2000. Disponível em: < http://www.dji.com.br/constituicao_federal/cfdistra.htm>. Acesso em: 30 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série I. História da Saúde no Brasil).

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, [Brasília], 16 jan. 2012.

CARVALHO, G. C. M. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1998-2001*. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

COUTTOLENC, B. F. A Dimensão Econômica da Saúde. In: CIANCIARRULLO, T. I; CORNETA, V. K. (orgs.). *Saúde, desenvolvimento e globalização: um desafio para os gestores do terceiro milênio*. São Paulo: Ícone, 2002. p. 271-303.

MÉDICI, A. C. *Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanço e perspectivas do processo de descentralização*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1994.

MENDES, Á.N. *Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado*. São Paulo: Hucitec, 2012.

OLIVEIRA, M. S. C. *Participação, Saúde e Direito na Assembleia Nacional Constituinte: um resgate do debate*. In: Congresso Nacional do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito (CONPEDI), 14, 2005.

SANTOS, N. R. Sistema Único de Saúde – 2010: espaço para uma virada. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 8-19, 2010.

Recebido para publicação em novembro de 2013
Versão final em março de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde

Human resources: critical factor for primary health networks

¹Graduada em Medicina pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – Montes Claros (MG), Brasil. carolinereis@gmail.com

²Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – Montes Claros (MG), Brasil. marciateixeira123@hotmail.com

³Mestre em Cuidado Primário em Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – Montes Claros (MG), Brasil. mi.auliveira@gmail.com

⁴Especialista em Saúde Pública com ênfase em Vigilância Sanitária, Auditoria em Saúde, PSF e Gestão Pública da Assistência Farmacêutica pela Faculdade de Saúde Ibituruna (FASI) – Montes Claros (MG), Brasil. ariadnajanice@live.co.uk

⁵Especialista em Saúde Mental, com ênfase em CAPS, pela Faculdade de Saúde Ibituruna (FASI) – Montes Claros (MG), Brasil. keniasoutomoreira@hotmail.com

⁶Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – Montes Claros (MG), Brasil. prof.carlosquintao@gmail.com

⁷Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – São Paulo (SP), Brasil. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – Montes Claros (MG), Brasil. mtsiv@terra.com.br

Caroline Reis Gonçalves¹, Márcia Teixeira da Cruz², Michelle Pimenta Oliveira³, Ariadna Janice Drumond Morais⁴, Kênia Souto Moreira⁵, Carlos Alberto Quintão Rodrigues⁶, Maísa Tavares de Souza Leite⁷

RESUMO: Este artigo descreve o perfil dos cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos que atuam nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) do Município de Montes Claros – MG e avalia seus papéis frente às Redes de Atenção à Saúde (RASs). Identificou-se elevado índice de capacitação profissional, mas fraco vínculo empregatício com o referido município. Os recursos humanos na atenção primária são elemento essencial para as RASs, pois os profissionais devem estar capacitados para atuar como protagonistas nos sistemas de governança em prol da comunidade. Ainda é necessária a mobilização pelo sistema gestor de modo a fornecer aos profissionais garantias e condições para se atingir a excelência no serviço de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde; Recursos humanos; Saúde da família; Pessoal de saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: *This article aims to describe the profile of the orthodontists, nurses and physicians involved in the Family Health Strategy at the municipality of Montes Claros - MG and insert it in context of the Primary Health Networks (PHNs). A high level of professional training is observed, although a weak employment link also applies. It is known that human resources are an overriding element to reach a good performance at the PHNs, once they should be prepared to act as protagonists of governance systems, managing the resources towards community. It is still necessary that health system managers provide health personnel with all professional guarantees so to reach excellence in primary health.*

KEYWORDS: *Primary health care; Human resources; Family health; Health personnel; Unified Health System.*

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) vem sendo ampliada desde o ano de 1994 e atualmente é considerada uma estratégia de reorientação do modelo assistencial que se operacionaliza com a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS) (FRANCO; MEHRY, 1999). No Brasil, a ESF representa uma importante expansão do mercado de trabalho e um crescente desafio para a área de recursos humanos (HADDAD ET AL., 2010). O modelo assistencial adotado, que apregoa a integralidade, a humanização e a promoção da saúde é dependente do perfil de formação e da prática dos profissionais de saúde (ALMEIDA ET AL., 2007).

A ESF ainda hoje pode ser considerada uma agenda incompleta, porque não conseguiu, ao longo dos anos de implantação e implementação, ampliar e garantir as condições para a superação efetiva do modelo biomédico hegemônico nas políticas públicas do setor de saúde no Brasil (SOUSA; HAMANN, 2009).

Nesse contexto, Mendes (2011) relata que há que se restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS, o que envolverá a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RASs) e uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade às condições de saúde da população brasileira.

As RASs são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por missão única, objetivos comuns e ação cooperativa e interdependente que permitem ofertar atenção contínua e integral para determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS) – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica, gerando valor para a população (MENDES, 2011).

A formação de recursos humanos é

ponto-chave no contexto do movimento de estruturação das redes, visando à consolidação de sistemas de saúde integrados que favoreçam o acesso com continuidade assistencial, integralidade da atenção e utilização racional dos recursos existentes (LAVRAS, 2011). Dessa forma, é essencial que se garanta o desenvolvimento adequado dos processos de formação e de educação permanente em saúde focados nas necessidades da população e no processo de organização das RASs (OPAS, 2011).

Segundo Lavras (2011), na APS, é imprescindível que haja investimentos voltados para seu aprimoramento, independentemente de outras medidas de caráter mais sistêmico. Dentre essas iniciativas, deve haver a implantação de mecanismos de valorização e programas de desenvolvimento de seus profissionais.

A equipe da ESF, ao longo do tempo, passou por alterações na sua composição, possibilitando a inclusão de outros profissionais de nível superior, além do médico e enfermeiro. Em sua forma ampliada, proposta no ano de 2000, as equipes passaram a incorporar o cirurgião-dentista, como profissional de nível superior, e o atendente de consultório dentário ou técnico de higiene dental, de nível médio (SILVA; TRAD, 2005). Posteriormente, em 2008, essa conformação foi aprimorada com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a inclusão de outros profissionais envolvidos com a promoção da saúde, tendo como objetivo a ampliação da abrangência e do escopo das ações da atenção primária (BRASIL, 2008). Participam do NASF profissionais como o psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional de educação física, nutricionista, terapeuta ocupacional e algumas especialidades médicas da área de ginecologia, homeopatia, acupuntura, pediatria e psiquiatria (CONASS, 2007).

Com o objetivo de prover recursos humanos para a saúde, no ano de 1997, com a implantação do projeto Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS), criaram-se os

pólos de capacitação de recursos humanos em saúde da família e, posteriormente, cursos de especialização e residência em saúde da família (QUINHÕES; SANTOS, 2003). Segundo Gil (2005), esses cursos foram concebidos para dar suporte teórico-prático aos profissionais já inseridos nas equipes e oferecer, em especial, aos recém-egressos dos cursos de medicina e enfermagem, formação mais voltada às necessidades da ESF.

O movimento de capacitação profissional que se iniciou a partir de cursos de pós-graduação consolidou sua influência no ensino superior, em 2001, com as novas diretrizes curriculares nacionais dos cursos da área de saúde. Em 2005, foi lançado o Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde), com o intuito de incentivar as mudanças curriculares, estimular a produção científica e aumentar a oferta de programas de educação permanente no âmbito da graduação e da pós-graduação (BRASIL, 2005).

No ano de 2008, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde), destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da ESF, viabilizando programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, vivência e estágios dirigidos aos estudantes da área por meio do pagamento de bolsas (BRASIL, 2007).

Nesse mesmo ano, em Minas Gerais, o governo do Estado desenvolveu, após análise situacional da saúde, o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS). Ele visa melhorar a qualidade da APS no Estado. A operacionalização do PDAPS envolveu a realização de dez oficinas nas macrorregiões do Estado de Minas Gerais, sendo Montes Claros uma dessas regiões (COSTA, 2011).

No ano de 2011, o MS criou o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, programa voltado para incentivar a presença de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas

em municípios com carência de profissionais, em áreas de extrema pobreza e periferias das regiões metropolitanas. Esse programa confere ao participante a possibilidade de especialização em saúde da família e comunidade por meio de cursos promovidos pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) bem como pontuação para concursos de acesso à residência médica, mediante trabalho em determinadas regiões durante o período mínimo de um ano (BRASIL, 2012).

Por fim, em julho de 2013, por meio da Medida Provisória nº 621, foi instituído o programa Mais Médicos sob a coordenação do Ministério da Saúde. Similarmente ao PROVAB, o Mais Médicos possui, dentre outros, o objetivo de ampliar a inserção do médico nas unidades de atendimento do SUS, proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante seu processo de formação e, ainda, oferecer curso de aperfeiçoamento para seus participantes (BRASIL, 2013).

Considerando-se o papel dos profissionais de saúde como fator determinante para o funcionamento da ESF, sobretudo no contexto das RASs, este artigo tem por objetivo descrever o perfil dos cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos que atuam nas ESF do Município de Montes Claros (MG) e discutir seu papel perante as RASs.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e de abordagem quantitativa realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) sob o nº1131/2010, do Conselho de Ensino Pesquisa e Extensão (CEPEX), Resolução nº 173, e autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Montes Claros (MG).

No momento da coleta de dados, o referido município possuía 59 Equipes de Saúde da Família, 17 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e cinco Núcleos de Apoio à

Saúde da Família (NASF). A amostra do estudo foi limitada às equipes ampliadas da ESF, ou seja, aquelas compostas por cirurgião-dentista, enfermeiro e médico, além de auxiliares e agentes comunitários, todos devidamente vinculados ao Município de Montes Claros. O total de equipes de saúde da família passíveis de inclusão foi de 38, mas apenas 20 equipes aceitaram participar da pesquisa.

Para a coleta de dados, utilizou-se como instrumento um questionário semiestruturado contendo as variáveis: profissão, idade, sexo, formação acadêmica, tempo de atuação na ESF, tempo de atuação na atual equipe de saúde, tipo de vínculo profissional com o Município, presença de outros vínculos profissionais e quantidade de oficinas do PDAPS em que participou. As 20 equipes foram contatadas e as aplicações dos questionários, previamente agendadas conforme disponibilidade dos profissionais. A coleta de dados ocorreu entre os meses de outubro de 2010 e março de 2011. Os questionários foram respondidos pelos profissionais das equipes e aplicados por acadêmicos do PET-Saúde Unimontes.

A análise dos dados foi realizada por meio do software *Predictive Analytics SoftWare PASW® Statistics 18.0* com análise descritiva da frequência das respostas. A seguir, descrevem-se os dados por meio de proporções e valores absolutos apresentados na *tabela única*.

Resultados e discussão

Das 20 equipes de saúde da família participantes, 60 profissionais responderam concomitantemente o questionário, distribuído de forma equânime quanto às categorias profissionais. Entre os sujeitos da pesquisa 71,7% era do sexo feminino e 28,3% do masculino. Nas categorias profissionais, houve predomínio das mulheres entre enfermeiros e cirurgiões-dentistas, entretanto esse percentual não foi observado entre os médicos, categoria na qual houve a mesma quantidade de entrevistados de cada sexo conforme a *tabela única*.

Essa proporção demonstra uma tendência de ‘feminização’ na medicina e odontologia, tendo em vista que, segundo Costa, Durães e Abreu (2010), até pouco tempo eram caracterizadas como profissões quase exclusivamente masculinas. Entre os enfermeiros, o sexo feminino representa 85% dos entrevistados. Apesar de constituírem parcela importante dos entrevistados, estudos semelhantes obtiveram valores superiores para a parcela feminina em enfermagem, da ordem de 90,3% (MARSIGLIA, 2011), 94,4% (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2005) e 95,2% (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010). Embora a enfermagem figure como predominantemente feminina o número de homens parece estar aumentando nessa profissão.

A média de idade do grupo foi de 31,7 anos, com desvio padrão de $\pm 8,5$. Entre os médicos e enfermeiros, a média foi de 34 e 27 anos, respectivamente. No estudo de Mendonça *et al.* (2010), em Belo Horizonte–MG, a média foi superior à de nossa casuística, de 39 e 36 anos para esses mesmos profissionais. Observou-se que a maior parte dos trabalhadores se enquadrava na faixa etária dos 27 aos 31 anos (53,3%), demonstrando uma expressiva proporção de profissionais jovens, condizente com a ideia de que a faixa etária dos trabalhadores da ESF é inferior à dos profissionais vinculados ao modelo tradicional, conforme observou Tomasi *et al.* (2008). No grupo dos enfermeiros, todos tinham menos de 37 anos, talvez refletindo a menor duração do curso de graduação em enfermagem em relação à dos demais profissionais ou a menor permanência do enfermeiro em serviço da atenção primária.

Quanto à formação acadêmica, observou-se que 1,6% dos profissionais concluíram apenas o curso de graduação, 98,4% cursaram ou estão cursando pós-graduação *lato sensu*, e, destes, 6,8% realizaram mestrado em Cuidado Primário em Saúde ou em Ciências da Saúde. Identificou-se 80% de profissionais que cursaram ou estão cursando Residência Multiprofissional em Saúde da Família ou Medicina de Família e Comunidade. No estudo de Mendonça *et al.* (2010), obtiveram-se 76% e 66%

TABELA 1. Perfil profissional dos enfermeiros, cirurgiões-dentistas e médicos da estratégia de saúde da família do município de Montes Claros, MG

Critérios Avaliados	Profissionais			Total n (%)
	Enfermeiro n (%)	Cirurgião-Dentista n (%)	Médico n (%)	
Sexo				
Feminino	17 (85,0)	16 (80,0)	10 (50,0)	43 (71,7)
Masculino	3 (15,0)	4 (20,0)	10 (50,0)	17 (28,3)
Idade (em anos)				
22 a 26	8 (40,0)	3 (15,0)	1 (5,0)	12 (20,0)
27 a 31	9 (45,0)	11 (55,0)	12 (60,0)	32 (53,3)
32 a 36	3 (15,0)	1 (5,0)	3 (15,0)	7 (11,7)
Mais de 36	0 (0,0)	5 (25,0)	4 (20,0)	9 (15,0)
Formação Profissional				
Ensino superior	0 (0,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	1 (1,6)
Pós-graduação <i>lato sensu</i>	2 (10,0)	4 (20,0)	3 (15,0)	9 (16,7)
Residência	17 (85,0)	13 (65,0)	16 (80,0)	46 (75,0)
Pós-graduação <i>stricto sensu</i>	1 (5,0)	2 (10,0)	1 (5,0)	4 (6,7)
Vínculo Empregaticio				
Contratado	20 (100,0)	18 (90,0)	20 (100,0)	58 (96,7)
Efetivado	0 (0,0)	2 (10,0)	0 (0,0)	2 (3,3)
Outros Vínculos				
Sim	5 (25,0)	5 (25,0)	2 (70,0)	24 (40,0)
Não	15 (75,0)	15 (75,0)	6 (30,0)	36 (60,0)
Oficinas do plano diretor				
Participou	20 (100,0)	19 (95,0)	20 (100,0)	59 (98,3)
Não participou	0 (0,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	1 (1,7)
Tempo na atenção primária (em meses)				
Menos de 20	6 (30,0)	4 (20,0)	1 (5,0)	12 (20,0)
20 a 60	8 (40,0)	10 (50,0)	12 (60,0)	29 (48,3)
Mais de 60	6 (30,0)	6 (30,0)	7 (35,0)	19 (31,7)
Tempo na equipe de saúde (em meses)				
Menos de 20	11 (55,0)	11 (55,0)	10 (50,0)	32 (53,3)
20 a 60	6 (30,0)	9 (45,0)	9 (45,0)	24 (40,0)
Mais de 60	3 (15,0)	0 (0,0)	1 (5,0)	4 (6,7)

Fonte: Elaboração própria

para enfermeiros e médicos com especialização em Saúde da Família, respectivamente. Estudo de Ferrari, Thomson e Melchior (2005) em Londrina, com enfermeiros e médicos das ESFs, averiguou que 86% deles haviam realizado pós-graduação, sendo 2% *stricto sensu*. Nota-se, então, maior proporção de profissionais com pós-graduação em relação aos dados de Ferrari, Thomson e Melchior (2005).

Esses elevados índices de egressos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família deve-se, provavelmente, ao fato de que, em Montes Claros (MG), o Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF) - Unimontes oferece a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residência em Medicina de Família e Comunidade. Além disso, há também o curso de pós-graduação *stricto sensu* em Ciências da Saúde, com ênfase em Cuidados Primários em Saúde no Mestrado Profissional (SILVÉRIO, 2006).

Em relação ao vínculo empregatício dos profissionais entrevistados, 96,7% são contratados e apenas 3,3% são funcionários efetivos do Município, sendo estes cirurgiões-dentistas. Em pesquisa realizada por Miranzi *et al.* (2011) com cirurgiões-dentistas da ESF no triângulo mineiro, 57,47% informaram ser contratados por tempo determinado. No estudo de Mendonça *et al.* (2010) em quatro capitais brasileiras, havia mais de 90% de médicos e enfermeiros contratados pelas secretarias municipais de saúde.

A notável instabilidade nos vínculos com o sistema municipal determina uma postura profissional que, muitas vezes, compromete o planejamento de longo prazo e gestão nas RASs. É importante que haja um bom plano de carreira e proteção aos profissionais da atenção primária que se volte para a qualidade e aperfeiçoamento das redes. Isso só é possível por meio de uma política de valorização profissional que se inicie com vínculos empregatícios mais fortalecidos.

Alguns profissionais possuíam vínculos com outras instituições, em especial a categoria médica (70%), diferentemente dos

cirurgiões-dentistas e enfermeiros, em que apenas 25% tinham outra ocupação, sendo a docência em instituições de ensino a mais citada por todas as categorias. Observou-se, então, uma tendência compatível com a demonstrada por Giovanella (2009) de que o vínculo exclusivo é menos frequente no caso dos médicos quando comparada às demais categorias: o equivalente a 54% dos médicos e 29% dos enfermeiros trabalha em outro local.

A associação a outras ocupações pode ser entendida como um sinônimo de busca de complementação salarial, desvalorização econômica do profissional, insatisfação com as atividades assistenciais, insegurança em relação ao vínculo à ESF, associadas à dependência de interesses político-eleitorais.

Quanto à participação em oficinas do PDAPS, apenas uma cirurgiã-dentista deixou de participar, sendo que os outros (98,3%) frequentaram, em média, seis oficinas, com desvio padrão de $\pm 3,6$. Essa expressiva proporção de profissionais capacitados demonstra a eficiência na gestão estadual, responsável por tal evento, que busca envolver todos os profissionais em sua capacitação para a plenitude das redes.

O alto coeficiente de capacitação sobre o PDAPS funciona como um indicador de que os profissionais atuantes na APS no Município de Montes Claros estão preparados para serem protagonistas no serviço. Utilizando-se desse recurso, podem realizar o levantamento das necessidades locais em saúde com o uso de ferramentas tais como diagnóstico situacional, que permite a criação de estratégias para solucionar problemas locais.

Para avaliação do exercício profissional, considerou-se o tempo de atuação na APS e na atual equipe de saúde. O tempo médio na APS foi de 56 meses e o da equipe atual foi de 28 meses. Neste estudo, 60% dos médicos, 45% dos enfermeiros e 65% dos cirurgiões-dentistas estão atuando na atenção primária há mais de quatro anos. Os resultados da pesquisa de Mendonça *et al.* (2010) também revelam percentual significativo de

permanência de profissionais – 40% a 60% dos médicos e 48% a 68% dos enfermeiros – na maioria dos municípios pesquisados.

Esse resultado é positivo, visto que, segundo Silva (2011), a grande rotatividade e a pouca disponibilidade de profissionais para as demandas da APS, com destaque para o médico, constituem duas dificuldades importantes. A pesquisa nacional sobre precarização e qualidade do emprego na ESF, realizada pelo Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NESCON/FM/UFMG) em 2009, demonstrou que 53,6% dos médicos de saúde da família estava há menos de dois anos no posto de trabalho (GIRARDI, 2009). Essa proporção é semelhante à dos médicos avaliados neste estudo, já que 50% estava há menos de dois anos na equipe atual.

Considerações finais

Evidenciou-se neste estudo que os recursos humanos são elemento fundamental para a organização e desempenho de qualquer estrutura social. No contexto da saúde pública e da implantação e desenvolvimento das RASs, o vínculo empregatício precário dentre os profissionais figura como um dos principais empecilhos ao pleno desenvolvimento das RASs no âmbito da APS.

Isso se deve tanto aos mecanismos de contratação, que praticamente em sua totalidade envolvem contrato sem muitas garantias trabalhistas ou assistenciais, como também à própria instabilidade profissional inerente às influências políticas no processo de demissão e contratação de pessoal.

Corroborando essa situação, não se vislumbra no País uma mudança de postura por parte dos órgãos gestores no sentido de garantir direitos trabalhistas aos profissionais de saúde na APS. Destacam-se as críticas feitas pelo Conselho Federal de Medicina (2013) ao recém-instaurado programa Mais Médicos, que não

contempla carteira assinada, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), 13º salário ou mesmo férias remuneradas.

A rotatividade dos profissionais prejudica a longitudinalidade e continuidade na atenção primária, além de exigir que mais recursos públicos sejam gastos na capacitação e preparação dos novos profissionais. Esse é outro alvo de questionamentos em relação às recentes políticas públicas no País, tendo em vista que tanto o PROVAB quanto o Mais Médicos são programas de curta duração. Não existem, no âmbito da saúde pública, estratégias voltadas para a estruturação de um plano de carreira no SUS, seja para enfermeiros, dentistas ou médicos. Talvez essa seja uma possibilidade interessante para evitar a ocorrência da rotatividade, promover a continuidade e garantir que os recursos investidos no profissional sejam mais bem aplicados.

Por outro lado, o perfil profissional no município em estudo demonstra elevado potencial para o bom funcionamento das RASs, em termos de capacitação. Nota-se um grupo de profissionais jovens, capacitado em nível de residência ou pós-graduação, com conhecimento acerca do Plano Diretor de Atenção Primária e relativamente experiente no serviço público.

Muito do caminho para a evolução e adequação aos peculiares sistemas que permeiam a estrutura do SUS já foi percorrido. Ainda há o que melhorar, sobretudo em termos de valorização profissional, mas, definitivamente, em muitos pontos, pode-se comemorar. Os recursos humanos na atenção primária são elemento essencial para obtenção de performance satisfatória no contexto das RASs, pois devem estar preparados para atuar como protagonistas nos sistemas de governança e compreender o funcionamento logístico do sistema, gerindo e direcionando os recursos em benefício da comunidade. ■

Referências

- ALMEIDA, M.J. *et al.* Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na graduação em Medicina no Paraná. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 31, n. 2, p.156-165, 2007.
- BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.507 de 22 de junho de 2007. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, Seção 1. jun. 2007. p.56.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Portaria MS/GM nº 154/2008*, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2008.
- _____. *Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Educação, 2005.
- _____. *Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Educação, 2013
- _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES). *Apresentação Geral PROVAB - Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica*. Disponível em: <<http://189.28.128.99/provab/sistemas/provab/legislacao.php>>. Acesso em: 6 ago. 2013.
- _____. Medida provisória n. 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 9 jul. 2013. Seção 1, p. 1. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mp621_maismedicos.pdf. Acesso em: 15 dez 2013
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Nota do Conselho Federal De Medicina. Assunto: Números do balanço final do Mais Médicos, 29 de julho de 2013. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24029:para-cfm-falta-de-garantias-desestimula-candidatos-ao-programa-do-governo&catid=3
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Progestores - Nota Técnica 2/2007*. Brasília: CONASS; 2007. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT20-07.pdf>> Acesso em: 29 jun. 2013.
- COSTA, S.M. Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Perfil e Atuação Profissional dos Facilitadores de Microrregiões do Norte de Minas Gerais. *Revista Pró-univerSUS*, Vassouras. v. 2, n. 1, p. 75-82, jan-jun. 2011.
- COSTA, S.M.; DURÃES, S.J.A.; ABREU, M.H.N.G. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, suppl.1, p. 1865-1873, 2010.
- FERRARI, R.A.P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 26, n. 2, p.101-108, jul-dez. 2005.
- FRANCO, T.B., MEHRY E.E. [internet]. *PSF: Contradições e novos desafios*. Belo Horizonte/ Campinas: Tribuna Livre; 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>>. Acesso em: 15 maio 2012.
- GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.490-498, mar-abr. 2005.
- GIOVANELLA, L. *et al.* *Estudos de Caso sobre a Implementação da Estratégia Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos para o município de Belo Horizonte*. Belo Horizonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ, 2009.
- GIRARDI, S.N. *et al.* Pesquisa nacional de Monitoramento da Qualidade do Emprego na Estratégia Saúde da Família. *Relatório de Pesquisa - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado*. Belo Horizonte, 2009.
- HADDAD, A.E. *et al.* Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n.3, jun. 2010.
- LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.20, n.4, dez. 2011.

MARSIGLIA, R. M. G. Perfil dos trabalhadores da atenção básica em saúde no município de São Paulo: região norte e central da cidade. *Saúde e Sociedade*, v.20, n.4, p.900-911, out-dez. 2011.

MENDES, E.V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

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

MIRANZI, S.S.C. *et al.* Qualidade de vida e perfil dos dentistas da Estratégia de Saúde da Família do Triângulo Mineiro, Brasil. *Saúde Coletiva*, v.50, n.08, p.120-125, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

PINTO, E.S.G.; MENEZES, R.M.P.; VILLA, T.C.S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Revista Escola de Enfermagem USP*, v.44, n.3, p.657-64, 2010.

QUINHÕES, T.A.T.; SANTOS, G.F. Transformações no processo de gestão da saúde no Brasil. *Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, 8. Panamá, 2003.

SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v.9, n.16, p.25-38, set. 2004- fev. 2005.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.6, jun. 2011.

SILVÉRIO, J.B. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o caso do Município de Montes Claros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde). p.195-221.

SOUSA, M.F.; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciência e Saúde Coletiva*, v.14, supl.1, p. 1325-1335, 2009.

TOMASI, E. *et al.* Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, supl. 1, p.193-201, 2008.

Recebido para publicação em outubro de 2013

Versão final em janeiro de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Alternativas e clima político na formulação do sistema de saúde colombiano (Lei 100)

Options and political stream in the formulation of the Colombian health system (Bill 100)

Clara Aleida Prada Sanabria¹, Sônia Cristina Lima Chaves²

RESUMO: Este artigo analisa o processo de formulação da política de saúde na Colômbia (1993). Trata-se de estudo qualitativo feito a partir de dados secundários com base na perspectiva do processo de agenda e formulação de política de Kingdon (1995) e na análise do estado e hegemonia de Gramsci (1978). Concluiu-se que a maioria das alternativas confluiu para as orientações do governo Gaviria, e que, mesmo existindo múltiplos cenários de discussão, houve pouca representação de setores contra-hegemônicos com possibilidade de alterar o percurso da Lei em seus aspectos estruturais. No processo, favoreceu-se a participação da empresa privada na administração e prestação dos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Política de saúde; Seguridade social; Colômbia; Serviços de saúde.

ABSTRACT: *This paper analyzes the formulation process of the Colombian health policy (1993). Qualitative research was applied upon secondary data grounded on the agenda and the politics process described by Kingdon (1995) and on Gramsci's (1978) analysis of the State and hegemony. It was concluded that most options followed Gaviria's hegemonic guidelines and that, even existing multiple debating scenarios, there had been little representation of counter-hegemonic sectors with possibility of changing the bill stream in its structural aspects. The process favored the participation of private companies in health management and rendering of services.*

¹Doutoranda em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. claricecaps@gmail.com

²Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. Professora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. sclchaves@gmail.com

KEYWORDS: *Health Policy; Social welfare; Colombia; Health services.*

Introdução

O sistema de saúde colombiano integrado ao Sistema Geral de Seguridade Social (SGSS) – Lei 100 – foi formulado em 1993, durante o governo de Cesar Gaviria Trujillo (agosto de 1990 - agosto de 1994). Nesse período, implementaram-se medidas neoliberais que modernizaram o Estado e aprofundaram a descentralização política e administrativa (URIBE, 2009, p.124). Além disso, realizaram-se, pela primeira vez no País, eleições populares para governador, quando foram eleitos dois congressos: um antes e outro após a Assembleia Nacional Constituinte de 1991.

A descentralização administrativa começou com as eleições de prefeitos realizadas em 1986 (governo de Belizário Betancourt). Posteriormente, no governo de Virgílio Barco, a descentralização da saúde e de outros setores foi prioridade como estratégia para buscar legitimidade governamental e equilíbrio fiscal e financeiro.

Na formulação da Lei 100, a Organização Panamericana de Saúde (OPS), que tinha sido fundamental na cooperação, não ofereceu maior influência, já que, desde a segunda metade da década dos anos 1980, o Banco Mundial havia se constituído no grande orientador das políticas do setor da saúde. Essa mudança determinou o afastamento da Atenção Primária e da Saúde para todos no ano 2000 com a adoção de medidas neoliberais e privatizadoras dos serviços de saúde.

A Lei 100 surgiu após a formulação da nova Constituição Nacional (1991). Na tomada de decisão, houve difusão de alternativas de política em debates e encontros (1991 e 1992) levados a cabo fundamentalmente por assessores do Ministério da Saúde, do Instituto Colombiano de Seguro Social (ICSS), fundações privadas, bem como por acadêmicos, dirigentes de sindicatos e representantes de partidos políticos.

Neste estudo, descrevem-se os processos políticos que favoreceram a criação de aparatos públicos e privados para implementar, de forma ‘universalizada’, o esquema de seguros privados de saúde na Colômbia.

Metodologia

Realizou-se estudo qualitativo a partir de dados secundários, entre eles: documentos oficiais, informes executivos, relatórios, projetos de lei e do diário oficial do Congresso Nacional colombiano (*Gacetas del Congreso*) de 1992 e 1993, assim como publicações do jornal *El Tiempo* de 1992 e 1993.

As categorias de análise foram: definição de alternativas de política (*policy stream*), clima político (*political stream*) e agenda decisória, oriundas de Kingdom (1995), e hegemonia, contra-hegemonia, sociedade civil, sociedade política e intelectuais, oriundas de Gramsci (1978), que se encontram definidas no *quadro 1*.

Quadro 1. Categorias de análise para a compreensão do processo de formulação da Lei 100 de 1993, Colômbia

Categoria	Definição
Alternativas de política*	Proposta de resposta ao problema definido na agenda política, elaborado por determinado ator e que tem características técnicas e ideológicas diferenciáveis.
Clima político*	Conformado pelo sentimento popular e tendências ideológicas e partidárias nos diferentes grupos da sociedade civil e da sociedade política.
Agenda decisória*	Momento de confluência em que o problema está definido, as alternativas estão sendo discutidas e o clima político é favorável à tomada de decisão.
Hegemonia*	Direção e controle que uma classe ou fração de classe exerce sobre a totalidade da sociedade mediante a coerção ou o consenso.
Contra-hegemonia**	Organização e construção da própria direção política e ideológica das classes subordinadas para alcançar um novo sistema hegemônico.
Sociedade civil**	Organizações cuja função é difundir pensamento hegemônico através de todos os meios de comunicação e instrumentos que permitem influenciar a opinião pública.
Sociedade política**	Aparelhos de coerção e controle com funções de governo jurídico, força legal e domínio militar.
Intelectuais**	Funcionários das sociedades política e civil que elaboram a ideologia da classe dominante e a transformam em 'concepção' de mundo que impregna todo o corpo social.
Estrutura**	Base econômica de uma sociedade.
Superestrutura**	Base político-ideológica que assegura as condições não materiais para a reprodução da estrutura social (PAIM, 2007).

Fonte: Elaboração própria.

Nota: *Conceitos oriundos de Kingdon, 1995

**Conceitos oriundos de Gramsci, 1978

***Conceitos oriundos de Marx, 1996

Resultados

Este estudo concluiu que o processo de formulação do Sistema de Seguridade Social na Colômbia se iniciou no final dos anos 1980 com a influência das indicações do Banco Mundial e de atores nacionais não governamentais. No *quadro 2*, identificam-se os principais atores governamentais e não governamentais envolvidos no desenho das alternativas durante o processo de formulação da Lei 100.

Observou-se que o principal ator da sociedade política – ator governamental – a

participar na elaboração de alternativas foi o Departamento Nacional de Planejamento (DNP); os participantes da sociedade civil – atores não governamentais – foram a Associação Nacional de Instituições Financeiras (ANIF) e a Associação de Atuários.

Os problemas do Sistema Nacional de Saúde (SNS) (1975-1993) foram caracterizados, na agenda, como fruto da ineficiência do Estado para administrar os recursos do setor, observando-se pouca qualidade e baixa cobertura. As alternativas de solução se encaminham para um maior protagonismo da

empresa privada no setor. Posteriormente, apresentou-se um clima político favorável para a reestruturação do Estado, em geral, e para a reestruturação da política de Seguridade Social em particular.

Dois processos foram importantes para a criação da Lei 100 na Colômbia: a formulação da Lei 10 de 1990, que reestruturou o Sistema Nacional de Saúde, consolidando a descentralização administrativa e a autogestão das instituições de saúde; e a Constituição de 1991, que definiu os princípios da Seguridade Social no País.

A comunidade política do setor de saúde colombiano elaborou uma série de documentos sobre alternativas de política, publicados no livro *Reforma de la Seguridad Social en Salud* (CARDENAS; OLANO, 1992). Participaram do livro acadêmicos, sindicalistas e especialistas no tema, com alternativas de diversas orientações políticas e ideológicas. A Comissão de Reforma do Sistema de Saúde e a Comissão Constitucional de Seguridade Social serviram como espaços de discussão.

As alternativas de estruturação do sistema

de saúde foram divulgadas após a Constituição de 1991. Todas incluíram alguns princípios básicos, como o que define a saúde como parte da Seguridade Social, estando esta, na condição de serviço público, sob a responsabilidade do Estado. Além disso, consideram que o sistema deve ser universal e solidário, ou seja, que todos devem participar no financiamento do sistema, cada um aportando de acordo com a sua capacidade econômica (CARDENAS; OLANO, 1992). Também foi incorporada a participação da empresa privada na gestão dos recursos e na prestação dos serviços de saúde. As propostas analisadas partem do reconhecimento da saúde como serviço público universal, que deve ser garantido a todos os cidadãos. Superou-se a visão da constituição anterior, na qual a saúde era considerada assistência pública do Estado para os pobres. Contudo, universalizou-se o modelo de seguro de saúde privado.

Nas alternativas, a análise econômica foi a mais aprofundada. Termos como vantagens, custo-efetividade, eficiência, alocação de recursos, subsídios cruzados estiveram no

Quadro 2. Atores da sociedade civil e da sociedade política na definição do problema (saúde e previdência) e das alternativas de política no processo de formulação da Lei 100 na Colômbia entre 1990-1992

	Sociedade Civil	Sociedade Política
Alternativas	-Banco Mundial -Associação Colombiana de Atuários -Associação Nacional de Entidades Financeiras -ACEMI -Acadêmicos: Universidade de Antioquia, Universidade Nacional de Colômbia -Partidos políticos	-Departamento Nacional de Planejamento -Ministério da Saúde -legislativo
Evidências de crise	-Banco Mundial -Fedesarrollo -Jornal El Tiempo	-Controladoria -Cajanal -Intituto Colombiano de Seguro Social
Problemas	-Fedesarrollo -Jornal El Tiempo -Sindicatos (CUT, CGT, CTDC, CTC)	-Controladoria -Ministério Público -Superintendência Nacional de Saúde

Fonte: Elaboração própria.

centro da discussão. Encontraram-se poucas referências ao perfil epidemiológico do País e aos avanços do Sistema Nacional de Saúde, implementado desde 1975 (*quadro 3*).

A Subcomissão de Saúde da Comissão Constitucional de Seguridade Social propôs um modelo de atenção descentralizado e autogerido, com autonomia administrativa e financeira dos organismos prestadores de serviços de saúde. Também, assinalou que os usuários deveriam fazer livre escolha da empresa seguradora para garantir a qualidade e a eficiência do serviço. Os prestadores de serviços de saúde obteriam os recursos financeiros a partir dos serviços prestados a usuários afiliados às seguradoras. Por esse motivo, recomendava-se a regulamentação das entidades públicas e privadas para que todos os prestadores de serviços pudessem concorrer em igualdade de condições.

1. Saúde e Seguridade Social na constituinte

No SNS, instituições públicas administram e prestam os serviços de Seguridade Social, cobrindo conjuntamente previdência e saúde. Na Constituição de 1991, definiu-se a Seguridade Social como um serviço público, obrigatório e como direito irrenunciável de todos os habitantes (COLÔMBIA, 1991, ARTIGO 48). Já a saúde, definiu-se não como direito, mas como serviço público, obrigação do Estado de garantir universalmente acesso a serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. O Estado é responsável de organizar, gerir e regulamentar a prestação de serviços de saúde e saneamento ambiental segundo os princípios de eficiência, universalidade e solidariedade. O princípio da eficiência é o primeiro valorizado nesse documento fundamental (COLÔMBIA, 1991, ARTIGO 49). Além disso, permitiu a participação da empresa privada e enfatizou a organização descentralizada.

2. Alternativas (*policy stream*)

Os elaboradores das nove propostas analisadas eram atores tanto da sociedade civil como da sociedade política (*quadro 2*). Todas as alternativas incluíram os princípios definidos na Constituição e partiram do conceito de Seguridade Social dado pelo ministro Francisco Posada de la Peña em memorando dirigido à Comissão da Reforma da Seguridade Social:

Série de mecanismos mediante os quais os indivíduos e, portanto, a sociedade tem a certeza de que sua forma e qualidade de vida não serão afetadas por eventualidades, contingências e sinistros que possam acontecer ao longo do ciclo vital e que têm sempre um custo ou implicação econômica (CARDENAS; OLANO, 2002, P. 19).

Nessa definição, não se faz referência ao Estado ou a um direito cidadão: é uma definição que responsabiliza os próprios indivíduos e a sociedade pela Seguridade Social. Na Assembleia Nacional Constituinte, declarou-se a Seguridade Social como um direito irrenunciável de todo cidadão e se delegou a definição das bases do novo sistema de seguridade à Comissão Constitucional Transitória. Os resultados dessa comissão, reunida durante o segundo semestre de 1991, não foram incorporados pelo governo nem pelo Congresso no debate legislativo, como havia ordenado a constituinte (JARAMILLO APUD OPS 2002, P. 302). A Seguridade Social, sendo declarada direito na Constituição, foi entendida como seguro privado nas diferentes propostas.

Todas as propostas concordaram com a necessidade de separação institucional da administração dos recursos da prestação dos serviços de saúde e previdência. Isso significava o fim ou uma reforma estrutural do Instituto Colombiano de Seguridade Social (ICSS), bem como das outras caixas de Seguridade Social. Por esse motivo, se podem explicar as posições dos sindicatos do ICSS e da Asociación Médica Sindical (Asmedas)

Quadro 3. Caracterização das alternativas de política de saúde na formulação da Lei 100, Colômbia, 1993

Proponente	Características	Tipo de vinculação	Financiamento	Gestor dos recursos	Prestador dos serviços
1. Ivan Jaramillo, Consultor FESCOL	Universal	Seguro complementar Seguro de população objeto de assistência pública	Contribuições dos trabalhadores e empregados Recursos de municípios e departamentos, impostos. Co-pagamento	Agências seguradoras privadas Fundos públicos locais e seccionais de saúde	Concorrência entre prestadores privados e públicos financeiramente autônomos
2. Guillermo Olano, acessor do Ministério, trabalhou na Comissão Constitucional e posteriormente participou da Fundação Corona	Seguro de Saúde Nacional – SESANA Enfoque na prevenção, atenção básica. Rede privada complementar de serviços médicos (pré-paga). Plano de benefícios baseado nas necessidades e recursos disponíveis, desenhado em nível local entre comunidades e autoridades locais.	Seguro complementar Seguro da população objeto de assistência pública	Trabalhadores 33,3% Empregador 66,6% Co-pagamento segundo classificação socioeconômica do usuário. Subsídios do Estado à demanda para seguro das famílias pobres.	Entidades seguradoras que contratam ofertantes de serviços médicos para seus vinculados. Agências locais descentralizadas	Entidades autônomas que vendem serviços de saúde.
3. Hugo López Castaño, Centro Investigações econômicas Universidade de Antioquia para o ISS	Contra seguradoras privadas, porque estas prefeririam as famílias com maiores ingressos, menos pessoas por família, menos doenças.	Seguro complementar Seguro da população objeto de assistência pública	Impostos gerais progressivos, onde os ricos paguem mais, gerando subsídio para os pobres. Os ricos comprariam uma apólice de seguros de saúde	Monopólio segurador estatal	Concorrência na prestação de serviços de saúde entre entidades públicas e privadas
4. Antonio Yepes Parra, constituinte liberal Comissão Constitucional de Seguridade Social	Seguro obrigatório de saúde integral.	Seguro de saúde universal	Contribuição dos trabalhadores dos setores público e privado. Contribuições dos trabalhadores informais. Orçamentos da nação e departamentos, além de impostos	Fundos municipais de saúde.	Entidades públicas, privadas ou do setor solidário
5. Carlos A. Agudelo, Vice-ministro de saúde	Orientação na prevenção e promoção. Plano de benefício segundo perfil epidemiológico do País e das regiões.	Seguro universal	Contribuições dos trabalhadores $\frac{1}{3}$ e empregadores $\frac{2}{3}$. Contribuições de trabalhadores informais, empresas de economia familiar e rural. Recursos do Estado por meio de subsídios Co-pagamento	Concorrência de agências seguradoras públicas de nível municipal ou seccional e seguradoras privadas	Concorrência de provedores de serviços.

Quadro 3. (cont.)

Proponente	Características	Tipo de vinculação	Financiamento	Gestor dos recursos	Prestador dos serviços
6. Julio Colmenares, consultor do Ministério de Saúde	Sistema integral de seguridade. Social formado por sistema nacional de saúde e sistema nacional de previsão social	Prestação de serviços básicos gratuitos. Não descreve seguro privado	Contribuições de famílias de trabalhadores Recursos da Ecosalud.	Fundo, caixa ou banco em nível local que vinculará os usuários. Fundo, caixa ou banco em nível nacional que receberá contribuições dos fundos locais, funcionara como ressegurador	Empresas públicas ou privadas
7. Jorge Michelsen (assessor ISS), Mauricio Restrepo, (subdiretor ISS) Gabriel Uribe (assessor ISS) Jorge Castellanos, consultor OPS	Seguro obrigatório de saúde Integral. Diferencia serviços de saúde pessoais de não pessoais, estes últimos não seriam objetivo do seguro. Atenção em promoção, prevenção, cura e reabilitação por níveis de atenção e por entidades territoriais	Universalização de seguro de saúde. Não descreve seguros complementares de saúde	Contribuições da população economicamente ativa, trabalhadores formais, informais e independentes. Subsídios estatais para população pobre. Ecosalud.	Conselho municipal de saúde administrada por secretaria municipal de saúde ou prefeitura. O conselho terá representantes dos médicos, usuários, empregadores e trabalhadores, governo municipal e departamental.	Entidades de saúde públicas autônomas, entidades privadas profissionais independentes
8. Alvaro Cardona, representante da união patriótica na Comissão Constitucional de Seguridade Social	Seguro nacional de saúde. Promoção, prevenção, atenção, reabilitação, controle de fatores de risco e fortalecimento de fatores protetores	Regime único de seguro em nível nacional	Contribuições de trabalhadores assalariados e independentes. Contribuição do governo para as pessoas desempregadas e dependentes. Co-pagamento	Entidade pública departamental ou regional. Conselhos regionais e nacional de Seguridade Social que definem políticas e coordenam as ações. Fundo de solidariedade regional, fundo de crédito ao fomento e desenvolvimento da infraestrutura física e tecnológica	Empresas públicas ou privadas devem prestar serviços de saúde integrais com enfoque em saúde da família. Participação de beneficiários na estrutura administrativa de todas as empresas prestadoras.
9. Departamento Nacional de Planejamento. Documento de Trabalho, 15 de Janeiro de 1992	Plano único de benefícios. Questionários de focalização para vinculação de famílias pobres	Seguro universal	Vinculação por grupos: grêmios, empresas, grupos associativos. Recursos fiscais, Ecosalud, orçamento departamental e municipal. Contribuições de trabalhadores, empregadores e trabalhadores independentes.	Entidades seguradoras em saúde, públicas e privadas. Fundo nacional de compensação que ressegura contingências e apóia solidariedade do sistema.	Hospitais públicos autônomos e entidades privadas

Fonte: Elaboração própria.

contra a reforma, já que modificava suas condições laborais e benefícios.

A universalidade na saúde foi entendida como asseguramento básico obrigatório de todos os cidadãos ao sistema, garantindo a livre escolha por parte do usuário em relação ao prestador de serviço e a existência de um seguro 'oficial' obrigatório e de seguros complementares voluntários.

Abaixo, descrevem-se as principais características motivadoras da disputa na formulação do SGSS.

2.1 COBERTURA

A cobertura universal estabelecida pela Constituição se apresentou, na maioria das propostas, dividindo os cidadãos em trabalhadores, população pobre ou desempregada e pessoas com capacidade econômica para pagar seguros complementares de saúde. O seguro seria universal sem diferenciação dos cidadãos nas propostas 4, 5 e 8 do *quadro 3*.

2.2 TIPO DE VINCULAÇÃO

As propostas se dividiram em três orientações diferentes: a) vinculação universal e subsídio do Estado para a população pobre sem seguros complementares de saúde (propostas 5, 6, 7 e 8); b) contribuição de todos os habitantes no sistema único oficial de atenção em saúde (proposta 4); c) seguro subsidiado pelo Estado para a população pobre e seguro complementar para a parcela mais rica da população (propostas 1, 2 e 9). Observam-se diferenças de orientação no próprio governo, já que, para o Ministério e o ICSS, a vinculação deveria ser igual para todos os cidadãos, mas para o DNP existia a possibilidade de seguro complementar, assim como para as Fundações Fescol e Corona.

2.3 FINANCIAMENTO

Nesse aspecto, praticamente houve consenso geral de que deveria ocorrer por meio das

contribuições de trabalhadores e empregadores. Algumas propostas determinaram as porcentagens (33,3% para os trabalhadores e 66,6% para os empregadores; propostas 2 e 5). O Estado contribuiria com recursos complementares dos níveis municipal e departamental e da Empresa Colombiana de Recursos para la Salud (Ecosalud). Esta empresa arrecadava recursos de lotéricas e de impostos sobre o álcool e o cigarro. Finalmente, as propostas, especificaram a necessidade de cobrar alguma porcentagem por serviço recebido segundo a capacidade de pagamento do usuário (co-pagamento), seguindo o modelo estadunidense de seguro privado.

Na proposta 3, pretendia-se o financiamento por meio de impostos gerais progressivos, em que os ricos pagariam mais que os pobres. Essa proposta também estava contra a privatização das seguradoras e a favor de um monopólio estatal, pois, segundo esta, o setor privado não garantiria a oferta de serviços para a população pobre. O financiamento seria garantido pelos trabalhadores e empregadores – como já acontecia no subsistema de Seguridade Social no SNS –, acrescentando as contribuições dos trabalhadores independentes e o subsídio do Estado para a população pobre. Parte da proposta de financiamento se fundamentou na solidariedade, entendida como uma característica dos seguros sociais costumeiramente excluída dos seguros privados:

No seguro social, a solidariedade implica a priori um mecanismo de compensação de custos e redistribuição das contribuições dentro de um sistema parafiscal. [...] Nos seguros sociais, pratica-se o princípio da equidade, exigindo de cada pessoa uma contribuição segundo sua capacidade e dando a cada pessoa serviços segundo sua necessidade (JARAMILLO APUD CARDENAS; OLANO, 1992, P.148-149).

2.4 GESTÃO DOS RECURSOS

A gestão dos recursos definida na Lei 10 de 1990 foi retomada nas alternativas analisadas. Estabeleceram-se os fundos seccionais e locais de saúde como sistemas descentralizados de captação dos recursos destinados a programas de saúde. Os fundos seriam as agências do sistema de Seguridade Social em saúde a se vincular à população objeto da assistência pública, que não estava em condições de contribuir. Eles “agiriam como sistemas de subsídio à demanda de serviços de saúde e assegurariam à população com quotas de contribuição segundo a classificação socioeconômica dos usuários” (JARAMILLO APUD CARDENAS; OLANO, 1992).

Duas propostas (7 e 8) apresentaram posição ideológica diferente no referente à gestão dos recursos. Os responsáveis pela administração dos recursos seriam conselhos municipais ou regionais de saúde conformados por representantes da administração, grêmios e comunidade. As agências seguradoras – posteriormente denominadas Empresas Promotoras de Saúde – e os fundos locais e seccionais ficariam encarregados de arrecadar as contribuições, vincular os usuários, gerir os recursos e pagar os serviços prestados pelas instituições de saúde (JARAMILLO APUD CARDENAS; OLANO, 1992).

A existência do fundo também foi comum a todas as propostas, mas o funcionamento e a administração geraram controvérsias. Assim, o fundo “receberia as contribuições de todas as agências do sistema, operando como seguro antidéficit no caso dos custos da atenção serem maiores do que as contribuições num grupo social ou região determinados” (CARDENAS; OLANO, 1992). Administrar-se-ia o fundo nacional por meio de junta tripartite de usuários, governo e empresários (Congressista Álvaro Uribe), que deveria, também, cobrir a ocorrência de catástrofes e financiar pesquisa e assessoria, além de funcionar como uma espécie de banco central (Guillermo Olanó). Os fundos garantiriam

unicamente a população pobre subsidiada pelo Estado, ficando os outros cidadãos vinculados a agências seguradoras privadas (propostas 1, 2, e 9).

A outra tendência (propostas 4 e 7) dá maior protagonismo aos fundos locais, que receberiam e administrariam as contribuições dos vinculados e os aportes e rendas municipal, departamental e nacional. A Junta Municipal de Saúde teria representantes do grêmio médico, de usuários, empregadores e trabalhadores, assim como do governo municipal e departamental, que se encarregaria da administração das instituições e programas de saúde. A execução ficaria a cargo da Prefeitura ou da Secretaria Municipal de Saúde. O município contrataria a prestação de serviços com entidades de saúde públicas autônomas, privadas ou profissionais independentes.

O DNP propôs um Fundo Nacional de Compensação com a função de reasssegurar contingências que ultrapassassem limites estabelecidos previamente e de apoiar a função de solidariedade do sistema (DOCUMENTO DE TRABALHO, DNP APUD CARDENAS; OLANO, 1992), não fazendo referência a fundos municipais ou departamentais. Para o DNP, as seguradoras seriam entidades públicas ou privadas, em lugar de instâncias administrativas do governo, como os fundos já descritos. Portanto, não existiria esse enfoque territorial na administração dos recursos para a prestação dos serviços individuais de saúde. No quesito gestão de recursos, essa foi a proposta final que chegou à Lei 100.

2.5 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Sobre a oferta de serviços de saúde, todas as alternativas incluíram a concorrência de entidades públicas e privadas candidatas à venda de serviços às agências seguradoras. Para isso, as entidades públicas deveriam se transformar em pessoas jurídicas, com autonomia administrativa e financeira, como estipulado no artigo 19 da Lei 10, de 1990 (JARAMILLO APUD CARDENAS; OLANO, 1992).

Quadro 4. Processo de desenvolvimento da Lei 100: da proposta de reforma do Banco Mundial à Lei aprovada.

Proposta reforma Banco Mundial 1987	Lei 10 1990	Alternativas 1992	Projeto de Lei 1992	Lei 100 1993
Modelo de seguros para os trabalhadores	Atenção básica responsabilidade do Estado	Seguro universal (9/9)	Seguro universal obrigatório - regime contributivo e subsidiado	Seguro universal obrigatório - regime contributivo e subsidiado
Pago de cotas por serviços de saúde	Não estabelecida	Pagamento de cotas (3/9)	Pagamento de cotas para controlar utilização dos serviços	Pagamento de cotas para controlar utilização dos serviços
Serviços complementares de saúde	Regulação do setor privado	Seguros complementares (4/9)	Não descreve seguros complementares	Seguros complementares
Descentralização dos serviços de saúde	Descentralização dos serviços de saúde	Descentralização administrativa do setor saúde	Descentralização administrativa do setor saúde	Descentralização administrativa do setor saúde
Não faz referência	Autonomia administrativa e financeira dos hospitais públicos	Autonomia administrativa e financeira dos hospitais públicos	Autonomia administrativa e financeira dos hospitais públicos	Autonomia administrativa e financeira dos hospitais públicos

Fonte: Elaboração própria.

O financiamento das entidades públicas não se daria, no novo sistema, por verbas históricas ou por populações adscritas, mas por venda de serviços. Nas diversas alternativas, é relevante a ênfase dada à ‘empresarização’, significando que os hospitais públicos deveriam ser autônomos financeiramente e obter recursos pela venda de serviços, contrário à tendência histórica na Colômbia até então. A participação da comunidade estaria garantida com a participação de usuários na cogestão dos conselhos diretivos dos hospitais públicos e privados.

2.6 PLANOS DE BENEFÍCIOS

Os planos de benefícios fazem referência aos serviços – consultas, procedimentos, exames laboratoriais e tratamentos – que os segurados têm direito de receber das seguradoras. Na maioria das alternativas, este tema não foi relevante, foi pouco discutido

e unicamente fez referência ao tipo de serviços a serem incluídos no seguro. Na proposta 3, classificaram-se os serviços de saúde em serviços pessoais e não pessoais, a mesma classificação do Banco Mundial. Os serviços não pessoais são aqueles que beneficiam indiretamente aos indivíduos – controle de fatores do meio ambiente, vetores biológicos, contaminação ambiental e prevenção de acidentes. Os serviços pessoais são os prestados diretamente aos indivíduos – primários, secundários e terciários. Estes últimos são os serviços objeto dos seguros de saúde (CARDENAS; OLANO, 1992).

Na linha contra-hegemônica, afirma-se que o plano de benefícios a ser oferecido pelo seguro deveria cumprir o perfil epidemiológico do País e suas diferentes regiões, assim como os objetivos e a política do sistema nacional de saúde. Prestaria serviços de atenção primária gratuita, cobrindo os principais fatores de risco e implementaria um modelo

de atenção à saúde baseado na promoção da saúde e na prevenção da doença. O plano de serviços incluiria atenção nos diferentes níveis de complexidade. Nessa proposta, o seguro básico e os seguros complementares são modalidades diferentes e independentes (CARDENAS; OLANO, 1992).

Em outra proposta (8), as instituições deveriam prestar serviços de saúde integrais com enfoque na saúde da família. Incluiriam atividades de promoção à saúde, prevenção e atenção a doenças e reabilitação, controlando os fatores de risco e fortalecendo os fatores protetores da saúde da população. Não discrimina nenhum indivíduo por motivos de idade, sexo, nível socioeconômico, ideias políticas, religiosas etc. Determina a necessidade de co-pagamento, ao receber um serviço do plano de serviços.

Ao final, a proposta consensual levada ao Congresso nos seus aspectos principais é apresentada no *quadro 4* e comparada com as principais características da proposta do Banco Mundial (1987). Esse modelo de seguro para trabalhadores foi ampliado à população em geral ao garantir a universalidade por meio do seguro para os pobres subsidiado pelo Estado.

No relatório final, inseriu-se o co-pagamento para garantir a viabilidade econômica do sistema e evitar o uso descontrolado dos serviços. Esse princípio foi inserido em três das alternativas e se confirmou no projeto de lei e na lei aprovada. A descentralização administrativa se manteve também em todas as alternativas de política, no projeto de lei e na lei aprovada. Finalmente, a proposta do Banco Mundial não fazia referência à administração dos hospitais públicos, mas, já desde a Lei 10, foi identificada a necessidade de introduzir o modelo gerencial nos hospitais, que deveriam ter autonomia financeira para garantir sua continuidade no novo sistema.

Em síntese, as ideias principais presentes na proposta do Banco Mundial foram implementadas (*quadro 4*), chamando a atenção para o fato que a mudança gerencial dos hospitais

públicos em direção ao autofinanciamento foi além do proposto pelo Banco Mundial.

3. Clima político (*politics stream*)

Caracterizou-se pela participação de forças políticas novas relacionadas com o processo de paz – os partidos de esquerda Aliança Democrática M-19 e União Patriótica, movimentos representados na Assembleia Constituinte e no Congresso. Em maio de 1990, elegeu-se Cesar Gaviria Trujillo com 47,8% dos votos, com 90% dos votantes a favor da Assembleia Nacional Constituinte. Esse é um fato político inquestionável, já que, não estando contemplada essa possibilidade na antiga Constituição e antes de serem contabilizados os votos oficialmente, os promotores da constituinte conseguiram apoio político para a convocatória à Assembleia Constituinte (SANTOS; IBEAS, 1995).

O partido AD-M19 liderou o Ministério da Saúde desde o início do governo Gaviria até agosto de 1993. Nesse período, manteve-se o enfoque promovido pela OPS/OMS, com programas de promoção da saúde, atenção primária, municípios saudáveis, comunicação para a saúde e participação social em saúde. Inclusive, o último ministro do AD-M19 do governo Gaviria, Gustavo de Roux, havia sido consultor da OPS. Com o apoio dessa instituição, o Ministério realizou a Segunda Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Bogotá, em novembro de 1992. (COLOMBIA MS APUD OPS, 2002).

A presença do AD-M19 no Ministério da Saúde resultou de parte do acordo político de Gaviria com os líderes dos partidos liberal, Nova Força Democrática e AD-M19, que se comprometeram em apoiar quarenta projetos de lei do executivo (EL TEMPO, 07 JUL. 1992). Essa participação do AD-M19, porém, não significou uma influência ideológica significativa na formulação de alternativas ao sistema de saúde, processo que foi mais influenciado pelo Departamento Nacional de Planejamento, que, já em janeiro de 1992,

tinha proposta bastante próxima do projeto apresentado pelo governo e aprovado pelo congresso (proposta 9 do *quadro 3*).

3.1 NOVOS ATORES NA SOCIEDADE CIVIL

No primeiro semestre de 1992, conformou-se a Associação Colombiana de Empresas de Medicina Pré-paga (Acemi). Nesse momento, o grupo afirmava ter quinhentos mil afiliados aos planos de saúde. As empresas fundadoras foram Colmena, Colpatria, Colsanitas, Fesalud, Medisalud, Servital, Previsalud, Coomeva e Salud de Antioquia. Segundo a matéria do jornal *El Tiempo* (1992), “como grêmio, Acemi espera aportar ao Governo nacional soluções que permitam resolver os problemas de saúde dos colombianos”. O interesse da Acemi era garantir o mercado livre e aberto, regulado pela livre concorrência, evitando a intervenção estatal no seguro e na prestação de serviços de saúde – segundo eles, para garantir a qualidade, a oportunidade e o desenvolvimento do setor. Defendia a exclusão de pacientes com doenças previamente diagnosticadas, a não obrigatoriedade de aceitar todos os cidadãos e a possibilidade de negar a oferta de tratamentos demasiadamente caros, de forma a garantir a estabilidade financeira do sistema (BORRERO, 2008).

Após a Lei 100, as empresas desse grêmio passaram a ter a função de seguradoras, gestoras dos recursos da saúde e prestadoras de serviços. A Acemi participou da equipe coordenada pelo Ministério de Saúde na elaboração do projeto 155, pelo qual se estruturava o sistema de saúde; assumindo, portanto, posição no Estado colombiano. Dessa equipe, também participaram representantes do Ministério do Trabalho, o ICSS, serviços de saúde regionais e os parlamentares Álvaro Uribe Velez e María del Socorro Bustamante, coordenadores dos debates na câmara e no senado (URIBE, 2009).

3.2 O PROJETO DE LEI DEFINITIVO E A MUDANÇA NO CLIMA POLÍTICO

Na elaboração do projeto de lei apresentado pelo governo ao parlamento, foi definitiva a participação do novo ministro de saúde Juan Luis Londoño que, antes de ser ministro, fez parte da equipe do DNP. Nesse departamento, desenvolveu-se uma das propostas de alternativa (proposta 9, *quadro 3*). Londoño foi um ator individual importante que apresentou características de empreendedor da reforma. No projeto, mantiveram-se as diretrizes indicadas por Gaviria de diminuir a participação do Estado no setor e abri-lo à concorrência do mercado. No momento em que levou-se o projeto ao congresso, o movimento AD-M19 já havia saído do Ministério da Saúde, e a fração liberal que estava contra as reformas gaviaristas retirara-se do ICSS, consolidando-se a tendência que dava ênfase aos aspectos técnico-econômicos. (URIBE, 2009).

No final de 1992, o governo submeteu o projeto ao Congresso que, durante dez meses, foi debatido nas comissões sétimas da câmara e do senado. Segundo o senador Álvaro Uribe Velez, que apresentou o projeto à plenária do parlamento, a discussão nas comissões “de portas abertas, teve sempre a presença de organizações sindicais, gremiais, acadêmicas e de diversas ordens; muitos lugares da pátria foram cenários onde se realizaram foros sobre o tema” (GACETA DEL CONGRESO, 30 JUL. 1993).

No projeto de lei, detalha-se a natureza jurídica do direito à Seguridade Social, retomando a Constituição Nacional, na qual o direito à Seguridade Social é um direito de segunda geração, definido como direito das pessoas de demandar que o Estado respeite esses direitos, mas não supõe a faculdade de exigir a prestação do serviço especificamente pelo Estado. A obrigação do Estado, frente a esses direitos, está relacionada a dedicar, segundo as possibilidades econômicas e financeiras, os recursos necessários para a satisfação dos direitos econômicos, sociais e culturais (GACETA CONGRESO, 30

JUL. 1993). Portanto, assume-se o direito à Seguridade Social e à saúde como direito social de prestação sobre o qual o Estado deve envidar o maior esforço para desenvolvê-lo por meio das normas legais e regulamentares.

Discussão

A reforma do sistema de saúde foi um dos objetivos do programa de governo Gaviria, propósito que se manteve ao longo do seu governo e se concretizou na formulação e posterior implementação da Lei 100. Nesse período, a maioria dos ministros e dos congressistas era do mesmo partido do presidente, permitindo observar que, mesmo havendo um processo amplo de debate sobre a estruturação do sistema, este satisfaz a ideologia de fortalecimento do modelo econômico imperante durante o período. Os recursos da previdência terminaram sendo administrados pelos grupos financeiros, ‘ativando’ a economia.

Chama a atenção que, no caso colombiano, a política de Seguridade Social – previdência e saúde – foi tratada como alta política (*high politics*) e entendida pela comunidade política como “estando relacionada a questões-chave ou fundamentais para o interesse nacional e aos objetivos do Estado no longo prazo” (EVANS; NEWNHAM APUD WALT, 2006, P. 42).

Para Walt (2006), a política de saúde é, em geral, uma baixa política (*low politics*). Porém, no caso colombiano, ao se tratar de macro política ou de política sistêmica em nível nacional, pode-se entender como um processo elitista ou, mais especificamente, como um processo corporativista. Nesse sentido, já que a Lei 100 fortaleceu os grupos de interesse na indústria da saúde, observou-se que o modelo de *policy-making* mais próximo nesse caso é o de comunidades de política, cada vez mais especializadas, restritas e com tendências oligárquicas, nas quais predominam representantes da burocracia estatal qualificados legal e politicamente (LABRA, 1999). Essa comunidade

política que desenhou as alternativas esteve conformada por atores da sociedade civil e da sociedade política do próprio executivo, as quais agiram como empreendedores no processo, no sentido de Kingdon (1995), ou como intelectuais orgânicos no sentido de Gramsci (PORTELLI, 2002).

Alguns legisladores se aprofundaram nas discussões sobre as noções de direito e de serviço público, mas, ao final, a interpretação da Constituição orientou-se na via da privatização e da defesa dos interesses particulares na prestação e administração dos recursos da saúde e previdência. O executivo não teve oposição organizada no legislativo, de maioria liberal, e conseguiu fazer coalizões com os outros partidos representados para apoiar as iniciativas do Governo.

Além disso, a presença de forças políticas de esquerda na Assembleia Constituinte, no Ministério da Saúde e no Congresso não foi suficiente para alterar, de forma significativa, os planos do executivo para a reforma do sistema de Seguridade Social, incluindo a saúde. Esses grupos não ocuparam posições na estrutura do Estado para produzir influências ideológicas. Portanto, não se configurou contra hegemonia, ou seja, não se apresentou um processo de construção, por parte das classes subalternas, de ideologia própria para dar direção ao novo sistema de saúde e previdência. Pelo contrário, observou-se que a Acemi, grêmio das empresas asseguradoras de saúde, acabou ocupando posições no Estado, influenciando na formulação da Lei.

No caso do SNS (que funcionou entre 1972 e 1993), múltiplas análises econômicas apoiavam a reforma com orientação privatista desde o governo de Virgílio Barco (1986-1990). As avaliações assinalaram a crise econômica do setor como argumento para a necessidade de mudar o sistema e apresentaram o mercado regulado pelo Estado e administrado pela iniciativa privada como a melhor solução possível.

Na Colômbia, a ideologia é relativamente hegemônica no favorecimento à iniciativa

privada. Apenas duas das nove propostas estruturaram-se no sentido de formular um sistema público estatal de saúde. Dessa forma, a disputa entre a posição liberal e a tendência ‘comunista’ estatista estava, na Colômbia, também em decadência, como acontecia em todo o mundo no final dos anos 1980. Assim, a política pública (Lei 100) estabeleceu, como afirma Gonçalves (2009), as ‘regras de jogo’ que influenciaram a alocação de recursos econômicos e políticos, facilitando a formação ou expansão de grupos particulares, encorajando determinadas ações e bloqueando outras. Além disso, deu-se continuidade ao modelo médico assistencial privatista, mas subsidiado com elementos jurídicos para a incorporação em grande escala do modelo de atenção gerenciada, fundamentado na economia, nas análises de custo-benefício e custo-efetividade e na medicina baseada em evidência. Segundo Paim (2008), nesse modelo, considera-se a saúde/doença uma mercadoria, é biologista, implica a subordinação do consumidor e incorpora a visão ‘preventivista’, já que, dessa forma, pode baixar os custos e aumentar os lucros das empresas de saúde.

Essa política afetou vários interesses. Primeiro, de toda a população, ao estabelecer novas formas de acesso aos serviços de saúde; segundo, dos empregadores e dos trabalhadores, já que alterou as regras do jogo sobre a vinculação e a contribuição; terceiro, das seguradoras de saúde e previdência e, portanto, do setor financeiro, que criou e regulamentou esses mercados; quarto, do setor

público de saúde, porque alterou sua natureza jurídica; e quinto, do Estado em geral, porque redefiniu sua estrutura e seus objetivos no setor, agora mais restrito.

No processo de avaliação de alternativas e de tomada de decisão, foram necessários os acordos sobre alguns temas que afetavam diretamente os grupos organizados. Diferentemente do Brasil, a Colômbia já possuía, desde os anos 1970, um SNS estruturado com rede de serviços própria. Ou seja, uma ampla rede de hospitais públicos para a assistência à saúde dos pobres com a estrutura de centros de saúde e clínicas do ICSS que chegava a muitos municípios do País. Além disso, diferentemente do ocorrido no Brasil, a implementação dos sistemas locais de saúde (Silos) nos anos 1970 não se constituiu em espaço de formação de quadros políticos no setor saúde (professores universitários, profissionais de saúde ou lideranças comunitárias), capazes de, nas décadas seguintes, se posicionarem como contra-hegemonia ou de ocuparem espaço na estrutura do Estado (guerra de posição).

Para finalizar, a constituição de novo pacto político no País favoreceu a legitimação dos objetivos e interesses corporativos das agências seguradoras da previdência e de saúde. Favoreceu o desenho e posterior implementação de política que universalizou o seguro saúde como bem individual. Assim, no Estado Social de Direito instaurado à época, a saúde e a previdência ajudaram a dinamizar o setor econômico. ■

Referências

- BANCO MUNDIAL. El Financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo: una agenda para la Reforma. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 6, n. 103, p. 695-739, 1987.
- BORRERO, Y.E. *La reforma del sector salud y los conflictos clasistas en Colombia: el caso de la ley 100/93*. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Facultad de Ciencias Sociales y Económicas de la Universidad del Valle, Santiago de Cali, 2008. 129 p.
- CARDENAS, M; OLANO, G. *Reforma de la seguridad social en salud*. Bogotá: Fundación Friedrich Ebert de Colombia – FESCOL, Fundación para la Educación Superior, Fundación Corona, Fundación Restrepo Barco, 1992.
- COLOMBIA. Ley 10, de 10 de enero de 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*, 39.137, Bogotá, DC, 10 ene. 1990.
- _____. Constitución (1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogotá, DC: Asamblea Nacional Constituyente, 1991.
- _____. Ley 100, de 23 de diciembre de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* 41.148, Bogotá, DC, 23 dic. 1993.
- GONÇALVES, T. M. Ruptura e continuidade: a dinâmica entre processos decisórios, arranjos institucionais e contexto político – o caso da política de saúde. *Locus: revista de história, Juiz de Fora*, v. 15, n. 2, p. 47-69, 2009.
- GRAMSCI, A. *Maquiavel, a política e o estado moderno*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.
- JARAMILLO, I. *El futuro de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993 cinco años después*. 4. ed. Santa Fe de Bogotá: FESCOL, FES, FRB, Fundación Corona, 1999.
- KINGDON, J. *Agendas, alternatives, and public policies*. New York: Logman, 1995.
- LABRA, M. Análise de Políticas, Modos de Policy-making e intermediação de interesses: uma revisão. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 131-166, 1999.
- NOMBRADO Director en Acemi. *El tiempo*, Información General, Bogotá, 06 mar. 1992. Disponível em: <<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-56538>>. Acesso em: 12 abr. 2011.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *OPS y el Estado Colombiano: 100 años de Historia, 1902-2002*. Bogotá, 2002. Disponível em: <http://www.col.ops-oms.org/centenario/libro/OPSestado100_print.htm>. Acesso em: 24 out. 2011.
- PAIM, J. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et. al. (orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-573.
- PORTELLI, Huges. *Gramsci e o bloco histórico*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.
- SANTOS, A; IBEAS, J. Elecciones y Reforma Política en Colombia (1990-1991). *Revista de Derecho Político – Universidad Computense*, Madrid, n. 40, 1995, p. 341-378.
- UN Ministerio divide al M-19. *El tiempo*, Información General, Bogotá, 07 jul. 1992. Disponível em: <<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-152376>>. Acesso em: 04 jan. 2012.
- URIBE, M. *La contienda por las reformas del sistema de salud en Colombia (1990-2006)*. Tese (Doutorado em Sociologia) – Centro de Estudios Sociológicos del Colegio de México, Ciudad del México, 2009. 313 p.
- WALT, G. *Health policy: An introduction to process and power*. 8. ed. London: Zed Books, 2006.

Recebido para publicação em fevereiro de 2013
 Versão final em dezembro de 2013
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve

A sala de situação da dengue como ferramenta de gestão em saúde

Dengue situation room as a health management tool

Layza de Souza Chaves Deininger¹, Kerle Dayana Tavares de Lucena², Daniela Cristina Moreira Marculino de Figueiredo³, César Cavalcanti da Silva⁴, Ana Eloísa Cruz de Oliveira⁵, Ulisses Umbelino dos Anjos⁶

¹Mestranda em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil.
layzasousa12@hotmail.com

²Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. Professora da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – João Pessoa (PB), Brasil.
kerledayana@hotmail.com

³Especialista em Enfermagem Pediátrica pela Pontifícia Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) – Porto Alegre (RS), Brasil. Professora Auxiliar no módulo de Atenção à Saúde I e II pela Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil.
dla.moreira@yahoo.com.br

⁴Doutor em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professor na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil.
profccs@yahoo.com.br

⁵Graduado em Enfermagem na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil.
elocruz17@hotmail.com

⁶Doutor em Estatística pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professor na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil.
ulissesumbelino@gmail.com

RESUMO: Trata-se de estudo documental, retrospectivo e descritivo que utilizou os dados do primeiro semestre de 2012 do Sistema de Informação de Agravos de Notificação com o objetivo de apresentar a sala de situação da dengue do Distrito Sanitário IV (DSIV), João Pessoa –PB como ferramenta de apoio ao planejamento e à gestão. Como resultado do estudo, dos 2.732 casos de dengue notificados, confirmaram-se 1.645. No território do DSIV, notificaram-se 302 casos, com maior incidência nos bairros Centro (9,8%), Treze de Maio (7%) e Varadouro (6,1%). Aponta-se a importância do uso da informação para avaliação da situação de saúde e tomada de decisão com vistas a direcionar ações intersectoriais, educativas e de conscientização.

PALAVRAS-CHAVE: Indicadores básicos de saúde; Dengue; Saúde pública.

ABSTRACT: *This study is based on documents, and of retrospective and descriptive nature, applying data retrieved from the Information System of Reportable Diseases – 2012 first semester with the aim to present the dengue situation room from the IV Sanitary District–DSIV, in João Pessoa–PB, as a tool to support planning and management. As a result, from the 2,732 cases of dengue reported, 1,645 were confirmed. On DSIV territory, 302 cases were reported, with higher incidence of the disease in the neighborhoods of Centro (9.8%), Treze de Maio (7%) and Varadouro (6.1%). It is necessary the use of information for assessing health development and guiding educational, intersectorial and awareness actions.*

KEYWORDS: *Health status indicators; Dengue; Public health.*

Introdução

A dengue é um grave problema de saúde pública em países de clima tropical. Devido às condições ambientais favoráveis ao desenvolvimento e proliferação do principal vetor dessa enfermidade, o *aedes aegypti*, essas regiões têm a maior incidência da doença, necessitando de medidas de prevenção em caráter de urgência (FREITAS; RODRIGUES; ALMEIDA, 2011).

Atualmente, mais de 100 países apresentam casos de dengue, totalizando cerca de seis milhões de casos que expõem a risco de morte mais de 500 mil indivíduos que evoluem para a febre hemorrágica da dengue, o que faz com que essa doença seja considerada 'maldição urbana' da contemporaneidade (TEIXEIRA; COSTA; BARRETO, 2011).

Trata-se de uma doença infecciosa que causa febre alta e aguda, prostração, mialgia, cefaleia, dor retro orbicular, geralmente de evolução benigna em sua forma clássica e grave quando se apresenta na forma hemorrágica, ao que se somam, além dos sinais e sintomas citados, dores abdominais, hemorragia e choque resultante do aumento da permeabilidade vascular. Existem quatro sorotipos conhecidos do vírus da dengue: Den-1, Den-2, Den-3 e Den-4, e os quatro circulam atualmente por todo o Brasil (DIAZ-QUIJANO, 2011).

Os pacientes que adquirem a doença pela primeira vez, infecção primária, desenvolvem imunidade homóloga ao sorotipo viral, sendo geralmente assintomáticos ou oligosintomáticos. Contudo, uma segunda infecção por outro sorotipo diferente é um fator predisponente para o desenvolvimento da forma grave da doença (DIAZ-QUIJANO, 2011; VILAS BOAS ET AL., 2011).

No Brasil, apesar dos avanços do Sistema Único de Saúde no campo da vigilância, promoção da saúde, prevenção das doenças infecciosas e do empenho de muitos gestores para controlar esse problema, ainda existe uma situação grave no campo da saúde coletiva, sobretudo a partir da introdução do vírus dengue-4, em 2010, visto que a população

se encontra suscetível às infecções por esse sorotipo (TEIXEIRA; COSTA; BARRETO, 2011; BRASIL, 2007).

O processo de urbanização desordenado, grande aglomeração populacional, deficiências no suprimento e qualidade da água, tratamento de esgoto inexistente ou inadequado e destino inadequado do lixo, com acúmulo de recipientes não biodegradáveis, contribuem para o difícil controle da doença e para a ineficácia das ações de combate ao mosquito vetor (VILAS BOAS ET AL., 2011).

Nesse contexto, os profissionais de saúde e gestores podem contar com o apoio de instrumentos que auxiliem a visualização da situação de saúde dos diversos territórios, permitem a avaliação e norteiam a tomada de decisões em saúde. Um desses instrumentos é conhecido por Sala de Situação em Saúde, que pode ser compreendida como um conjunto de dados agrupados em uma determinada planilha e alimentados por diferentes sistemas de informação, permitindo, assim, conhecer a realidade, o perfil, as necessidades da população, bem como o trabalho realizado (oferta/demanda) pelo setor saúde e seu impacto em determinada abrangência populacional. Pode ser compreendida pelo território de uma unidade básica de saúde, de um distrito, município, estado ou até mesmo de um país (BUENO, 2010; SAMICO ET AL., 2002).

O município de João Pessoa é organizado territorialmente em cinco Distritos Sanitários, compreendidos como processo social de mudanças de práticas sanitárias envolvendo as dimensões política e ideológica na estruturação de uma nova lógica de atenção pautada no paradigma da concepção ampliada do processo saúde-adoecimento, o que implica mudança cultural da abordagem sanitária.

O Distrito Sanitário IV é responsável territorialmente por 26 equipes de saúde da família e três unidades básicas de saúde. Por ser a vigilância epidemiológica descentralizada, um distrito sanitário possui a responsabilidade de notificar doenças e agravos em seu território e investigar os casos. As notificações ocorrem semanalmente, de acordo com

Quadro 1. Cálculo da incidência de dengue por bairro, no território do Distrito Sanitário IV, João Pessoa, Paraíba, Brasil, no primeiro semestre de 2012

Indicador	Forma de cálculo	Fonte
Incidência dos casos de dengue por Bairro do território do Distrito Sanitário IV/JP	Número de casos de dengue <u>em determinado período e bairro</u> x1000 Pela população total do baixo	Numerador: Sistema de Informação de Agravos de Notificação Denominador: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Fonte: Brasil, Datasus (2013).

o número da semana epidemiológica correspondente. A partir das notificações, os dados são enviados ao setor responsável pela vigilância em saúde da Secretaria Municipal de Saúde para seu estudo e planejamento junto aos profissionais responsáveis pelo cuidado.

Nessa perspectiva, é importante ampliar discussões acerca da temática, dialogando sobre a construção de instrumentos tais como a Sala de Situação da Dengue (SSD) e o monitoramento dos indicadores de saúde do território, no sentido de tornar as ações mais eficazes no combate à doença, bem como nas medidas de prevenção. Nesse contexto, a pesquisa teve como objetivo apresentar a sala de situação da dengue como ferramenta de apoio ao planejamento e à gestão de saúde no Distrito Sanitário IV, em João Pessoa, Paraíba.

Materiais e métodos

Este estudo é documental, retrospectivo e descritivo. O cenário de estudo foi o Distrito Sanitário IV, pertencente ao Município de João Pessoa (PB). Utilizaram-se como fonte de dados secundários os relatórios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do referido Distrito para a construção da sala de situação do primeiro semestre de 2012, visto que esse

recorte temporal foi considerado período de epidemia de dengue no Município, coincidindo também com o período das chuvas.

Entretanto, este tipo de estudo apresenta limitações inerentes aos estudos que utilizam dados secundários tais como impossibilidade de controlar ou garantir a qualidade dos dados. Ainda assim, vale salientar a importância da disponibilidade pública desses dados e sua utilização por pesquisadores e gestores a fim de ajudar no processo de planejamento das ações e serviços de saúde (CONASS, 2011).

O indicador de saúde utilizado neste estudo foi a incidência de casos de dengue por bairros no território do Distrito Sanitário IV, João Pessoa, Paraíba. Para análise de dados, calculou-se o indicador selecionado conforme *quadro 1*, descrevendo-se as incidências e elaborando as frequências das variáveis no programa estatístico do *Epi Info* versão 3.5.1, com apresentação dos resultados em formato de tabela, e relacionando os resultados com a literatura pertinente.

Resultados e discussão

A partir dos dados apresentados na sala de situação, observou-se, até o primeiro semestre de 2012, um total de 2.732 casos de dengue notificados, dos quais 1.645 foram confirmados, ou seja, cerca de 60% do total.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2000), os casos de dengue são notificados conforme a situação, como suspeitos, prováveis ou confirmados. Os suspeitos apresentam doença febril aguda com duração de 2 a 7 dias com um ou mais dos seguintes sintomas: cefaleia, dor retro-orbital, mialgia, dor nas articulações, exantema, leucopenia, manifestações hemorrágicas. Casos prováveis são aqueles suspeitos, com uma ou mais das seguintes características: uma amostra sorológica positiva e aparecimento no mesmo local e ao mesmo tempo em que existem casos confirmados da doença. E, por fim, casos confirmados de dengue são os casos que se confirmam com resultados de laboratório, por meio de isolamentos virais, aumento de quatro vezes ou mais de títulos de IgG ou anticorpos IgM e detecção de vírus nos tecidos de autópsia ou soro.

Dessa forma, em regiões de clima tropical, muitas doenças ocasionam febre de início súbito e podem ser clinicamente classificadas como dengue, o que cria um grande número de falsos positivos, causando sobrecarga nos serviços de saúde e inadequada utilização dos recursos de diagnósticos (DIAZ-QUIJANO, 2011). Portanto, torna-se imperiosa a análise por parte dos trabalhadores e gestores dos casos notificados e do planejamento para o cuidado em saúde. E, nesse caso, a sala de situação possibilita tal exercício.

Quanto aos achados apresentados na sala de situação, dos 1.645 casos confirmados de dengue, 1.566 ocorreram na forma clássica, que representa mais de 95% dos casos; 49 apresentaram complicação, representando cerca de 3% das ocorrências; e 30 casos se confirmaram como febre hemorrágica da dengue, ou seja, menos de 2% de todos os episódios da doença no município até o primeiro semestre de 2012.

Conforme *tabela 1*, foram notificados 302 casos de suspeita de dengue no território do Distrito Sanitário IV. Os bairros com maior notificação de casos de dengue são o de Mandacaru, 70, que representa 23% das

notificações; Treze de Maio, 55, apresentando 18%; e Padre Zé, 43, ou 14% das notificações, totalizando 55% das notificações da doença no território do Distrito. De acordo com os dados, o Centro, com 9,88% foi o bairro com maior incidência, seguido do Treze de Maio, com 7,09%, e do Varadouro, com 6,18% de incidência.

A partir do estudo e tendo como instrumento de análise a sala de situação em saúde, gestores e profissionais de saúde, em decisão compartilhada, definiram como estratégia a atualização dos trabalhadores em saúde quanto à identificação, notificação e manejo dos casos suspeitos que, de fato, apresentassem os sinais e sintomas clássicos da doença. Além do acesso aos meios diagnósticos, sendo estes direcionados e coordenados pela rede de atenção municipal de saúde, com resultados em 24 horas, garantindo a oportunidade da informação e da tomada de decisão em saúde, minimizando as complicações decorrentes da doença.

Com a sala de situação no Distrito Sanitário IV, o monitoramento do número de notificações e a incidência por bairro, tornou-se possível avaliar os dados e, assim, subsidiar decisões de gestão, como realizar reuniões matriciais para apresentar e discutir os indicadores da dengue no território, criar grupos de trabalho para desenvolver planos de ação de combate ao mosquito vetor de forma integrada com os diversos atores sociais da área e desenvolver atividades educativas para conscientização da população, sendo esta a principal problemática para o controle da doença.

Faz-se mister destacar, também, que os bairros que apresentaram menores números de notificação não representam a ausência de casos da doença nos territórios, devendo ser analisada a possibilidade de subnotificação e conseqüente falha nos dispositivos de assistência à saúde dos usuários. Porém, é um importante sinalizador da incidência da doença, apresentando um alerta em torno dos números de notificações para determinados períodos do ano e climáticos.

Tabela 1. Número de casos notificados e incidência por bairro do Distrito Sanitário IV, de João Pessoa, Paraíba, Brasil, no primeiro semestre de 2012

Bairro	Número de casos	População IBGE	Incidência
Mandacaru	70	12.593	5,56
Treze de Maio	55	7.760	7,09
Padre Zé	43	6.964	6,17
Centro	36	3.644	9,88
Roger	31	10.381	2,99
Varadouro	23	3.720	6,18
Bairro dos Estados	18	7.458	2,41
Tambia	11	2.541	4,33
Ilha Bispo	6	7.986	0,75
Trincheiras	5	6.995	0,71
Bairro dos Ipês	3	9.121	0,33
Alto do Céu	1	16.557	0,06
Total	302	95.720	3,16

Fonte: Brasil, Datasus (2013).

A confirmação dos casos requer resultados de provas de sorologia e virologia que, muitas vezes, são concluídas apenas no decorrer da enfermidade. O tratamento e a notificação dos casos são baseados nas manifestações clínicas e nos resultados dos hemogramas (DIAZ-QUIJANO, 2011). A vigilância da doença se baseia na notificação e classificação dos casos suspeitos com fundamentos clínicos e epidemiológicos, já que mais de 90% dos casos notificados ficam sem provas etiológicas específicas, baseando-se apenas na vigilância febril. Sendo assim, é essencial ter a definição de caso suspeito baseada na clínica e no contexto epidemiológico.

A dengue se expressa principalmente no âmbito da saúde, embora não seja um problema exclusivo desse setor (LIMA; VILAS BOAS, 2011). As políticas públicas para controle da doença devem perpassar outras áreas,

articulando-se de forma intersetorial, compartilhando saberes e experiências, sensibilizando a comunidade por meio do conselho local de saúde, associações de moradores, líderes religiosos e educadores.

Conclusões

O uso da informação em saúde possibilita aos gestores e profissionais de saúde a avaliação da situação de um determinado território e, a partir dessa avaliação, o planejamento e a implementação de estratégias de enfrentamento aos problemas encontrados ou a manutenção das ações que oportunizam resultados satisfatórios. Em se tratando de problema da magnitude e do impacto da dengue, o uso de ferramentas que facilitem a tomada de decisão são indispensáveis à prática em saúde, tanto em

relação à redução de custos desnecessários como, principalmente, no tocante ao cuidado oportuno e eficiente.

Assim, a sala de situação em saúde utilizada no Distrito Sanitário IV pelos gestores e trabalhadores permitiu ultrapassar a prática usual de mera difusão de informação do problema, em períodos mais críticos, para uma lógica onde ocorra a análise específica da situação e, a partir daí, o diálogo entre trabalhadores de diversos níveis de atenção e usuários, dadas as mudanças efetivas em saúde.

Diversas ações já foram desencadeadas no tocante às estratégias de combate à dengue, como: capacitação das equipes de saúde

da família na notificação e manejo clínico da doença, investimento em insumos e métodos de diagnóstico rápidos e eficazes, Apoio Matricial, articulação das ações e estímulo à divulgação e desencadeamento de boas práticas e estratégias.

No entanto, é preciso que o uso da informação seja fomentado com mais ênfase junto aos profissionais de saúde e à população, lançando mão de ferramentas tais como a sala de situação. Além disso, também se faz necessária a estruturação da rede de atenção à saúde que garanta a atenção oportuna e eficiente, de modo coordenado e seguro ao usuário, em suas diversas necessidades de saúde. ■

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Data SUS. *Dengue: notificações registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net*, 2013. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinanet/dengue/bases/denguebnet.def>>. Acesso em: 14 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Dengue: Diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança*. 3. ed. Brasília, n. 82, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_manejo_adulto_crianca_4ed_2011.pdf Acessado em: 20 jan. 2013

BUENO, H. Histórico e avanços na utilização das Salas de Situação em Saúde no Brasil. In: MOYA, J. *et al.* (org). *Sala de Situação em Saúde: compartilhando as experiências do Brasil*. Organização Pan-Americana da Saúde –Ministério da Saúde, Brasília: 2010. p. 61-64.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Sistema Único de Saúde*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

DIAZ-QUIJANO, F.A. *Definições de caso e classificação de gravidade do dengue e suas implicações no aprimoramento de vigilância e de intervenções em saúde pública*. 2011. Tese. [Doutorado em Epidemiologia] – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

FREITAS, R.; RODRIGUES, C.; ALMEIDA, M. Estratégia Intersetorial para o Controle da Dengue em Belo Horizonte (Minas Gerais). *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 3, n. 20, 2011. p.773-785.

LIMA, E.; VILAS BOAS, A. Implantação das ações intersetoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 8, n. 27, 2011. p.1507-1519.

ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD (OPAS). Definiciones de casos de dengue. *Boletín Epidemiológico*, n. 11, 2000. p.14-15.

PESSANHA J.E.; CAIAFFA, W.T.; CECILIO, A.B, *et al.* Cocirculation of two dengue virus serotypes in individual and pooled samples of *Aedes aegypti* and *Aedes albopictus* larva. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, n. 44, v. 1, 2011. p.103-105.

SAMICO, I. *et al.* A sala de situação da unidade de saúde da família: o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) como instrumento para o planejamento estratégico local. *Saúde em Debate*, v. 61, n. 26, 2002, p.236-244.

TEIXEIRA, M.; COSTA, M.; BARRETO, M. E o dengue continua desafiando e causando perplexidade. Editorial. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 5, n. 27, 2011, p.828-829. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/01.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2013

VILAS BOAS, V. *et al.* Triagem sorológica e influência do conhecimento sobre a dengue em pacientes do ambulatório de especialidades do SUS. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, v. 2, n. 47, 2011. p.129-136.

Recebido para publicação em abril de 2013

Versão final em janeiro de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação

The dynamics of three committees of regional management: a look at regional health planning and pactuation

Pedro Silveira Carneiro¹, Aldaísa Cassanho Forster², Janise Braga Barros Ferreira³

RESUMO: Este estudo teve por objetivo compreender a dinâmica dos Colegiados de Gestão Regional do Departamento Regional de Saúde XIII (Ribeirão Preto-SP) no que diz respeito à dinâmica e relação entre os entes federados ali representados. Utilizou-se a abordagem qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo. Surgiram questões pertinentes às relações entre os entes, com a presença de lógicas e relações por vezes solidárias e por vezes marcadas pelas diferenças de poder. Capturaram-se as diferentes visões e perspectivas dos diversos atores em cena, ressaltando a importância do planejamento em situação de poder compartilhado para a construção da regionalização e do SUS.

PALAVRAS CHAVE: Gestão em saúde; regionalização; descentralização.

ABSTRACT: *The present study aimed at understanding the dynamics of the Committees of Regional Management of the XIII Regional Health Department in Ribeirão Preto-SP in respect to the relations between the federative agents therein represented. A qualitative approach was employed by means of semi-structured interviews and content analysis. The results raised elements inherent to the dynamics among the actors of regional health planning, showing relations either of solidarity or that reflected power differences. Different views and perspectives of the various actors were brought up, highlighting the planning importance in a situation of shared power towards the construction of SUS and regional health managing.*

KEYWORDS: Health management; regional health planning; decentralization.

¹Mestre em Saúde da Comunidade pela Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil.
pscarneiro@gmail.com

²Livre-docente pela Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil. Professora Associada do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.
acforste@fmrp.usp.br

³Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil. Professora do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.
janise@fmrp.usp.br

Introdução

Já no nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, a descentralização e a regionalização foram entendidas como elementos essenciais para que as políticas de saúde e os princípios do sistema pretendidos se tornassem realidade. Na Constituição de 1988, foram incluídos os princípios de descentralização com direção única e de participação da comunidade, princípios defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária que mais tarde contribuiriam fortemente para a forma que o sistema de saúde tomaria (BRASIL, 1998).

Estava lançada a ideia da regionalização a partir do pensamento de racionalidade econômica sistêmica, pelo qual se entendia que para haver integralidade na atenção nem todos os municípios teriam tudo no que se refere a serviços, surgindo a ideia de níveis de atenção e hierarquização. A implantação dessa diretriz teria, no entanto, que respeitar o princípio federativo de direção única em cada esfera. Em outras palavras, era necessário respeitar a governabilidade dos atores em cena.

No entanto, apesar da previsão, desde o início, da descentralização e regionalização com gestão compartilhada e planejamento ascendente e participativo, não era essa a realidade vivida pelos entes federados: os municípios acabavam de entrar na gestão do sistema e os dispositivos de controle social e participação começavam a se organizar. Apesar das diretrizes previstas para o sistema sobre descentralização e regionalização, não existiam instrumentos por meio dos quais o planejamento desses movimentos sistêmicos pudesse ocorrer.

Os instrumentos para atuação dos municípios no sistema surgem com a edição das Normas Operacionais Básicas (NOB) e posteriormente das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS). Segundo Bueno e Mehry (1996), a NOB 91 apresentou importantes retrocessos ao manter a lógica de financiamento por procedimento e de forma

conveniente, ferindo fortemente a autonomia de gestão pretendida dentro do princípio de descentralização. Ainda segundo esses autores, a NOB 93 tentou recuperar essa prerrogativa ao adotar como questão central a municipalização dos serviços e estabelecer situações transitórias de gestão incipiente, parcial e semi-plena que encaminhassem uma situação mais definitiva onde o município pudesse assumir o papel de gestor pleno do sistema.

É nesse momento que os municípios passaram a gestores do sistema de saúde, a partir do qual foram criados mecanismos importantes de gestão. O financiamento passou a ser baseado em repasses automáticos fundo a fundo, constituíram-se a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), importantes instâncias colegiadas de decisão na lógica federativa do então incipiente Sistema Único de Saúde (FERREIRA; FORSTER, 2011). Nelas se relacionam, respectivamente, municípios e estados (CIBs) e entes federativos dos três níveis, Federal, Estadual e Municipal (CIT).

A função de gestor da saúde do município é consolidada com a NOB 96, que responsabiliza esse nível de gestão pela situação de saúde da população, afirmando também a centralidade da Atenção Básica na organização do sistema (FERREIRA; FORSTER, 2011). No entanto, apesar de a NOB 96 ser um instrumento inegavelmente importante, representativo mesmo dos avanços na consolidação do SUS, apresenta equívocos no seu processo de construção que poderiam retardar efetivos avanços na qualidade da assistência e na construção de um novo modelo assistencial que privilegie a vida e a construção da cidadania (BUENO; MERHY, 1996).

Concretamente, a adesão a essas normativas se processou com diversas lacunas, com habilitação burocrática que pouco contribuiu para a efetiva descentralização; critérios conflitantes entre município e estados na organização do funcionamento do sistema; financiamento baseado na lógica da oferta mediante apresentação de série histórica;

desenvolvimento insuficiente do planejamento ascendente como obstáculo na organização do sistema; e Atenção Básica com baixa capacidade de resolução (FERREIRA; FORSTER, 2011).

As NOAS são editadas e lançadas em 2001 e 2002. Foram direcionadas para ajustes ainda no processo de descentralização, agregando instrumental de ordenamento, teoricamente, na busca pela equidade do sistema. Nesse novo cenário, a descentralização, que é um dos temas centrais das NOAS, passa a ser direcionada para as estratégias de construção de um regionalismo muito vinculado às ações da assistência em cada região. Em outros termos, essas novas normas procuraram evitar uma excessiva fragmentação e ampliar a racionalidade econômica sistêmica, estabelecendo articulações institucionais por meio de módulos assistenciais (COSEMS-SP, 2008).

As NOAS enfatizaram o processo de regionalização e a ampliação do acesso da população à atenção especializada em saúde por meio da organização de sistemas e fluxos de referência intermunicipal e interestadual. Entretanto, as diversas realidades loco-regionais colocaram os gestores da saúde frente a enormes desafios na busca da garantia à atenção integral, os quais não podiam ser superados, sobretudo, em função da rigidez com que foram criadas essas normativas (SILVA; DOBASHI, 2006). A regionalização, nesse contexto, acaba se torando um processo engessado e cartorial, baseado em critérios excessivamente técnicos e tecnocráticos.

Em 2006, publicou-se o Pacto pela Saúde como um movimento de mudança que não é considerado uma norma operacional, mas um acordo interfederativo que articula três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. O Pacto pela Saúde introduziu o sentido de gestão pública por resultados e de responsabilização sanitária, estendeu a discussão da saúde além dos limites setoriais e aprofundou a descentralização do SUS para estados e municípios de forma compartilhada (BRASIL, 2007). No âmbito da regionalização, o Pacto propõe que:

As Regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e de infraestrutura de transporte compartilhada no território. A Região de Saúde deve organizar a rede de ações e serviços de saúde a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade no acesso, equidade e integralidade do cuidado. A organização da Região de Saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre gestores e o fortalecimento do controle social (BRASIL, 2006A, P.19).

Assim, apresenta-se como um novo momento na regionalização brasileira, dado que resgata o conteúdo político desse processo ao mesmo tempo em que define que a organização territorial do sistema deve levar em conta a diversidade na busca pela complementaridade de ações (MACHADO ET AL., 2010).

Juntamente com as novas Regiões de Saúde, nascem os Colegiados de Gestão Regional (CGR), que passam a ser espaço fundamental de articulação da regionalização, implementado por meio da reunião entre secretários municipais de saúde e representantes do(s) gestor(es) estadual(ais):

O Colegiado de Gestão Regional constitui-se num espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva. O Colegiado deve ser formado pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais), sendo as suas decisões sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados. O Colegiado deve instituir processo de planejamento regional, que

defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente, as bases para a programação pactuada integrada da atenção à saúde, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualificação do controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento local (BRASIL, 2006A, P.21).

Assim, o CGR passa a ser o espaço que consolida a dinâmica política entre os entes federados no nível das regiões de saúde, a exemplo do papel cumprido pelos CIBs e CIT em seus respectivos níveis (ELIAS; DOURADO, 2011).

Levando isso em consideração, pode-se dizer que novos instrumentos vêm ao auxílio das necessidades do sistema de saúde brasileiro, ao mesmo tempo que o CGR surge como espaço privilegiado de viabilização da cooperação entre os gestores, gerando pactuações profundamente necessárias para que novos avanços – em especial no sentido da integralidade – sejam possíveis.

Dessa forma, cabe investigar se o CGR tem sido capaz de cumprir com suas atribuições e em que medida reproduz as dificuldades e os vícios dos momentos anteriores e como os supera ao gerar novas relações entre os atores participantes.

Para este estudo, utilizou-se como referencial teórico Matus (1992), que caracteriza as práticas em que a definição de objetivos, recursos e ações não surgem a partir do comportamento social concreto, mas a partir de um modelo tecnocrático de decisão que superpõe a ele normas técnicas, feito por técnicos de forma abstrata num mundo ideal, como planejamento normativo. Ao modelo tecnocrático, o autor contrapõe o planejamento estratégico situacional, no qual ‘planeja quem faz’, incorporando o caráter interativo da planificação. Assim, o elemento governabilidade passa a fazer parte do pensamento estratégico. Nas palavras do próprio Matus “A planificação situacional refere-se à arte de governar em situação de poder compartilhado” (MATUS, 1992, P.107).

Testa (1995, P.49), em intenso diálogo com Matus, desenvolve a ideia de que existem atores, individuais e coletivos, que desenvolvem o ‘drama estratégico’ em um cenário. “Um ator individual é um sujeito que tem interesses no setor saúde e que ocupa uma posição que o coloca em situação de peso dentro do mesmo”. Esses atores, interagindo a partir da ação social, constituem o espaço social onde se desenrola essa ação.

Mas que atores seriam esses, nesse caso? No caso brasileiro, o Estado, a partir da Constituição de 1988, está organizado em um federalismo cooperativo, com o ingresso dos municípios como entes federados, com a transferência para o poder local de encargos e recursos para o provimento de bens e serviços aos cidadãos. Junto com os estados federados e a União, os municípios compõem a estrutura particular de federação, opção adotada pelo Brasil. De fato, no caso da saúde, a Lei 8080 prevê que a descentralização ocorrerá com “ênfase na descentralização dos serviços para os municípios” (ELIAS; DOURADO, 2011).

Assim, entende-se como atores do processo de regionalização no CGR os entes federados ali representados pelos seus respectivos gestores. Estes estariam aqui colocados como sujeitos sociais na concepção de Testa (1995) “indivíduo que possui – é possuído por – uma ideologia”. É a partir dessas premissas que este estudo irá se desenvolver.

Com relação ao cenário onde se desenvolve esse ‘drama’, pode-se dizer que os vários processos organizativos para o sistema de serviços de saúde, desencadeados a partir da Lei 8080, foram deslocando sua centralidade para os municípios (a partir das NOB) e regiões (principalmente a partir das NOAS), ampliando o papel dos municípios no planejamento, execução e avaliação da política de saúde (FERREIRA ET AL., 2011).

Nesse mesmo período, pode-se registrar a incorporação, na política de planejamento do SUS, de um conjunto de pontos prioritários para o funcionamento desse planejamento:

Adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS; Integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão como no SUS como um todo; Institucionalização e fortalecimento do Sistema de Planejamento do SUS, com adoção do processo planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico do SUS (ROCHA, 2011, P.271).

E, não menos importante, “Cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade no processo de planejamento no SUS” (ROCHA, 2011, P.271), reafirmando o que foi colocado em diversas passagens acima, o espaço regional parece ser o espaço privilegiado para a concretização dessa cooperação, a partir de uma lógica mais solidária e articulada.

Material e método

Este artigo apoia-se em material qualitativo referente às relações entre os entes federados representados nos CGR. Utilizou-se a entrevista semiestruturada como instrumento para a coleta de dados, gravada e aplicada aos representantes participantes do colegiado segundo roteiro pré-determinado.

Para a construção do roteiro, separaram-se temáticas existentes na regulamentação relativa aos CGR (BRASIL, 2006A, 2007), com o uso de afirmações constantes nas portarias relativas aos papéis previstos para os CGR. Abordam-se neste artigo as falas dos participantes relativas à relação interfederativa. Utilizou-se para tratamento dos dados qualitativos a análise temática (dentre as possibilidades metodológicas da análise de conteúdo). (BARDIN, 1995, P.153).

Realizou-se a pesquisa de campo nos Colegiados de Gestão Regional pertencentes à região do Departamento Regional de Saúde de número 13 - DRS-XIII, cujo pólo é o

município de Ribeirão Preto (SP). A região se organizou em três CGR para atender os 26 municípios dessa regional de saúde: Horizonte Verde, com nove municípios; Aquífero Guarani, com dez; e Vale das Cachoeiras com sete.

Os participantes do estudo são membros dos CGR, representantes dos municípios e o representante da gestão estadual, somando 27 sujeitos. Adotou-se como critério de inclusão dos participantes ser representante da gestão municipal ou estadual nos CGRs, objetos do estudo, e como critérios de exclusão apresentar assiduidade menor que 50% às reuniões do ano de 2011, ou fração, no caso de o representante ter iniciado a participação no Colegiado há menos de um ano; compor o Colegiado há menos de três meses do início do período de estudo; e estar impossibilitado de participar da entrevista.

Participaram da entrevista todos os representantes que concordaram e cumpriram os critérios de inclusão. Para tal, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantidas a confidencialidade e a possibilidade de desistência da pesquisa a qualquer momento.

Para a análise dos dados, transcreveram-se as entrevistas na íntegra e analisaram-se os transcritos, procedendo-se inicialmente à identificação de unidades de significado, que posteriormente foram categorizadas em temáticas e exploradas analiticamente tanto por meio da análise das convergências como das divergências (MAYKUT; MOREHOUSE, 1994).

Para evitar a exposição da identidade dos participantes, as falas citadas foram referidas por números atribuídos aleatoriamente para cada participante da pesquisa de campo, sendo essa atribuição de conhecimento somente do pesquisador. Dentre os 27 participantes possíveis para o estudo, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, foram entrevistados 21.

Resultados e discussão

Com relação ao acesso à definição das pautas das reuniões, há consenso de que ele ocorre de forma organizada nos colegiados e que é possível realizar pedidos de pauta. No entanto, existe a percepção por parte dos participantes de que há alguns ‘interditos’, assuntos que não são absorvidos para a pauta ou que não recebem a mesma prioridade que outros assuntos que são percebidos como mais importantes. Assim, começa a surgir a forma como se processam os distintos interesses dos distintos atores. Essa ‘interdição’ está associada, no discurso, à coordenação realizada pelo DRS.

Participante 2: *“Bom a pauta... a pauta, ela é pré definida, vem por e-mail, a ata anterior, os assuntos. Nessa reunião preparatória [do apoio] nós temos possibilidade de adentrar a pauta da reunião do Colegiado, então eu acho que funciona perfeitamente bem. Apenas... tem alguns assuntos que a gente tem dificuldade.”*

Participante 14: *“(...) não são muito aceitas certas coisas que a gente discute lá, ou que a gente tenta expor lá no Colegiado. (...) Parece que, barram a gente, eu sinto isso.”*

Participante 10: *“(...) [Alguns assuntos] chegam para nós como simples tarefas. Como se a gente tivesse que cumprir no tempo que eles [o DRS] determinam, sem o questionamento se o município vai dar conta de fazer isso ou não, (...) eu entendo que eles têm prazos, eles têm também algumas exigências do governo estadual, mas entendo que eles repassam isso pro município de uma forma que não é muito legal.”*

Participante 10: *“(...) assuntos que eu não vejo tanta importância, eles ficam ali martelando, toda reunião a mesma coisa, e deixam alguns, que eu julgo importantes, (...), eles deixam meio de lado.”*

Participante 9: *“(...) eu sinto da parte do DRS um exagero no seu papel como um todo, no sentido de transformar o papel condutor numa espécie de papel indutor, né, das*

decisões (...). Isso eu vejo como uma dificuldade de composição dos entes federativos, que é mais ou menos natural, né? Todos são entes diferentes, autônomos, e em algum momento pode haver conflito nas suas concepções e nos seus interesses.”

Essa percepção parece corroborar a questão levantada por Paim e Teixeira (2007) de que existem disparidades de informação e comunicação entre as três esferas, em parte decorrente das diferenças no grau de desenvolvimento institucional existente e de estrutura entre secretarias municipais e estaduais.

Nesse sentido, surgiram em todas as questões do instrumento falas por parte dos gestores municipais de que a responsabilidade pela condução e andamento do Colegiado se concentraria na coordenação do DRS, embora não esteja prevista na regulamentação. Por outro lado, há a percepção da necessidade dos gestores municipais se apropriarem mais intensamente dos processos de regionalização, mais próxima de uma perspectiva onde todos são atores ativos.

Participante 16: *“A questão da coordenação do DRS, é uma coordenação que não tem tanta autoridade, melhorou bastante (...) a autoridade do DRS acaba sendo muito grande, justamente por causa dos gestores municipais. (...) A gente não consegue unir o Colegiado e fazer ele ficar forte na questão municipal.”*

Participante 13: *“Há a necessidade de haver uma independência dos municípios perante o Estado, ou seja, situar muito bem o conselho de representantes do COSEMS e o DRS. Até para que a gente assegure o diálogo, a discussão, (...) eu acho que há um reconhecimento hoje prático tanto no COSEMS quanto na SES que as [discussões na nossa região] têm sido bastante maduras, e queremos que nessa ampliação de rede [Rede Regional Assistência à Saúde], a gente consiga manter esse tipo de perfil.”*

Participante 15: *“Por parte do DRS, da nossa direção, eu acho que funciona direitinho, o que não funciona é... (...) alguns municípios não enviam seus secretários ou seus*

secretários não comparecem à reunião nossa, (...) sempre ficando algumas... eu digo assim... algumas lacunas que depois elas têm que ser preenchidas.”

Essa questão está presente também nas falas relativas ao acompanhamento das pautas, com a percepção de que o acompanhamento se concentra no DRS e não ocorre de forma homogênea e satisfatória em todos os assuntos. Também aqui se colocam a concentração de responsabilidades na coordenação e a necessidade de apropriação pelos municípios enquanto atores.

Participante 5: *“É... a questão de levar os assuntos para frente, a gente muitas vezes quer, a gente leva na pauta (...), mas depois muitas coisas que a gente leva a gente não tem uma resposta.”*

Participante 5: *“Quanto à condução, a questão do Estado, eu acho que ele deixa a desejar por isso, ele pega com alguns compromissos de alguns municípios, um é conduzido e de alguns... (...) eles deixam meio que parado.”*

Participante 16: *“(...) quando você fala, ah, os encaminhamentos são feitos, é, supõe que sim, supõe que aquilo sai e vira alguma coisa, a gente supõe. Os colegiados não têm uma secretaria executiva que acompanhe isso. (...) É o DRS que faz esse encaminhamento. É o Estado, não é o Colegiado. (...) Então é um Colegiado que precisava melhorar um pouco na questão de puxar para si a questão regional”.*

Participante 12: *“(...) eu acho só que a nossa voz é ouvida muito baixo, certo? A partir do momento que se fortalecer os colegiados, entende-se que cada região teria uma voz. Não aconteceu. A nossa voz continua sendo o DRS”.*

Assim, o funcionamento dos colegiados, previsto para ocorrer mediante a definição de “uma estrutura de apoio ao CGR para as providências administrativas e técnicas decorrentes das reuniões” (BRASIL, 2007, P.38) parece se apoiar muito no gestor estadual, com consequências carregadas de certa ambiguidade. A ideia de cogestão, onde “deve-se identificar a necessidade e promover uma negociação entre as instituições envolvidas,

definindo-se claramente as atribuições, compromissos e deveres de cada uma delas” (BRASIL, 2009B) parece ficar prejudicada em alguma medida.

Também está presente nas falas a questão da responsabilização da coordenação como diferenciada, tanto em percepções positivas como negativas. É comum nas falas onde há essa percepção o uso da expressão ‘eles’ para responder às perguntas relativas ao Colegiado, referindo-se, em verdade, à coordenação de Colegiado realizada pelo DRS. Novamente, a questão surge de forma heterogênea, com a perspectiva da responsabilização tanto da coordenação como dos municípios.

Participante 15: *“(...) às vezes eles [o DRS] não conhecem a realidade do município por que eles não participam, as pessoas não participam. Mas eles tentam sim. Eles contribuem e tentam entender, sim, os problemas de cada município.”*

Participante 14: *“Eles [o DRS] não discutem dentro da realidade de cada região, de cada município.”*

A partir das falas, parece que a perspectiva regulamentar de que o CGR exerça o papel no “reconhecimento e na apropriação, pelos gestores, dos espaços locais e das relações da população com os mesmos” (BRASIL, 2007, P.17) ocorre de forma parcial e heterogênea, o que tem a ver com a dinâmica ali colocada pelos atores em cena (TESTA 1995), a partir de suas limitações e das relações que constroem, conforme se depreende das falas.

Diversas falas remetem a como se processa a dinâmica de poder compartilhado. Com relação à questão das responsabilidades, há falas heterogêneas, tanto no sentido de uma maior clareza e transparência na assunção de responsabilidades como no sentido contrário.

Participante 1: *“[O Colegiado] contribui [para a definição de responsabilidades]. (...) o gestor sabe que ele é responsável pelo município dele, pelos prestadores daquele município, e que ele ali no Colegiado ele tem voz e que ele vai ser responsável pelo que vier para a região dele de saúde então, quer dizer, ele tem que se*

comprometer, e eu acho que o Colegiado facilitou muito isso.”

Participante 15: *“(…) eu acho que teria que ter mais responsabilidade, teria que ser cobrado maior responsabilidade (….) tem alguns que são mais... cuidam mais do seu município e largam os outros, (...) [em] parte dos municípios, acho que existe uma falha aí, das responsabilidades.”*

Com relação à cooperação nos colegiados estudados, reporta-se à crítica de Machado (2010) de que a expectativa de solidariedade, mais do que o planejamento, é a base sobre a qual se constrói a cooperação, e essa expectativa nem sempre se concretiza, conforme observado nas falas.

Surge nas falas a questão, com certa ambiguidade, da relação com o ente estadual, que concentra a função de regulação em alguma medida, novamente remetendo a uma determinada dinâmica desigual entre os atores, desigualdade essa que não ocorre somente em relação ao Estado, mas também aos municípios maiores.

Participante 16: *“(…) ainda isso é muito função do Estado, do DRS sozinho, não função do Colegiado (...), não vejo isso como uma questão do Colegiado, eu vejo isso como questão do Estado estar fazendo para a região, por que não consideram que o município maior faça isso sozinho ou em cogestão com o Estado. (...) Na questão de regulação de assistência então... na verdade é a oferta que acaba fazendo com que esses fluxos sejam estabelecidos, não é pensado em necessidade, é pensado onde tem o serviço? Onde tá a oferta do serviço? Vamos botar lá. Então, nunca, nunca, conseguimos fazer com que as nossas necessidades realmente aparecessem pra gente, fazer com que o fluxo seja estabelecido em cima da nossa necessidade, mas sim em cima de ofertas de serviços que já existem.”*

Participante 13: *“Alguns municípios têm uma melhor capacidade de resolução, outros menores, nem tanto. Então nós estamos já pactuando direcionamento, fluxos para esses serviços. Então essa cooperação sem a presença do*

Estado hoje nos estaríamos aí... bastante soltos, sem nenhuma pactuação mais objetiva.”

Participante 9: *“(…) a questão da regulação dos fluxos de... de assistência, principalmente em especialidades, em urgência e emergência, é... não passa pelos colegiados como deveria, né? Ela acaba... sendo solucionada em outras instâncias, muitas vezes na própria Secretaria Estadual e nos municípios maiores que concentram serviços (...) o Colegiado precisa... se apropriar desse tema pra solucionar com mais... propriedade e eficiência, principalmente agora que estamos construindo as redes, né? Redes de assistência que... é preciso que os municípios se manifestem. A própria experiência de... de formulação, de elaboração das redes têm mostrado isso, os municípios ficam muito distantes.”*

Também foram feitas diversas críticas com relação à lógica como são alocados os recursos vindos das esferas federal e estadual, de uma forma não discutida com os municípios e que não contempla as necessidades, remetendo mais uma vez a formulações de caráter normativo, onde não planeja quem faz.

Participante 3: *“(…) isso já vem de cima para baixo, o que cada município tem direito, o que cada município vai receber, e aí cada um adere, e isso só passa para aprovação lá [no Colegiado], eles não falam nada... não palpitam sobre isso. Sobre a parte financeira do município.”*

Participante 12: *“Infelizmente, na área federal, eles mandam pra gente, oferecem pra gente o dinheiro que eles querem, não o que nós necessitamos. Eu estou há quatro anos precisando de ambulância, o município tá com dificuldade de aquisição, e deputados colocam emendas, emendas, emendas... o que eu posso comprar com essas emendas? Computador, mesa, cadeira, estante.”*

Participante 16: *“Os recursos estaduais, eles nunca são debatidos no Colegiado e nunca foram, eles sempre vieram, estabeleceram o que eles achavam que deviam, (...) o recurso estadual, ele não é pactuado regionalmente. Ele vem e é colocado.”*

Participante 9: *“(…) não sabemos quanto*

há de recursos do Estado, não participamos, o Colegiado não participa da definição da distribuição desses recursos, não participa da definição de prioridades, (...) nós vivemos uma situação quase que surrealista de ter que acomodar as nossas demandas à oferta do principal, é o principal fornecedor de serviços aqui na região que é o Estado.”

Houve também diversas falas no sentido de não ocorrer um financiamento solidário em nenhuma esfera, ou seja, os municípios participam da região, porém privilegiando seus munícipes, inclusive por limites colocados pelas administrações municipais, conforme explorado anteriormente. O único exemplo concreto de financiamento solidário que surge nas falas é o SAMU regional.

Participante 15: *“(...) eu acho que tá longe de... dessa desigualdade aí estar arrumada, mas acho que nós estamos começando (...) o que falta mais é essa participação dos municípios, (...) sempre os mesmos que pegam as mesmas coisas, que conseguem deslanchar. Os outros ficam ali, ‘não tenho isso, não tenho aquilo’. O paciente migra pra cidade que tem e fica ali atrás, quando a gente poderia estar fazendo um trabalho bom, cada um no seu município.”*

Participante 16: *“(...) na verdade, cada município usa o seu recurso internamente no seu espaço, né? Não existe uma questão de recursos entre municípios, agora que a gente vai ter o primeiro que é o SAMU, (...) talvez esse consórcio do SAMU regional, ele funcione como um disparador de fluxos entre municípios e na questão de financiamento entre um município e outro.”*

Surge também nas falas a questão da capacidade de trabalhar com o financiamento, segundo as quais ainda há diversas e importantes dificuldades técnicas e dúvidas não sanadas, novamente com comentários que parecem indicar uma fragilidade na incorporação de tecnologias de gestão que viabilizariam os processos (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Participante 5: *“(...) muitas vezes, a gente tem dúvidas no que eu posso gastar o que, não*

só eu, mas vários... eu posso pagar recursos humanos? Quanto por cento eu posso pagar RH? Eu posso pagar material de consumo ou material permanente? Então isso daí muitas vezes a gente tem que buscar no COSEMS ou até mesmo no Ministério (...) isso daí a gente não tem muito claro.”

Participante 10: *“(...) algumas outras questões que o município demanda para [o DRS], eles não respondem (...) seria o caso do financiamento, que parece que ele é jogado no SUS e ninguém é dono, todas as dúvidas ficam meio perdidas.”*

Nessas falas também surge a questão da dinâmica entre os atores no que diz respeito à percepção do papel do ente estadual enquanto coordenação, com a concentração da expectativa de responsabilidade nesse ente.

Considerações finais

O trabalho não pretende esgotar os caminhos ou descaminhos da implantação e prática dos CGR ou da regionalização na região nem chegar a conclusões fechadas sobre o cumprimento ou não de determinadas regulamentações. Se o trabalho tiver contribuído, mesmo que modestamente, para iluminar algumas questões não resolvidas, já se pode considerar que cumpriu parte de seus objetivos.

Chamou atenção, no decorrer do estudo, algo que surgiu nas falas dos sujeitos como uma das questões mais valorizadas, a relação ambígua entre os entes municipais e a representação estadual.

Com relação a essa questão, emergiu a dificuldade dos atores sociais ali colocados de construir uma relação isonômica (TESTA, 1995). Essa dificuldade não é exclusiva da relação entre os gestores municipais e a gestão estadual; os municípios também não são isonômicos entre si.

Especificamente com relação à relação entre os gestores municipais e a representação estadual, parece interessante frisar o surgimento nas falas de uma forte

expectativa, nem sempre cumprida, de que o ente estadual dê apoio técnico aos diversos processos de gestão.

Além disso, no campo político, não é de se surpreender que haja um tensionamento com o ente estadual em relação aos processos decisórios, dado que, pelo colocado nas falas, não incorporam as necessidades e expectativas regionais. Não parecem incorporar, também, lógicas de planejamento que levem em conta o poder necessariamente compartilhado, remetendo a práticas características do planejamento normativo (MATUS, 1992). Novamente, é importante ressaltar que isso também é verdadeiro na relação entre os entes municipais.

Resta saber se a resolução dessa questão estadual ocorrerá a partir da satisfação das expectativas de apoio pelo DRS/SES ou a partir do 'crescimento do protagonismo dos municípios' nos processos de regionalização, tendo em mente, claro, que essas duas perspectivas não são excludentes, já que, inclusive, surgem nas falas de forma simultânea, e que o encaminhamento da questão depende fundamentalmente dos atores sociais em cena (TESTA, 1995).

Posta a questão, é importante salientar que esteve muito presente nas falas o ganho enxergado nos processos, tanto de gestão como intersubjetivos, após a criação dos CGR. Apesar disso, parece ainda predominar uma lógica fundamentalmente antissolidária na regionalização. É pouco realista a expectativa de solidariedade em uma situação de financiamento e oferta insuficientes frente às demandas, onde os poderes municipais estão mais interessados em reserva de capital político do que em soluções republicanas para os problemas.

Isso não significa, nem de longe, que o sistema está fadado ao fracasso. No entanto, os processos de planejamento e gestão que poderiam se contrapor a essa tendência surgem nas falas como processos ainda em desenvolvimento. Segundo as falas dos sujeitos, os processos organizativos ainda encontram muita dificuldade para se desenvolver e o financiamento insuficiente se agrava com as dificuldades técnicas existentes para a sua execução. ■

Referências

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1995. 226p.

BRASIL. *Constituição (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

_____. Lei federal n.º 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento

dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 19 set. 1990a.

_____. Lei federal n.º 8142, 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, 29 dez. 1990b.

_____. _____. Secretaria executiva. Coordenação de apoio à gestão descentralizada. *Diretrizes operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2006a. p. 19 e 21.

_____. _____. *Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 68 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006c. 148 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. _____. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. Brasília, 2007. 48 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde; v. 3)

_____. _____. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: organização e funcionamento*. 3. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2009a.

_____. _____. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios* / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b, 3. ed. 344 – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos Jurídicos. *DECRETO n.º 7.508*, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

BUENO, W.S.; MERHY, E.E. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberais? CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE ON-LINE, UMA PROPOSTA EM CONSTRUÇÃO. *Anais eletrônico...* 1996. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-14.pdf>> Acesso em: 10 dez. 2011.

CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO (COSEMS-SP). Cadernos de Regionalização. *O olhar municipal: Desafios da implantação do Pacto pela Saúde e da regionalização solidária e cooperativa em São Paulo*. Vol. 1 2008.

ELIAS, P.E.M., DOURADO, D. de A. Sistema de saúde e SUS. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P.E.M.; SEIXAS, P.H.D. (Orgs). *Política e Gestão Pública em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2011. p.102-125.

FERREIRA, J.B.B.; FORSTER, A. C. Epidemiologia e políticas de saúde. In: FRANCO, L. J.; PASSOS, A. D. C. (Orgs). *Fundamentos de Epidemiologia*. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2011. p. 319-337.

FERREIRA, J.B.B. *et al.* O processo de descentralização e regionalização da saúde no estado de São Paulo. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Orgs). *Política e Gestão Pública em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 731-762.

MACHADO, C.V. *et al.* O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15 n. 5, p. 2367-2382, 2010.

MAYKUT, P., MOREHOUSE R. *Beginning Qualitative Research: a philosophical and practical guide*. The Farmer Press Teacher's Library: 6. RoutledgeFalmer, London, 1994.

MINAYO, M.C. de S. (org). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MATUS, C. Carlos Matus e o planejamento estratégico situacional. In: RIVERA, F. J. (Org.) *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*, 2. ed., São Paulo: Cortez, 1992.

MATUS, C. *Política, planejamento e governo – Tomo 1*. Brasília: IPEA, 1993.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12 suppl. Nov. 2007.

POPE C.; MAYS N. *Qualitative Research in Health Care*, BMJ Books London 2000.

RIVERA, F.J. (Org.) *Planejamento e Programação em Saúde: Um enfoque estratégico*, 2. ed. , São Paulo: Cortez, 1992.

RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15 n. 5, p. 2265-2274, 2010.

ROCHA, J.S.Y. Do Cedes-Opas ao planejaSUS: teoria e prática do planejamento em saúde no Brasil. O processo de descentralização e regionalização da saúde no estado de São Paulo. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Orgs). *Política e Gestão Pública em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 261-284.

SCATENA, J.H.G.; TANAKA, O.Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. *Saúde e Sociedade*. v. 10 n. 2, São Paulo, 2001. p. 47-74.

SILVA, S.F. DOBASHI, B.F. Um novo Pacto no SUS. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*. Série CO-NASEMS/CEBES. Rio de Janeiro. n. 34, p. 9-17, maio 2006.

VIANA A.L.D., MACHADO C. V. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18 n. 4 : 645-684, 2008.

TESTA, M. *Pensamento estratégico e a lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 15 – 97.

Recebido para publicação em novembro de 2013

Versão final em janeiro de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Rede mista: espaço transversal à construção do conhecimento e produção de práticas de saúde mental

Rede mista: a cross-sectional place to the construction of knowledge and production of mental health practices

Juliana Hespanhol Dorigan¹, Solange L'Abbate²

RESUMO: Rede Mista é a denominação do espaço das reuniões mensais da rede de saúde mental de um dos distritos de saúde de Campinas - SP. Compõe-se de profissionais da rede de saúde mental, da rede de atenção básica e dos serviços de referência, e constitui-se em estratégia para construir e acompanhar projetos da área. Analisou-se o espaço como elemento de identificação de processos transversais para a construção dos saberes e das práticas de cuidado em saúde mental. As informações obtidas confirmam o importante papel assumido pela Rede Mista na organização do trabalho em saúde mental, bem como no fortalecimento da reflexão autônoma dos trabalhadores sobre suas práticas nas equipes das unidades de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; Equipe de assistência ao paciente; Fóruns de discussão.

ABSTRACT: 'Rede Mista' is the name given to monthly meetings of the mental health network in one of the health districts of the city of Campinas - SP. The participants are professionals of the mental health network, basic assistance network and reference services, consisting in a strategy to develop and follow projects in the field. This study analyses the meetings as element of identification of cross-sectional processes as a tool to create knowledge and practices in mental health care. Informations demonstrate the important place taken on by Rede Mista meetings in the organization of the mental health work as well as on the strengthening of workers' autonomous thinking on their practices in health care teams.

¹Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Campinas (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil. ju_dorigan@yahoo.com.br

²Livre-docente pela Universidade de Campinas (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil. Professora associada I do Departamento de Saúde Coletiva Universidade de Campinas (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil. slabbate@fcm.unicamp.br

KEYWORDS: Mental health; Patient care team; Discussion forums.

Introdução

É conhecida a existência de fóruns de discussão dos trabalhadores de saúde em Campinas-SP para a construção da rede de cuidados em saúde mental. Trata-se de uma experiência singular no Brasil, pois, nesses espaços, o planejamento da rede de cuidados em saúde mental se faz de maneira coletiva e participativa por parte dos trabalhadores de saúde, o que tem permitido a formação e o empoderamento dos trabalhadores em relação à prática das ações de saúde em rede.

O estudo desses espaços, com o objetivo de demonstrar sua relevância, será desenvolvido neste artigo a partir de três aspectos: o planejamento coletivo das ações, o fortalecimento da rede de cuidado e a abordagem da interdisciplinaridade para a construção dos saberes e sustentação das práticas cotidianas nos serviços de saúde.

No campo do planejamento em saúde, há vários autores que discorrem sobre o assunto, dentre os quais Onocko Campos (2001; 2003), Testa (1995), Merhy (1997). Entretanto, neste estudo, a intenção é destacar o grupo enquanto espaço coletivo, aproximando-o do entendimento de Campos (2003), como a construção de lugares e de tempos, por meio dos quais as equipes, de fato, possam interferir nos sistemas produtivos, no caso, na própria produção de práticas em saúde. Na análise dos resultados deste estudo, retomar-se-á este aspecto a partir de outros elementos.

O fortalecimento da rede de cuidados é um aspecto destacado desde a Política Nacional de Humanização do SUS de 2006, que implica construir redes solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos (BRASIL, 2006). Segundo Onocko Campos e Campos (2007), os objetivos essenciais do trabalho em saúde seriam a própria produção de saúde e também a construção conjunta da capacidade de reflexão e de ação autônomas dos sujeitos envolvidos nesses processos: trabalhadores, usuários e incluem-se os gestores. Dessa

maneira, valoriza-se a construção de diferentes espaços de encontros entre sujeitos, a troca e construção de saberes e o trabalho em rede, com equipe transdisciplinares, características estas encontradas nos encontros da Rede Mista.

Ressalta-se, ainda, no contexto da operacionalização do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), a configuração das Redes de Atenção à Saúde e sua articulação com o modelo de atenção. Segundo Silva e Magalhães Junior (2008, p.82), o modelo “é uma espécie de paradigma que define o que são necessidades assistenciais, como deve ser organizada a oferta, como se compreende, enfim, o processo saúde/doença e as formas de intervenção”.

No campo da saúde mental, especificamente em relação à política de saúde mental, a Rede de Atenção Psicossocial foi escolhida como uma das prioritárias. A Portaria GM nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio da criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde de pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas e álcool (BRASIL, 2012).

É possível apoiar-se nessa definição para construir as redes de cuidado em saúde mental, visando articular mais efetivamente a ação dos profissionais às necessidades de saúde da população do território. A noção de território, por sua vez, é a de constituir um espaço vivo, que, além das condições objetivas que oferece, apresenta também dimensões subjetivas decorrentes das relações entre os sujeitos que nele convivem (SACARDO; GONÇALVES, 2007). E, sem dúvida, os profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) que constituem a Atenção Primária à Saúde (APS) são os que estão mais próximos desses sujeitos. A APS deve assumir, então, posição estruturante na hierarquização da atenção à saúde e na organização dessas equipes, privilegiando as necessidades de saúde dos usuários de cada área de abrangência dos territórios (BRASIL, 2007).

Destaca-se, em Campinas, a existência, desde a década de 1970, de profissionais de saúde mental compondo as equipes de Atenção Básica (BRAGA CAMPOS, 2000). Esses profissionais inserem-se nas equipes segundo a lógica de apoiadores matriciais¹ em saúde mental, e tal estratégia deveria permitir maior aproximação dos profissionais com as necessidades de saúde dos usuários que frequentam as Unidades Básicas de Saúde.

Porém, em seu estudo sobre as interrelações entre a ESF e o CAPS no cuidado a sujeitos com transtornos mentais em Campinas, Amorim (2008) constatou a existência de uma desarticulação entre os especialistas dos dois serviços no processo de construção de projetos terapêuticos singulares, visando à prevenção, assistência e promoção de saúde. Por isso, propôs a construção de ações pautadas na integralidade que pudessem contribuir para a construção de espaços de troca entre os trabalhadores dos dois serviços a fim de articular estratégias de cuidado clínico e psiquiátrico dirigidas aos usuários.

Finalmente, o terceiro aspecto a ser considerado neste trabalho é a perspectiva da interdisciplinaridade, envolvendo também a intersetorialidade para a construção dos saberes e das práticas a partir do espaço da Rede Mista. Para Mendes e Akerman (2007), a intersetorialidade não deve ser buscada apenas como um princípio, mas como uma prática concreta a ser estabelecida. E mais, “a intersetorialidade tem no campo do fazer significação semelhante à interdisciplinaridade no campo do saber” (MENDES, 1996, p.252).

Essa possibilidade propiciada pelos encontros da Rede Mista é coerente com as recentes perspectivas da política de saúde mental, que salienta a perspectiva intersetorial para o campo, reafirmada, ainda, no próprio tema da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial de 2010 (BRASIL, 2010).

Rede Mista: breve apresentação

O espaço de reuniões denominado Rede Mista começou a ser organizado por iniciativa dos gestores e trabalhadores em saúde mental de um dos distritos de saúde de Campinas em junho 2005. Até o início de 2007, tal reunião era denominada *Eixo da Mental*. O propósito era reunir os serviços que oferecem atendimentos em saúde mental, tendo como expectativas e objetivos a discussão de casos, a troca de conhecimentos a partir das experiências e o aprofundamento de temas de interesse levantados pelos participantes.

Atualmente, o distrito em questão possui doze Unidades Básicas de Saúde e oito equipes de saúde mental para apoiar essas unidades e suas Equipes de Saúde da Família. Possui dois CAPS III, um CAPS AD, um CAPSi², estes dois últimos são também referências para outros distritos, um Centro de Convivência e Cooperativa, um hospital universitário com enfermagem psiquiátrica e um hospital municipal de referência com enfermagem psiquiátrica. Além disso, a retaguarda de internação municipal possui leitos em dois núcleos de atenção no Serviço de Saúde Dr Cândido Ferreira.

O grupo da Rede Mista é formado por profissionais que lidam na prática com as questões de saúde mental. Em sua maioria, são profissionais que trabalham nos CAPS e que compõem as equipes matriciais em saúde mental das Unidades Básicas de Saúde do distrito de saúde analisado. Quanto à formação ou função, são psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, psiquiatras, residentes e aprimorandos de variadas formações, gestores locais, agentes comunitários de saúde, dentre outros. Estes últimos tiveram participação menos freqüente no período analisado.

Os serviços de referência da rede de atenção à saúde mental convidados a participar são: Serviço de Atenção à Dificuldade de Aprendizagem (SADA), centros de convivência e outros equipamentos não vinculados à

¹ Com a formulação do Método Paidéia, Campos (2003; 2007) desenvolveu uma metodologia de trabalho para lidar com o fluxo entre as especialidades em saúde, denominada Apoio Matricial. Trata-se de uma metodologia para promover o trânsito dos profissionais por áreas externas às suas especialidades, onde estes, organizados por campo de atuação – saúde mental, saúde bucal, ortopedia etc – transitariam pelos territórios em apoio às suas equipes de referências, no caso, em apoio às ESF. Atribui-se ainda ao Apoio Matricial um caráter técnico-pedagógico, bem como de retaguarda assistencial, permitindo a corresponsabilização dos casos, redesenhando a lógica dos encaminhamentos.

² De acordo com a Portaria no. 336 de 19 de fevereiro de 2002, os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto em tal Portaria. Destes, somente o CAPS III conta com leitos para acolhimento noturno. Nesta mesma Portaria, estabelecem-se os CAPS I II (infantil) e CAPS ad II (álcool e drogas), ambos funcionando das 8h às 18h de segunda a sexta-feira, podendo comportar um terceiro período até as 21h.

saúde, a depender do tema proposto ou do caso a ser discutido, por exemplo, Conselho Tutelar, Vara da Infância, Juventude e Idoso, abrigos da assistência social etc.

Os encontros acontecem mensalmente, em locais diferentes a cada reunião, a fim de permitir maior proximidade entre os equipamentos e facilitar os contatos, além de favorecer a participação dos coordenadores locais. As datas são combinadas a cada reunião, pois, assim, os profissionais têm aproximadamente um mês para organizar as agendas e garantir a participação nos encontros.

As reuniões da Rede Mista preveem momentos de troca entre os profissionais sobre:

- Atendimentos de saúde mental demandados para os funcionários das unidades.
- Projetos das unidades em áreas específicas como o uso de substâncias psicoativas, atendimento da violência doméstica, área da criança etc.;
- Discussões sobre o matriciamento em saúde mental.
- Organização das equipes de Apoio Matricial de saúde mental junto às Equipes de Saúde da Família.
- Supervisão clínico-institucional.

A partir de 2010, essas reuniões passaram a se configurar por eixos territoriais para discussão de casos, contando com supervisão clínico-institucional num mês e reunião ampliada, englobando todos os eixos territoriais, da Rede Mista no mês subsequente.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo, com análise das informações por meio da abordagem qualitativa, que

se aplica ao estudo da história, das

relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, sentem, pensam, constroem seus artefatos e a si mesmos (MINAYO, 2008, P.17).

Para Minayo (2006), a pesquisa qualitativa torna-se importante para:

(...) a) compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos; b) para compreender as relações que se dão entre atores sociais tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais; c) para avaliação das políticas públicas e sociais tanto do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica, como dos usuários a quem se destina (MINAYO, 2006, P.134).

No período analisado – junho de 2005 a outubro de 2008 – ocorreram cerca de 30 reuniões da Rede Mista, com duração aproximada de 3h30min cada. O único registro desses encontros foram as atas, todas elaboradas pela mesma profissional, apoiadora institucional³, que participou da totalidade das reuniões. Tal fato garantiu, a nosso ver, maior consistência e fidedignidade das informações. Ressalte-se que, após o período analisado, não há registros sistemáticos das reuniões. Assim, a análise dos conteúdos dos encontros foi realizada com base no material dessas atas, com ênfase nas informações sobre os temas discutidos e identificação das ações e propostas construídas nesse espaço como demanda do próprio grupo, ou seja, pactuadas de acordo com as necessidades e possibilidades locais.

Em outras palavras, na perspectiva da abordagem qualitativa, realizou-se análise temática dessas atas (MINAYO, 2006; L'ABBATE, 2010).

³ O apoio institucional nos distritos está ordenado por meio de duas lógicas principais: o Apoio como referência para os serviços do território, construindo ações para os processos de gestão e trabalho em saúde (intervindo nos processos locais, com os gestores e com os trabalhadores, reconstruindo o diálogo com movimentos sociais e equipamentos, por meio de processos pedagógicos e de construção do conhecimento); e, por outro lado, o Apoio para as atividades e programas da Secretaria Municipal de Saúde (normalmente está dividido por áreas do conhecimento: saúde da criança, saúde mental, assistência farmacêutica etc.). (CAMPOS, 2007, p.164)

Rede Mista, um espaço transversal: a relevância do conceito de transversalidade

Dada a pluralidade de sua composição - diversos profissionais de diferentes organizações-, a Rede Mista é considerada um espaço transversal. Por isso, antes da análise das atas, é importante referir-se a um conceito teórico que permita compreender melhor o sentido e significado desse espaço transversal, que é o conceito de transversalidade (GUATTARI, 1987, P.88-105).

Esse conceito, desenvolvido por Guattari no âmbito da psicoterapia institucional e considerado por Lourau como um dos mais importantes da análise institucional (LOURAU, 1975; L'ABBATE, 2012), diz respeito aos múltiplos vínculos que todos os que pertencem a determinado grupo possuem com as mais diversas organizações e situações.

Em sua análise, Guattari elabora a ideia segundo a qual cada grupo comporta movimentos opostos ou complementares, ora no sentido da verticalidade, configurando hierarquia rígida e fixa de papéis, como numa pirâmide, ora no da horizontalidade relacionada às vinculações mais informais, nas quais “as pessoas se ajeitam como podem” (GUATTARI, 1987, P.95-96).

Quanto mais as pessoas de determinado grupo identificam esses diferentes pertencimentos, maior é o seu coeficiente de transversalidade, o que lhe permitirá tornar-se mais sujeito; contrariamente, quanto menor essa percepção mais o grupo tem possibilidade de tornar-se sujeitado (GUATTARI, 1987, P.96). Assim, “o grupo sujeito enuncia alguma coisa, enquanto que do grupo sujeitado se diria que ‘sua causa é ouvida’.” (GUATTARI, 1987, P.92). O grupo sujeitado possui uma estrutura rígida e hierarquizada, feita para impedir qualquer corte criativo, para “assegurar os mecanismos de autoconservação fundados sobre a exclusão dos outros grupos; seu centralismo

opera por estruturação, totalização, unificação (...)” (GUATTARI, 1987, P.104-105).

Os conceitos de grupo sujeito e grupo sujeitado são de grande relevância para este estudo, pois, a partir deles, pode-se perceber, ao analisar os produtos das reuniões da Rede Mista, até que ponto o grupo de profissionais pode fugir dos ‘especialismos’, estabelecendo relações mais coletivas e trabalhando na perspectiva da interdisciplinaridade, influenciando, assim, a qualidade das suas propostas. Mas é importante assinalar que grupo sujeito e grupo sujeitado não são instâncias polares: um mesmo grupo pode passar de um ‘estado’ de grupo sujeito, autônomo, para um ‘estado’ de grupo sujeitado, portanto heterônomo (GUATTARI, 1987).

Análise das atas

A *tabela 1* apresenta os cinco temas que, com maior frequência, pautaram as reuniões, perfazendo cerca de 60% do total das pautas do período. Na última coluna, apresentam-se as demandas que surgiram a partir das reuniões, seja como tarefa ou eventos.

Constatou-se que os temas das reuniões não seguem uma linearidade, sendo discutidos e retomados em momentos distintos. Ao todo, há uma variedade de temas produzidos, destaca-se o fato de a presença dos participantes manter-se praticamente constante em todos os encontros, com os mesmos representantes nas reuniões. Esse fato, acredita-se, revela que os profissionais se comprometeram com as reuniões e que os temas tratados eram do seu interesse.

De modo particular, verifica-se que o tema mais frequentemente abordado nas reuniões é o do Apoio Matricial. Esse dado vem justamente demonstrar o papel assumido pelo espaço da Rede Mista na construção da organização do trabalho na saúde mental, bem como de suas práticas nas equipes das unidades de saúde.

É com base nas discussões de Campos (1999;

Tabela 1. Frequência dos principais temas e suas demandas (respostas múltiplas)

Temas	Frequência	Demandas
Apoio Matricial	08	
Trocas de experiências entre os profissionais/ compartilhamento sobre os debates de saúde mental nas unidades	05	
Participação dos serviços de referência para discussão de temas específicos/discussão de casos	04	1) Realizar levantamento da situação de atendimento de crianças vítimas de violência doméstica nas unidades*; 2) Necessidade de capacitação dos profissionais pelo SADA e organização de capacitação específica
Discussão sobre os serviços de referência (SADA, Centros de Convivência, CAPS AD etc.)	03	
Necessidade/organização de Recursos Humanos	03	

Fonte: Elaboração própria.

Nota: * Destaca-se como produto das reuniões deste distrito, a realização em novembro de 2007 do "I Seminário Municipal sobre Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes". Esta ação teve com base os dados levantados nas reuniões sobre tal tema e a necessidade apontada pelos profissionais de explorar e aprofundar esta temática, além de possibilitar o mapeamento da rede de equipamentos sociais envolvidos com esta temática no município e suas ações.

2003) que o Apoio Matricial em saúde mental na atenção primária de Campinas é desenvolvido junto às equipes de referência de saúde da família: em discussões de casos, atendimentos conjuntos ou em atendimentos específicos aos casos de maior complexidade. Tal estratégia explora, além da capacidade de resguarda assistencial, o caráter de ser apoio técnico-pedagógico, que constitui função estruturante desse arranjo organizacional junto aos profissionais da APS.

A persistência do grupo em discutir o Apoio Matricial reforça a necessidade de se analisarem as questões norteadoras dessa prática. Primeiramente, considera-se que discutir tal questão relaciona-se à concepção de saúde adotada e seu objeto, ou seja, os sujeitos concretos adoecidos. E, para ser coerente com essa diretriz, deve-se buscar a construção conjunta de autonomia tanto para os usuários como para os profissionais;

há que se proceder a uma ampla reorganização da clínica e da saúde coletiva, e, em decorrência, dos modelos de gestão e atenção (ONOCKO CAMPOS; CAMPOS, 2007).

Ainda que se possam tecer inúmeras críticas ao modelo da clínica tradicional, não se pode descartar sua capacidade de evitar e aliviar a dor e o sofrimento, ao curar e reabilitar, prolongando a vida das pessoas. Entretanto, trata-se de ultrapassar os limites desse modelo, no intuito de qualificar a intervenção sobre o sofrimento e a doença, valorizando o encontro trabalhador/usuário como um espaço de produção de relações (CARVALHO; CUNHA, 2006).

Segundo Onocko Campos e Campos (2007), os objetivos essenciais do trabalho em saúde, seriam, portanto, a própria produção de saúde e a construção conjunta de capacidade de reflexão e de ação autônomas para os sujeitos envolvidos nesses

processos: os trabalhadores e os usuários. Essa afirmação esclarece um dos motivos para a existência do espaço da Rede Mista e de sua sustentação ao longo do tempo. Esses mesmos autores afirmam que é preciso trilhar a mudança, partindo de nós e estimulando o exercício de graus maiores de autonomia no outro; isso se refere justamente ao fato de como os processos de mudança são capturados pelo que já está instituído e é hegemônico (LOURAU, 1975; KAËS, 1991).

É a partir de Campos (2003) que se pode perceber a concretização de uma prática aqui considerada instituinte. Com a formulação do Método Paidéia, o autor desenvolve metodologia de trabalho para lidar com o fluxo entre as especialidades em saúde denominada Apoio Matricial, ou seja, metodologia para promover o trânsito dos profissionais por áreas externas a suas especialidades, onde esses, organizados por campo de atuação – saúde mental, saúde bucal, ortopedia etc – transitariam pelos territórios em apoio às suas equipes de referência. Mas de nada adiantaria tal arranjo se os preceitos da horizontalidade e integralidade da atenção não fossem levados em conta. Aí tender-se-ia novamente a uma atuação compartimentalizada e hierarquizada, ainda que realizada no território.

De acordo com Campos e Domitti (2007), as noções de Apoio Matricial e equipe de referência são quase indissociáveis, unidas por uma interação dialógica, mas cada qual com suas especificidades no trabalho. Seriam diretrizes das equipes de referência à adscrição de clientela de acordo com o território e a construção de vínculo com a mesma, a relação longitudinal no tempo e a condução dos casos referenciados, sobre os quais as equipes teriam maior responsabilidade.

Mas, contrariamente ao caráter impessoal dos encaminhamentos e à subsequente impossibilidade de responsabilização pelos casos, propõe-se a articulação entre equipe de referência e apoiador matricial para a construção conjunta e personalizada do fluxo

interinstitucional dos usuários. Por isso, o Apoio Matricial é um arranjo que depende fundamentalmente de espaços coletivos e horizontalizados de discussão e deliberação para se efetivar, bem como dos contatos pessoais entre os profissionais envolvidos.

E é justamente no fortalecimento de tais contatos com os equipamentos de referência do distrito, mas também pela possibilidade de dialogar com estes e de trocar conhecimento sobre as diferentes experiências de práticas de saúde mental e de apoio matricial às equipes de referência, que a Rede Mista se coloca. Evidenciando-se esse fato, o segundo tema mais discutido nas reuniões é justamente a troca de experiências entre as unidades.

Esse momento de troca é proposto, sobretudo, no compartilhamento de estratégias de trabalho junto às equipes e seus modos de produção cotidiana, pois é evidente a dificuldade de ‘convencer’ as equipes de referência a apropriar-se dos casos de saúde mental ou, inversamente, a própria equipe da mental permear e ser permeada pelos profissionais das ESF, por exemplo, participação da mental em grupos de hipertensos e diabéticos e, em contrapartida, de enfermeiros em grupos de psicóticos ou de pessoas que cometeram tentativa de suicídio.

Por conseguinte, esses dois temas mais frequentemente abordados, e sua análise, vêm ao encontro do fortalecimento da rede de cuidados, possibilitando a articulação entre os trabalhadores para atender aos casos e às necessidades de saúde. O mesmo ocorre com o quarto tema, que são as discussões sobre os serviços de referência, pois é a partir da rede de cuidado que se pode garantir a efetiva atenção integral aos casos acompanhados.

Com respeito à participação dos serviços de referência para a discussão de temas ou casos, terceiro assunto com maior frequência nas pautas, cabe destacar seu papel na perspectiva da intersetorialidade, uma vez que vários atores são convidados a participar,

especialmente os equipamentos da assistência social e jurídicos. Segundo Mendes e Akerman (2007), não é apenas a complexidade dos problemas que impõe a necessidade de ações intersetoriais, a busca de “uma unidade do fazer e está associada à vinculação, à reciprocidade e complementariedade na ação humana” (MENDES; AKERMAN, 2007, P.91).

A função da Rede Mista se traduz no sentido de fazer avançar uma proposta pouco comum na prática do trabalho em saúde, ou mesmo do trabalho em geral, pois, na prática, o que se percebe é que a maioria dos projetos e programas tem forte conotação disciplinar e setorial, refletindo a contínua divisão social do trabalho e do conhecimento entre as especialidades (MENDES; AKERMAN, 2007, P.91).

Outro aspecto importante a ser destacado é o papel da Rede Mista na produção do conhecimento e sua contribuição para a formação dos profissionais de saúde. A própria função de Apoio Matricial exercido pelo próprio espaço de reuniões para os profissionais, por meio de seu caráter técnico-pedagógico, contribui para a ampliação da clínica, para a formação e para a construção do conhecimento.

O que faz o espaço da Rede Mista transversal?

Ao relacionar o que se passa com o grupo da Rede Mista, percebe-se que há uma aproximação desse grupo com o que Guattari define como grupo sujeito, no sentido que sua prática se encaminha na direção de atuar de acordo com o seu próprio desejo e suas próprias regras, sempre colocadas em discussão, e de poder encarar sua própria finitude. Para Lourau (1975), na prática do grupo sujeito, a transversalidade é o fundamento da ação instituinte dos grupamentos. Enfim, é o próprio objeto de busca de um grupo sujeito (GUATTARI, 1987).

Assim, o que deve ficar explícito é principalmente que o processo de transversalização não caminha no sentido da igualdade, mas, ao contrário, prevê que o grupo

comporte a diferença, o embate e até as opiniões diversas sem que isso seja tomado como erro, dissidência política ou brigas pessoais. Destaca-se, então, a sustentação do dissenso, sem que isso signifique uma dissidência, caminhando para que o grupo seja cada vez mais sujeito de suas ações e de seu destino.

É conhecido o fato de que as formações das pessoas que compõem o grupo da Rede Mista são diversificadas, assim como diversas e variadas são as experiências vividas na prática dos atendimentos realizados de maneira singular e subjetiva, circulando ainda em diferentes espaços, com diferentes pessoas das equipes de referência. Tudo somado gera uma conformação grupal diferenciada, que se encerra sobre o tema da saúde mental, que, por si só, já é efeito de algo ainda maior, que são políticas e programas de ações que contemplam várias diretrizes.

Ao encontro das pessoas, vislumbra-se a vontade eminentemente interna de estar presente no grupo para as discussões, porque essas se colocam dispostas a discutir problemas comuns por parte do grupo, buscando ainda subsídios para construir e sustentar suas próprias práticas cotidianas, muito desafiadas pelos princípios da superação dos ainda resquícios das práticas assistenciais manicomial e de uma cultura que, mesmo em tempos atuais, prega a segregação e o preconceito.

Também merece destaque a valorização do espaço, pois, com a análise das atas, percebe-se que, como existem participantes que estão desde o princípio da construção das reuniões, o grupo consegue se colocar sobre suas necessidades e desejos; consegue refletir, a partir do micro, as questões da macro política e as dimensões que influenciam na prática. Além disso, compreende e consegue lidar com os limites que encontram na prática, por exemplo, quando não se tem sequer a equipe de saúde da família funcionando na unidade como deveria; ou, os casos atendidos não se encerram na dimensão da saúde, tendo, em sua grande maioria, parcelas da precariedade econômica

vivida pelo desemprego ou pela situação de vulnerabilidade social, exploração sexual, uso e abuso de álcool e outras drogas ilícitas, violência doméstica etc.; ou, ainda, pelo não empoderamento da gestão local pelas discussões da mental, dentre vários outros.

Entretanto, reconhecer os próprios limites e os processos que se passam na prática não é algo simples. Exige defrontar-se com as subjetividades, angústias e desejos particulares e profissionais, com os papéis que a equipe de saúde mental assume nas unidades.

Além disso, a Rede Mista se propõe ao encontro dos profissionais que cuidam, também produzindo relações e tecendo caminhos para a organização do trabalho e das propostas vinculadas ao modelo de atenção, devendo ser ainda mais vislumbrada e valorizada por suas construções e perspectivas desde sua criação.

Algumas considerações finais

O fato de a Rede Mista constituir um espaço transversal possibilita aos profissionais a construção dos saberes e sustentação das práticas cotidianas nos serviços de saúde. Mais ainda, o grupo pode consolidar-se depois das obrigações formais, com vistas à produção coletiva de um espaço fomentador de discussões e de fortalecimento dos profissionais, numa perspectiva da interdisciplinaridade.

Percebe-se que, nesse contexto, o fortalecimento do espaço da Rede Mista vem ao encontro das necessidades de um território que apresenta grande contingente em situação de vulnerabilidade social, tensionando, assim, a ampliação da concepção de cuidado em saúde, em especial ao trabalho em rede. A tessitura da rede se faz de maneira coletiva e os trabalhadores discutem e assumem as responsabilidades no cuidado de maneira pactuada.

As reuniões da Rede Mista fazem parte de um modelo assistencial pautado no compartilhamento dos casos, baseando-se na ampliação da clínica e das concepções de saúde e doença. Além disso, o espaço tem propiciado a ampliação da concepção de saúde, em especial, desmistificando e construindo saberes no cuidado ao transtorno mental. Trata-se, ainda, de um importante e privilegiado espaço para a construção de redes de cuidado. Ressalta-se, assim, a importância do trabalho em rede para a atenção em saúde mental e para a aproximação entre os diferentes equipamentos que o realizam.

As informações prestadas neste artigo constituem parte do estudo de mestrado da primeira autora, que pretende ampliar a análise para os demais fóruns distritais de saúde mental de Campinas no sentido de compreender os papéis assumidos por esses espaços na constituição dos modelos de atenção em saúde mental e nas práticas de atenção e cuidado aos usuários. ■

Referências

- AMORIM, E.M. (Inter) relações entre Saúde da Família e CAPS: a perspectiva dos trabalhadores sobre o cuidado a portadores de transtorno mental em Campinas – SP. 2008. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.
- BRAGA CAMPOS, F.C. *O modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos*. 2000. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Portaria no. 336, de 19 de fevereiro de 2002.
- _____. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde, 2006.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- _____. IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. *Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- _____. Portaria n. 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.
- _____. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados 10*, ano VII, nº 10, Brasília, 2012.
- CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 393-404, 1999.
- _____. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G.W.S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- _____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- 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*, v.23, n.2, p. 399-407, 2007.
- CARVALHO, S.R.; CUNHA, G.T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- GUATTARI, F. A transversalidade. In: _____. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- KAËS, R. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: KAËS, R. et al. (org.). *A instituição e as instituições*. Tradução: Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. p. 1-39.
- L'ABBATE, S. *Direito à saúde: discursos e práticas na construção do SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010.
- _____. Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na saúde coletiva. *Mnemosine*, v. 8, n.1, p.194-219, 2012.
- LOURAU, R.A. *Análise institucional*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1975.
- MENDES, E.V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MENDES, R.; AKERMAN, M. Intersetorialidade: reflexões e práticas. In: FERNANDEZ, J.C.A.; MENDES, R. (Org) *Promoção da saúde e gestão local*. São Paulo: Hucitec: Cepedoc, 2007.
- MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R.T. (org.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p.71-112.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- _____. A utilização do método qualitativo para a avaliação de programas de saúde. In: ONOCKO CAMPOS, R.T. et al. *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Hucitec, 2008.
- ONOCKO CAMPOS, R.T. O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p. 197-207, 2001.

_____. Planejamento em saúde: a armadilha da dicotomia público-privado. *Revista de Administração Pública (RAP)*, v.37, n.2, p. 189-200, mar./abr. 2003.

ONOCKO CAMPOS, R.T.; CAMPOS, G.W.S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* (org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, p. 669-714, 2007.

PASSOS, E.; BARROS, R.B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v.16, n.1, p. 71-79, jan./abr.2000.

SACARDO, D.P.; GONÇALVES, C.C.M. Território: potencialidades na construção de sujeitos. In: FERNANDEZ, J.C.A; MENDES, R. (Org.). *Promoção da saúde e gestão local*. São Paulo: Hucitec: Cepedoc, 2007.

SILVA, S.F.; MAGALHÃES JUNIOR, H.M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S.F.(Org.). *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. Campinas: Idisa; CONASEMS, 2008.

TESTA, M. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

Recebido para publicação em dezembro de 2012

Versão final em dezembro de 2013

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Repertórios interpretativos de profissionais da rede de saúde mental e atenção primária de Belo Horizonte sobre uso de drogas

Interpretative repertoires of professionals engaged in network services of mental health and primary care of Belo Horizonte on drug use

Isabela Saraiva de Queiroz¹, Arthur Parreiras Gomes², Alexandre Lana Reis³, Danielle Fanni Dias Knupp⁴, Carina Ribeiro de Aquino⁵

¹Doutoranda em Psicologia Social pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. Professora Assistente IV do Departamento de Psicologia da PUC Minas. isabelasq@gmail.com

²Doutor em Letras pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas) – Belo Horizonte (MG), Brasil. Professor Adjunto IV do Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas) – Belo Horizonte (MG), Brasil. arthurgomes@uol.com

³Especialista em Programação Neurolinguística pelo Instituto Brasileiro de Programação Neurolinguística (IbraPNL) – Belo Horizonte (MG), Brasil. alex.lanareis@gmail.com

⁴Mestranda em Saúde Coletiva pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. faniidias@yahoo.com.br

⁵Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas) – Belo Horizonte (MG), Brasil. carina.aquino@yahoo.com.br

RESUMO: Trata-se de pesquisa do PET-Saúde que objetivou realizar levantamento das concepções sobre drogas de profissionais da rede de saúde mental e da atenção primária de Belo Horizonte. Adotou-se a abordagem quantitativa, com emprego de entrevista estruturada na coleta de dados e análise estatística por meio do software SPSS. Utilizou-se o conceito de repertório interpretativo na elaboração das análises realizadas que, em síntese, revelaram que os entrevistados orientam-se predominantemente por dois repertórios sobre drogas – o discurso da saúde pública e o discurso jurídico-moral –, produzindo práticas de atenção contraditórias.

PALAVRAS-CHAVE: Discursos sobre drogas; Profissionais de saúde; Práticas de saúde

ABSTRACT: *This research on the Education Program for Working in Health (PET-Health) has as objective to survey the drug-related conceptions of professionals engaged in network services of mental health and primary care of the city of Belo Horizonte. A quantitative methodology was used by means of structured questionnaire, being the data statistical analysis accomplished through SPSS. The concept of interpretative repertoire was applied to the analysis, which, in summary, revealed that the interviewed professionals are guided mainly by two interpretative repertoires on drugs: the public health discourse and the moral legal discourse. Both repertoires appear with the same intensity, producing ambiguous and contradictory care practices.*

KEYWORDS: *Drug discourses; Healthcare professionals; Health practices*

Introdução

A incorporação de ações de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem sendo discutida há mais de uma década. Segundo o relatório final da oficina de trabalho para discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, realizada em 2001, a incorporação de ações de saúde mental à rede diversificada de serviços do Programa de Saúde da Família (PSF) teve como objetivo alavancar um novo modelo de atenção descentralizado e de base comunitária, oferecendo melhor cobertura assistencial aos agravos mentais e maior potencial de reabilitação psicossocial para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, com a elaboração e implantação de ações de saúde mental no conjunto de estratégias que compõem o cuidado integral à saúde, o Ministério da Saúde fortaleceu o processo de implementação dos princípios do SUS, contribuindo para maior compreensão da realidade em que as famílias vivem e criando condições para os profissionais atuarem de forma mais resoluta nas situações de risco geradoras de sofrimento psíquico.

As ações propostas inicialmente no Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica incluíam: incorporação da saúde mental nas ações voltadas para hipertensão, diabetes, saúde da mulher, criança e adolescente, idoso, alcoolismo e outras drogas, violência urbana entre outros; construção de intervenções terapêuticas de forma individualizada, respeitando a realidade específica local e voltada para a inclusão social; mobilização de recursos comunitários estabelecendo articulações com grupos de auto-ajuda, associações de bairros, conselho tutelar, entre outras organizações populares. (BRASIL, 2001A).

O conjunto de ações elencadas acima tem como denominador comum os princípios de territorialização e participação da comunidade, potencializando a aproximação do usuário ao serviço de saúde com vistas

à absorção de suas variadas demandas. As questões relacionadas ao uso abusivo de drogas, já em 2001, estavam entre elas, como se observa na listagem das ‘situações de risco e definição de prioridades’ elaborada na oficina de trabalho mencionada acima: exclusão social, violência em suas diversas formas, problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, transtornos mentais graves, suicídios e tentativas de suicídio.

Também Alda Gonçalves, em sua tese de doutoramento ‘Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas: desafio da prática do programa saúde da família’, defendida em 2002, concluiu que os agravos e danos decorrentes do abuso de álcool e outras drogas constituíam os transtornos mentais de maior prevalência entre os problemas de saúde da população devido à amplitude dos comprometimentos que geravam.

Uma retrospectiva histórica da elaboração de políticas específicas de atenção ao usuário de álcool e drogas no Brasil, indica que, ainda em abril de 2002, o Ministério da Saúde instituiu, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada ao Usuário de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias de saúde dos estados e municípios a partir de algumas considerações, dentre elas: a) o aumento do consumo de álcool e outras drogas entre crianças e adolescentes; b) os crescentes problemas relacionados ao uso de drogas pela população adulta e economicamente ativa; c) a contribuição do uso indevido de drogas para o aumento do número de casos de doenças como a AIDS e as infecções causadas pelos vírus da hepatite; d) a necessidade de ampliar a oferta de atendimento a essa clientela na rede do SUS a partir da reformulação e adequação do modelo de assistência oferecida; e) a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social de seus usuários; f) a diretriz constante na

Política Nacional Antidrogas de reconhecer a estratégia de redução de danos sociais e à saúde, como intervenção preventiva que deve ser incluída entre as medidas a serem desenvolvidas, sem representar prejuízo a outras modalidades e estratégias de redução da demanda; e g) as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, de dezembro de 2001, as quais recomendam que a atenção psicossocial a pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas deve se basear em uma rede de dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural, e articulados à rede assistencial em saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2002).

Também o relatório do seminário sobre o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas na rede do SUS, ocorrido na III Conferência Nacional de Saúde Mental, indicou inúmeras evidências, respaldadas por pesquisas epidemiológicas rigorosas, como as desenvolvidas pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), que atestavam, já àquela época, a magnitude crescente dos problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Esses dados referiam-se a repercussões observáveis, como: a) o número de internações psiquiátricas por uso de álcool e outras drogas; b) internações hospitalares gerais e consultas ambulatoriais por complicações clínicas (como cirrose, AIDS etc.); c) diminuição da idade de início do consumo; d) crescimento da violência relacionada ao abuso, inclusive acidentes; e) consequências no trabalho, como aumento do absenteísmo e queda na produtividade. (BRASIL, 2001b).

Essas evidências provocavam, desde então, o questionamento sobre a insuficiência de investimentos na abordagem dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, mesmo com as iniciativas de criação do Plano Nacional de Inclusão de Ações de Saúde Mental no PSF e a instituição do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada ao Usuário de Álcool e Outras Drogas. Passos importantes do Ministério da Saúde na organização de uma

política nacional que contemplasse a questão das drogas de maneira mais efetiva.

A proposta de o PSF se tornar um serviço de referência para problemas de saúde advindos do uso de drogas, feita no relatório final da oficina de trabalho para discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, realizada em 2001, definiu, contudo, que para que as equipes de saúde da família pudessem lidar eficazmente com os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas deveriam ter mais informações a respeito do trabalho de redução de danos, trabalhar os preconceitos a respeito do uso de drogas e diferenciar entre os vários tipos de uso e abuso de álcool e outras drogas. O potencial do PSF para desenvolver atividades relacionadas ao uso abusivo de drogas e a necessidade da constituição de uma rede de atenção também foram identificados por Gonçalves:

A potencialidade do cuidado relacionado ao abuso e à dependência de álcool e drogas, no âmbito da prática de uma equipe do PSF, foi constatada nesta pesquisa, bem como as dificuldades inerentes a essa prática. [...] Para isso, o PSF deve fazer parte da rede de atenção, com um sistema atuante de referência e contra-referência entre Centros de Atenção Psicossocial, ambulatórios e Centros de Convivência ou outros serviços. (GONÇALVES, 2002, p.173-174)

Hoje, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas atualiza muitos dos desafios apresentados acima, evidenciando a atualidade da temática de álcool e drogas. Dentre seus objetivos, as ações voltadas à prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas deverão contemplar: a) a participação dos familiares; b) o fortalecimento das redes de atenção e de assistência social, por meio da articulação das ações do SUS com as ações do SUAS; c) a capacitação continuada dos atores governamentais e não governamentais envolvidos; d) a promoção da participação comunitária e a

multiplicação de boas práticas de prevenção, tratamento, reinserção social e ocupacional de usuários de crack e outras drogas. (BRASIL, 2010a).

A caracterização das ações do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas permite identificar, frente à breve retomada histórica aqui realizada das políticas de drogas no Brasil, uma progressiva definição do Ministério da Saúde de que as ações de saúde mental na Atenção Básica obedecem ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Assim, passa a ser prioritário que as equipes de saúde mental de apoio à Atenção Básica atuem conjuntamente às equipes de saúde da família, incorporando ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar de programas de educação permanente e formação continuada.

Em sintonia com as diretrizes apresentadas acima, o governo federal instituiu, em 2010, por meio da Portaria Interministerial Nº 421 (Ministérios da Saúde e da Educação), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), que tem como objetivo fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidos aos estudantes das graduações em saúde, de acordo com as necessidades do SUS. (BRASIL, 2010b).

A Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, realizou em 2011 uma pesquisa no âmbito do PET-Saúde, em resposta a edital específico voltado para a formação de grupos de aprendizagem tutorial para atuar na atenção em saúde mental, crack, álcool e outras drogas na rede do SUS. A pesquisa então realizada e aqui apresentada, foi de caráter exploratório e teve como objetivo geral realizar um levantamento das concepções sobre drogas de profissionais

da rede de saúde mental e da Atenção Primária em Saúde (APS) do município de Belo Horizonte – cujos cenários de prática são o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) e Centros de Saúde – e das ações por eles realizadas, mapeando as especificidades da atuação junto a esse público.

O grupo tutorial proponente da pesquisa PET-Saúde/Saúde Mental/Crack – PUC Minas (SMSA/SUS-BH) foi constituído por dois professores tutores, três preceptores da rede de saúde, sendo dois psicólogos e uma assistente social, doze bolsistas de iniciação científica e dois estudantes voluntários dos cursos de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, odontologia e psicologia da PUC Minas, unidades Coração Eucarístico e São Gabriel.

Metodologia

Utilizou-se abordagem quantitativa, tendo como instrumento de coleta de dados a entrevista estruturada. Os sujeitos da pesquisa foram profissionais diretamente ligados à assistência do CAPS-AD e em Centros de Saúde.

O questionário foi estruturado em três seções: Módulo I: Dados de identificação; Módulo II: Concepções sobre álcool e outras drogas; e Módulo III: Modelos de atenção ao usuário de álcool e outras drogas. Construíram-se 47 questões, sendo seis delas abertas, estas últimas destinadas ao detalhamento de algumas respostas fechadas. Utilizaram-se perguntas de múltipla escolha, bem como escala Likert na apresentação das questões, de modo que os entrevistados pudessem especificar seu nível de concordância com as afirmações feitas. Para a otimização da coleta de dados foi elaborado um caderno de respostas, para que os entrevistados pudessem visualizar as opções de resposta e as afirmações com as quais deveriam concordar ou discordar. A opção mediana nas questões em que foi utilizada a escala Likert só foi considerada quando emitida espontaneamente pelos entrevistados, não sendo apresentada como uma opção explícita de resposta.

Os locais de realização da pesquisa foram um CAPS-AD e seis Centros e Saúde atendidos por duas equipes de um NASF do município de Belo Horizonte. No CAPS-AD, entrevistaram-se todos os profissionais vinculados ao serviço durante o período de coleta de dados. Nos Centros de Saúde, entrevistaram-se os profissionais integrantes das equipes do NASF, ESFs Saúde Bucal (ESB) e Saúde Mental (ESM). Ao todo, os questionários foram respondidos por 208 profissionais.

O número de profissionais entrevistados em cada um dos oito equipamentos envolvidos (seis Centros de Saúde, um CAPS-AD e um NASF) foi paritário, havendo uma participação média de 12,5% de profissionais de cada equipamento na composição da amostra. Entrevistaram-se agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, médicos de família, odontólogos, auxiliares de saúde bucal e de consultório dentário, terapeutas ocupacionais, psicólogos e psiquiatras. Somente não foram entrevistados os profissionais que não estavam ativos durante o período em que a coleta de dados foi realizada e um profissional que se recusou a participar da pesquisa.

Realizou-se pré-teste dos questionários. A coleta de dados ocorreu no período de 12.07.2011 a 10.12.2011. Após a conclusão da inserção dos dados no SPSS, foram gerados relatórios de frequência. Quanto aos procedimentos éticos, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da PUC Minas, sob o número CAAE 0064.0.213.000-11. Além disso, todos os entrevistados receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

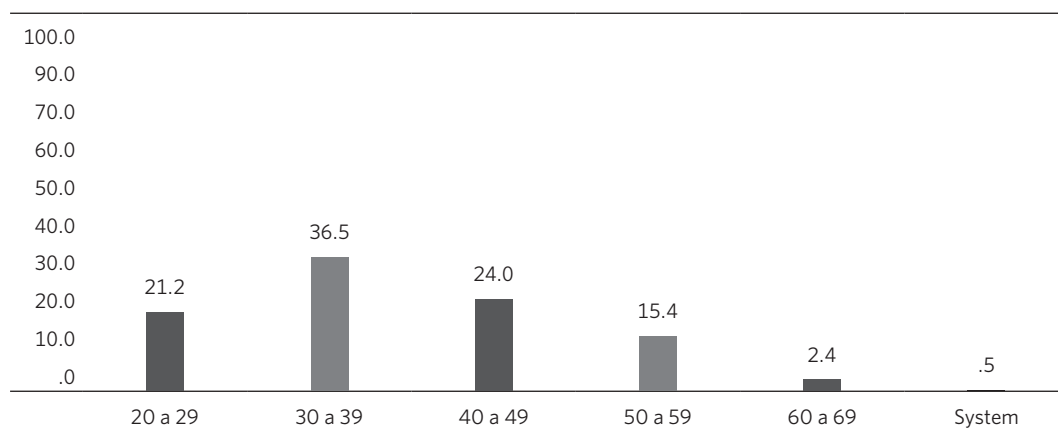
Quanto aos limites deste estudo, cabe mencionar a especificidade da amostra pesquisada. Ainda assim, acredita-se que a apresentação dos dados a seguir contribuirá para o acúmulo de conhecimentos sobre os recursos simbólicos e intersubjetivos que compõem as práticas de cuidado de profissionais de saúde no trabalho com usuários de álcool e outras drogas.

Resultados

No que se refere à caracterização dos profissionais entrevistados, compuseram a amostra desta pesquisa 208 profissionais do município de Belo Horizonte.

A maior parte dos entrevistados possui entre 30 e 39 anos de idade (36,5%) (*gráfico 1*) e afirmação de fé religiosa (70%). Dentre

Gráfico 1. Faixa etária



Fonte: Elaboração própria.

aqueles que se declararam religiosos, 65% afirmaram ser praticantes da religião que professam. A religião prevalente foi a católica (44%), seguida de perto pela evangélica (37%).

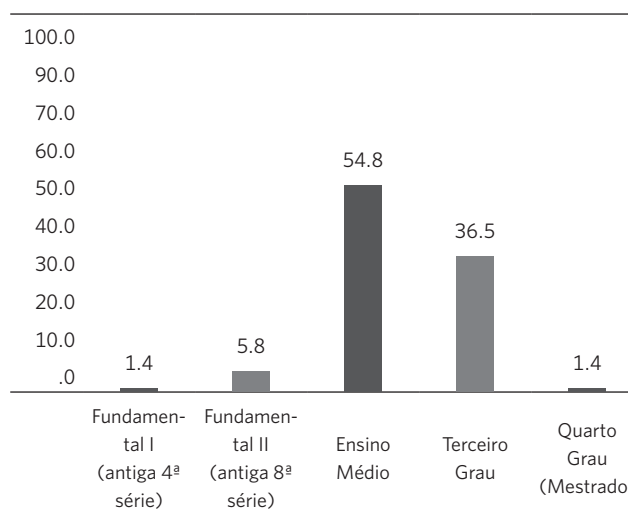
A maioria dos profissionais é do sexo feminino (86,1%), com filhos (65%), sendo estes menores de idade (48%), caracterizando-se de forma predominante no modelo de família nuclear: 38,9% dos entrevistados moram com filhos e cônjuge. Dentre as atividades citadas como as preferidas durante o tempo livre destacou-se 'ficar em casa ou sair com a família ou cônjuge' (55,3%), o que nos possibilita pensar que se trata de uma amostra com prevalência de valores pautados na regulação familiar e religiosa.

Os agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares de enfermagem representaram 56,3% da amostra, o que justifica o perfil predominante de escolaridade dos entrevistados. 62% deles cursaram até o ensino médio (gráfico 2). Além disso, de maneira geral, são profissionais cujo trabalho na rede de saúde é a única fonte de renda, já que 53,9% dos participantes declarou não possuir outra ocupação remunerada.

Cabe mencionar que a grande maioria dos entrevistados (71,6%) declarou não estar frequentando qualquer curso à época da entrevista. Curiosamente, durante o período de coleta de dados, todos os profissionais da APS da Prefeitura de Belo Horizonte (APS/PBH) participavam de oficinas de qualificação, levando a supor que as oficinas de educação permanente ofertadas pelo governo são incorporadas como mais uma atividade de trabalho do que como uma ação de formação e educação continuada.

No que se refere às concepções sobre drogas apresentadas pelos entrevistados, viu-se que oscilavam entre posturas conservadoras e emancipatórias, coexistindo em suas respostas posicionamentos tradicionais, fundamentados prioritariamente no paradigma proibicionista e no ideal de abstinência, e proposições mais atuais, que incorporam a adoção do paradigma da redução de danos

Gráfico 2. Escolaridade

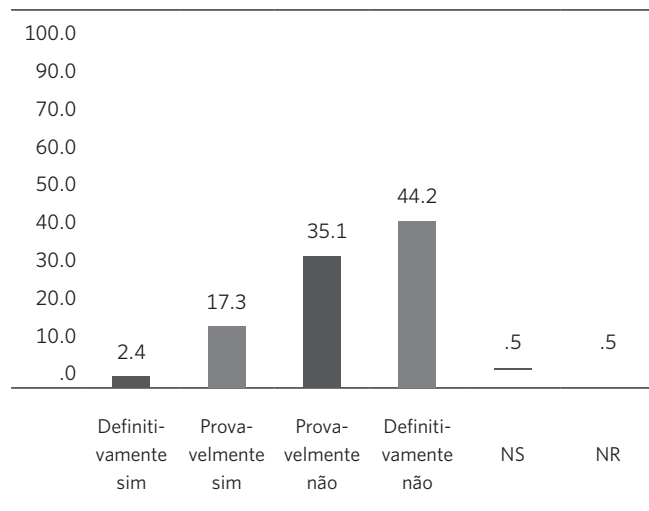


Fonte: Elaboração própria.

como orientador das intervenções e a discussão sobre a regulamentação de algumas substâncias. De modo geral, os entrevistados mostraram-se mais conservadores no tocante à regulação do Estado e ao controle sobre o acesso à droga e mais emancipatórios nas questões relativas à esfera da promoção de saúde, dos direitos e autonomia do usuário frente ao seu tratamento. Dentre as concepções mais conservadoras, orientadoras de discursos tradicionais sobre uso de drogas, destaca-se que 82,2% dos entrevistados consideraram que 'qualquer tipo de uso que se faça de uma droga, seja ela legal ou ilegal, traz problemas ao usuário'. Também, para 71,6% deles, 'deve haver um aumento no combate ao tráfico de drogas para que haja uma diminuição do consumo'.

Ainda nessa mesma linha de discurso, 79,3% afirmaram que 'provável ou definitivamente não iniciariam relacionamento afetivo com alguém que faz uso de alguma droga ilegal' (gráfico 3).

Gráfico 3. Você conheceu alguém de quem realmente gostou e ele/ela lhe diz que é usuário de uma droga ilegal. Ainda assim você iniciaria um relacionamento com a pessoa?



Fonte: Elaboração própria.

Por outro lado, no que se refere às concepções mais emancipatórias, 69,2% dos entrevistados concordaram que o ‘usuário de drogas é consciente de suas escolhas’ e ‘deve ser respeitado pelas escolhas que faz’, 79,8%. É ainda significativa a valorização atribuída ao saber do usuário sobre as necessidades decorrentes do seu processo saúde-doença, pois, para 69,7% dos entrevistados, ‘os usuários devem colaborar na construção dos projetos e programas de saúde voltados para a realidade que vivem’. Nesse mesmo sentido, para 57,7% dos profissionais entrevistados, ‘o usuário já pode ser considerado em tratamento quando consegue reduzir o uso da droga’. Também concordaram que é ‘mais importante reduzir os problemas causados pelo uso do que acabar com as drogas’ 57,7%. Portanto, no que diz respeito às concepções dos profissionais sobre os usuários, é perceptível a ideia emancipatória em relação a ele, embora, aparentemente, restrita ao âmbito profissional. Reforça esta afirmação, por exemplo, o posicionamento dos entrevistados de que não iniciariam um

relacionamento afetivo com alguém que fizesse uso de drogas ilegais.

Dado importante relativo à coexistência de posturas conservadoras e emancipatórias entre os profissionais entrevistados está no modo como se posicionaram quanto à necessidade de punição às pessoas que fazem uso de drogas ilegais: apesar de a maioria dos entrevistados, 52,4%, ter-se posicionado a favor da punição, 46,6% deles discordaram – pelo menos em parte – dessa afirmativa.

Quando se trata de legalização da droga, a presença dessas duas posturas também é percebida: para 61,1% deles, ‘a proibição do uso da droga não diminui o seu consumo’ e, ao mesmo tempo, 60,6% acredita que ‘legalizar o uso de uma droga aumenta o seu consumo’. Aqui, acrescenta-se à coexistência de concepções contraditórias a possibilidade de reconhecimento por parte dos entrevistados da falência do modelo vigente de ‘guerra às drogas’, punitivo e proibitivo, sem que, ao mesmo tempo, tenham sido elaboradas outras possibilidades de abordagem do problema do uso abusivo de drogas. Esse reconhecimento pode ser responsável pelo receio das possíveis consequências da legalização, levando a que os profissionais não considerem a legalização uma alternativa viável. Esse receio parece ser confirmado quando os profissionais são convidados a dizer se ‘concordam ou discordam das pessoas que defendem que o uso da maconha deve ser legalizado’ dado que 80,3% deles disseram que não concordam com essas pessoas. Ao mesmo tempo, outro dado que parece confirmar o reconhecimento pelos entrevistados da falência do sistema proibitivo é a concordância, para 57,7%, de que ‘mais importante do que acabar com as drogas é diminuir os problemas causados pelo seu uso’.

No que se refere às concepções sobre o usuário de drogas, as imagens negativas associadas a eles recaem principalmente sobre aqueles que usam crack, 80,3%, seguidos dos usuários de cola de sapateiro/thinner, 53,8%, e ‘loló’, 50,0%. Os usuários de drogas que

gozam de maior aceitabilidade social – álcool, cigarro e maconha – situam-se num patamar mais alto de consentimento. Nota-se que os usuários citados como aqueles que exercem maior influência negativa são os que mais comumente apresentam comportamentos desviantes acentuados, provocando incômodo na ordem social devido à sua condição de marginalidade.

No outro extremo, os usuários que se apresentaram com uma imagem menos negativa fazem uso de tranquilizantes ou remédios para dormir, seguidos dos que usam anabolizantes, todas, substâncias legalizadas, ainda que sob comercialização restrita e necessidade de prescrição médica.

De maneira geral, os entrevistados concordaram, pelo menos em parte, que há uma tendência à medicalização do sofrimento na sociedade, pois 58,2% afirmaram que ‘aprendemos que é mais fácil e rápido resolvermos nossos problemas com o auxílio de remédios’. Nesse sentido, para os entrevistados, dentre as razões mais determinantes para o uso frequente de drogas destacaram-se ‘para esquecer situações penosas’ ou fugir do sofrimento ou da solidão, 36,5%, e ‘para se divertir, relaxar, experimentar sensações diferentes’, 29,8%. Também teve relevância como razão para o uso frequente de drogas a opção ‘para se sentir aceito no grupo de amigos ou colegas’, 24,0%. Marca-se, assim, a prevalência de razões de cunho emocional/psicológico para o uso de drogas, seguidas de determinantes ambientais.

Para 56,3% dos entrevistados, ‘há diferença entre uso e dependência de drogas e, para 76,9% deles, ‘qualquer uso de drogas leva à dependência’. Quando indagados sobre o que levaria alguém a se tornar dependente de drogas, 25% afirmaram que a causa mais determinante é a ‘ausência de estrutura familiar’ e, para 24,5%, a ‘dificuldade de superar problema emocional’. A ‘influência do ambiente’ também foi marcante nas respostas, correspondendo à opinião de 22,6% da amostra. Contrariamente ao que foi mencionado como

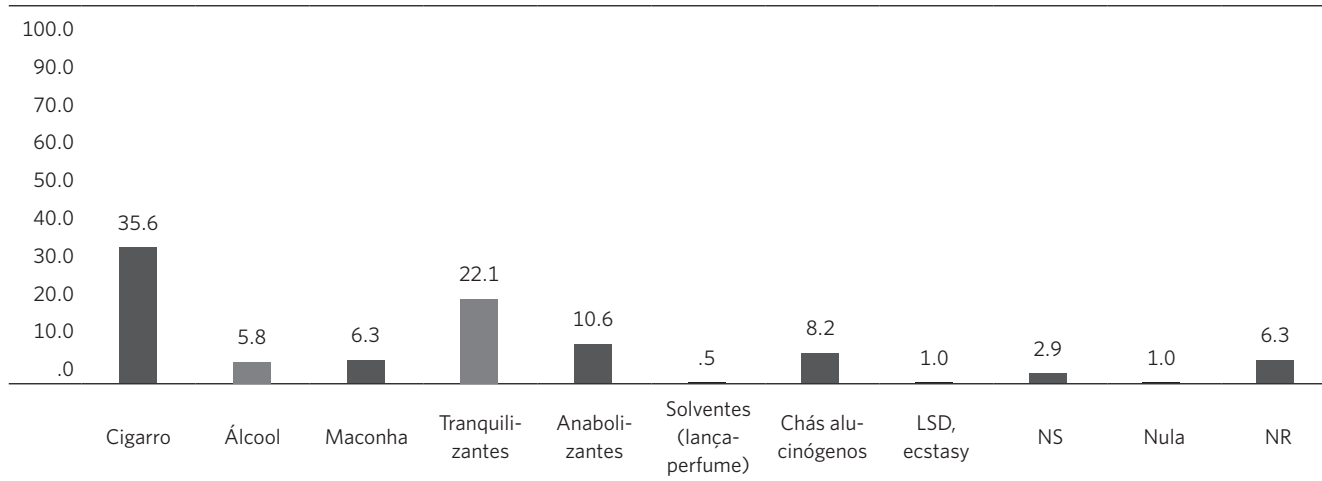
determinante para o ‘uso’ de drogas, no que se refere à dependência, prevaleceram fatores relacionados à desproteção familiar e social como determinantes, seguidos de fatores de cunho emocional/psicológico.

A substância considerada pelos entrevistados como a mais prejudicial para a saúde dos usuários foi o crack, 74%, seguido da cocaína, 27,4%. Os tranquilizantes, calmantes, remédios para dormir e para emagrecer foram considerados os menos prejudiciais para a saúde dos usuários, 20,2%, corroborando o que já havia sido dito anteriormente sobre serem substâncias legalizadas e consumidas sob prescrição, além de estarem presentes no cotidiano de grande parte dos profissionais de saúde.

No tocante à vida social, a substância considerada a mais prejudicial para os entrevistados foi novamente o crack, 57,7%, seguida do álcool, 26,9% e da cocaína, 23,1%. Aqui cabe mencionar que, mesmo frente à forte ideologia antitabagista presente no discurso da saúde pública, o cigarro foi considerado a substância menos prejudicial à vida social do usuário por 35,6% dos profissionais entrevistados (*gráfico 4*).

No que se refere às ações de prevenção ao uso abusivo de drogas, os entrevistados consideraram eficazes ou muito eficazes, 70,2%, as ‘ações e campanhas educativas, de esclarecimento sem terrorismo sobre os efeitos a curto e médio prazo de cada substância psicoativa. Campanhas que mostram como o uso de drogas alimenta a rede do tráfico’ também tiveram uma grande aceitação, sendo consideradas eficazes ou muito eficazes por 66,3% dos entrevistados. Já as ‘campanhas anti-drogas, que associam o uso de drogas às noções de erro, perigo e ilegalidade’, não tiveram aceitação tão ampla, ainda assim, foram consideradas eficazes ou muito eficazes por 51,9% dos entrevistados.

Ja no que tange às ações no campo da segurança pública e das medidas jurídicas, a ‘repressão policial a quem usa drogas’ foi considerada ineficaz ou pouco eficaz para

Gráfico 4. Qual das substâncias você considera a menos prejudicial para a vida social (relações familiares e no trabalho) dos usuários?

Fonte: Elaboração própria.

prevenir o uso abusivo de drogas por 86,1% dos entrevistados. O ‘combate ao tráfico de drogas’, por sua vez, foi mais aceito, sendo considerado eficaz ou muito eficaz por 75% dos respondentes. Os profissionais entrevistados também foram quase unânimes em considerar a ‘legalização da droga’ medida ineficaz ou pouco eficaz, 90,9%, corroborando análise feita anteriormente.

Por fim, ‘projetos de inclusão social e investimentos em educação, esporte, lazer e cultura’ com o objetivo de prevenir o uso abusivo de drogas foram considerados mais eficazes pela quase totalidade dos profissionais entrevistados, 93,8%.

Quanto aos serviços e modalidades de tratamento oferecidos ao usuário, o ‘tratamento psicológico’, 84,1% e a ‘participação em grupos de ajuda mútua’ (AA), 89,9%, foram considerados os mais eficazes ou muito eficazes. A ‘internação em comunidades terapêuticas’ também mereceu boa aceitação, sendo considerada medida eficaz ou muito eficaz para 72,6% dos entrevistados. O mesmo não aconteceu com a ‘internação hospitalar’, considerada pouco ou sem eficácia por 66,3% deles. No tocante aos ‘tratamentos medicamentosos’,

houve um equilíbrio entre opiniões contrárias dos profissionais entrevistados: 50,5% os consideraram eficazes ou muito eficazes, enquanto 44,2% veem pouco ou sem nenhuma eficácia. O mesmo pôde ser observado com relação ao ‘tratamento em serviços especializados, sem internação’, dado que 52,4% os consideraram eficazes ou muito eficazes, mas 43,8% afirmaram o contrário, considerando-os pouco ou sem nenhuma eficácia. Os ‘tratamentos religiosos’ foram bem aceitos, com 65,9% os considerando eficazes ou muito eficazes. Já os ‘tratamentos complementares’ (acupuntura, homeopatia, fitoterapia etc), são ainda muito pouco conhecidos e gozam de pouco crédito, visto que 52,9% dos entrevistados atribuíram a eles pouca ou nenhuma eficácia.

No que se refere às ações específicas de atenção ao usuário de drogas executadas pelos profissionais entrevistados em seu trabalho cotidiano, 81,3% deles tentam ‘aproximação com o usuário e construção de uma relação de confiança com o serviço de saúde’, mas ‘sem realizar atendimento específico ao dependente químico’, 73,6%, 67,8% fazem ‘atendimento aos agravos à saúde decorrentes do uso e abuso de álcool e outras drogas’

e 65,9% realizam identificação dos casos e encaminhamento para tratamento de saúde especializado'. O 'encaminhamento a outros equipamentos públicos' também é realizado por 65,4% dos entrevistados. Os dados relativos às ações específicas de atenção ao usuário de álcool e drogas parecem indicar que elas ainda se limitam prioritariamente à identificação de casos e encaminhamentos. Outro dado relevante é que a maioria dos profissionais entrevistados, 65,4%, não realiza 'campanhas de educação e prevenção ao uso e abuso de substâncias'.

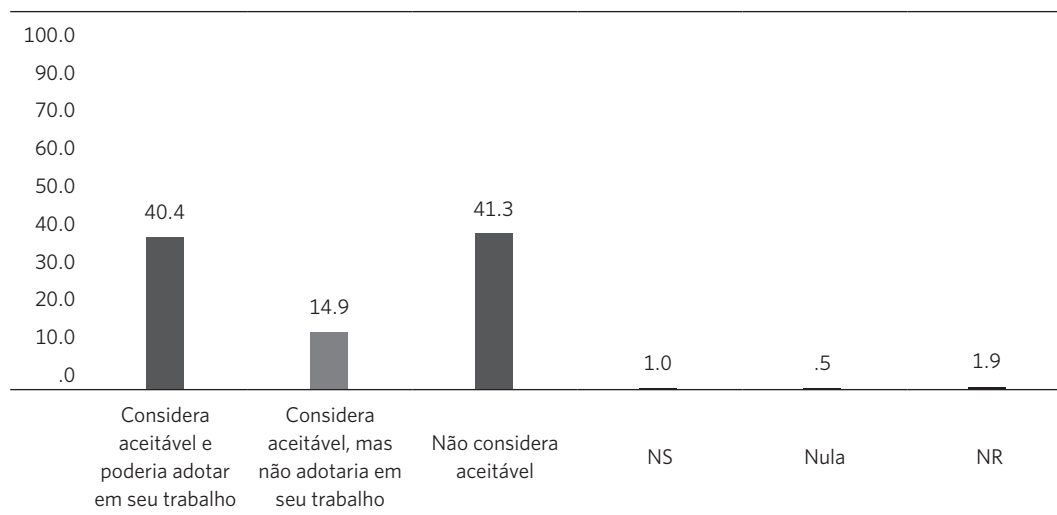
Especificamente quanto às ações de redução de danos, estratégia presente nas diretrizes da política nacional sobre drogas, voltada para a garantia dos direitos humanos na saúde pública, 46,2% dos entrevistados disseram nunca ter ouvido falar da proposta; 31,7% disseram já ter ouvido falar, mas não saber bem do que se trata; e apenas 20,7% afirmaram conhecer a proposta.

Dentre os profissionais que afirmaram conhecer a proposta, 88,3% concordam com ela e confirmaram a possibilidade de realizar ações de redução de danos em seu trabalho.

Em termos práticos, em se tratando da implementação de ações de redução de danos no cotidiano dos serviços de saúde, 75,5% dos entrevistados consideraram aceitável o 'incentivo à diminuição da frequência e da quantidade do uso'. Também 84,1% apoiou o 'acesso a informações sobre procedimentos que reduzem os riscos e os danos decorrentes do uso de drogas'. Porém, mostraram-se reticentes quanto a 'fazer orientações sobre o uso controlado e responsável da droga', pois 41,3% a consideraram inaceitável, enquanto 40,4% dos entrevistados aceitam a ação (gráfico 5).

Já o 'estabelecimento junto com o usuário de horário definido, local seguro e disponibilização de material higienizado para o uso de drogas', foi considerado inaceitável para 63,5% dos entrevistados. Por fim, 53,4% dos profissionais entrevistados consideraram inaceitável a estratégia de redução de danos que propõe o 'incentivo à substituição do uso de substâncias ilegais por substâncias legais'. Esses resultados sugerem que a aceitação da proposta de redução de danos entre os entrevistados ainda é bastante restrita,

Gráfico 5. Orientações sobre o uso controlado e responsável (em situações seguras) da droga



Fonte: Elaboração própria.

rejeitando-se as ações mais específicas de redução de danos, que não se pautam prioritariamente na exigência de abstinência, pela maioria dos profissionais.

Discussão

Primeiramente, cabe apresentar brevemente o conceito de repertório interpretativo, orientador das análises a se realizar aqui. Segundo Medrado-Dantas (1997, p.56), Potter e Wetherell (1988) definem repertórios interpretativos como “dispositivos linguísticos que utilizamos para construir versões das ações, eventos e outros fenômenos que estão à nossa volta”. Os repertórios interpretativos compõem, dessa forma, o substrato para argumentação, representando, assim, as variadas práticas discursivas possíveis em uma dada cultura e momento histórico. Moreira e Rasera (2010) também citam Potter e Wetherell (1988) ao definirem o conceito de repertório interpretativo:

São as unidades que demarcam o rol de possibilidades das construções discursivas. Originam-se na comunidade linguística em que somos socializados e são transmitidos em nossas relações. Pode-se dizer, portanto, que são ferramentas discursivas gerais, que utilizamos conforme os recursos sociais e culturais disponíveis para justificar nossas versões particulares dos eventos. (MOREIRA; RASERA, 2010, p.531)

Desse modo, tendo em vista o conceito apresentado, puderam-se delinear, dois repertórios interpretativos utilizados pelos profissionais entrevistados para tratar de questões relacionadas ao uso e ao usuário de drogas. De um lado, os profissionais são orientados pelo ‘discurso da saúde pública’, pautado pelos princípios do SUS de universalização e integralidade e pela garantia dos direitos humanos. Nesse sentido, foi perceptível a idéia emancipatória em relação ao usuário

de drogas, aparentemente, contudo, restrita ao âmbito profissional. Foi ainda significativa a valorização atribuída ao saber do usuário sobre as necessidades decorrentes do seu processo saúde-doença. Por outro lado, um outro repertório interpretativo, pautado no ‘discurso jurídico-moral’, mostrou-se presente com a mesma intensidade expressiva, produzindo discursos e práticas de atenção híbridas, muitas vezes, ambíguas e contraditórias.

Para Medrado-Dantas (1997), o conceito de repertório interpretativo permite que se evidenciem a variabilidade e polissemia que caracterizam os discursos, já que os reconhece como não excludentes. Desse modo, um mesmo conjunto de argumentos pode ser arranjado de forma a compor mensagens diametralmente opostas. É por isso que, por exemplo, o reconhecimento por parte dos entrevistados da falência do modelo vigente de ‘guerra às drogas’, punitivo e proibitivo, convive com o receio frente às consequências que poderiam advir de uma possível legalização, fazendo com que os entrevistados não considerem a legalização uma alternativa viável.

Essa natureza polissêmica dos discursos, segundo Medrado-Dantas (1997), possibilita às pessoas transitarem por inúmeros contextos e vivenciarem variadas situações, podendo responder aos desafios cotidianos de modo satisfatório, uma vez que dispõem de diferentes repertórios para se adaptarem às situações diversas, em constante mutação. Vê-se, portanto, conforme discutem Mesa, Rivera, Camino e Traverso-Yepes (2007), que as argumentações apresentadas pelos profissionais em seus discursos estão longe de ser coerentes e que, de modo geral, essa falta de coerência não incomoda nem se faz necessariamente evidente no modo como são articulados os repertórios interpretativos aplicados às diversas situações cotidianas.

Como mencionado, a convivência desses dois repertórios interpretativos produz, no campo das práticas de atenção ao usuário de drogas, um mosaico variado de possibilidades,

cujas contradições merecem ser consideradas atentamente. Nota-se, por exemplo, que tanto a psicoterapia como a frequência a grupos de AA, modalidades com estreita associação com o desenvolvimento autônomo do usuário, foram as estratégias de tratamento do uso abusivo ou dependente consideradas as mais eficazes pelos profissionais entrevistados. Contraditoriamente, a internação em comunidade terapêutica também foi fortemente aceita como eficaz pelos entrevistados, a despeito de seu caráter fechado, com menos aposta na autonomia do usuário e maior controle do uso através da oferta de um ambiente supostamente seguro e distante da possibilidade de acesso à droga. Soma-se a isso o fato de os serviços abertos e tratamentos medicamentosos também terem sido avaliados em sua eficácia de forma ambígua, sem a predominância de aprovação ou não. Somente parecem ter menos força na composição desse mosaico de possibilidades as internações hospitalares e os tratamentos complementares, estes últimos, por serem pouco conhecidos e ainda incorporados de forma muito incipiente aos serviços de saúde.

Em estudo anterior, realizado por Queiroz (2007) sobre o modo como as concepções sobre drogas de profissionais de equipes de saúde da família configuram possibilidades e limitações à adoção de ações de redução de danos em suas práticas de saúde, foram encontrados resultados muito próximos aos aqui apresentados. Naquela ocasião, entrevistaram-se 120 profissionais componentes de 17 equipes de saúde da família de oito centros de saúde de Belo Horizonte. Os resultados revelaram que, ainda que 75% dos entrevistados afirmassem ser favoráveis à adoção de ações de redução de danos em sua prática profissional, suas concepções sobre o usuário, uso e problemas decorrentes do abuso de drogas permaneciam pautadas nos modelos jurídico-moral ou de doença. Como tais modelos são restritivos no que tange à autonomia do usuário, a execução das ações de redução de danos tornava-se inviável na prática.

Da mesma forma, estudo realizado por Moraes (2008) em dois CAPS-AD de Recife, evidenciou a presença, entre os profissionais de saúde, de concepções sobre o usuário de drogas fundamentadas no modelo jurídico-moral ou de doença. Para a autora, esse é um grande obstáculo ao avanço para a atenção integral ao usuário de drogas, tendo em vista que tanto a noção de doente como a de marginal são contrárias ao fortalecimento da organização social dos próprios usuários, contribuindo para a sua passividade e exclusão. Moraes (2008) ainda afirma que, nesse contexto, a meta da abstinência tende a colocar a abordagem da redução de danos, orientadora de serviços abertos como os CAPS-AD, em segundo plano.

Apesar dessas contradições, reconhece-se a potencialidade do PSF como organizador das ações relacionadas à atenção ao uso abusivo de drogas. Nesse sentido, Gonçalves (2002), em pesquisa-ação realizada com uma equipe de saúde da família do município de Contagem - MG, constatou que, graças às suas características específicas – ser um programa voltado para a Atenção Básica, que elege a família como unidade programática de atenção e que atua em uma base territorial definida, a partir de trabalho junto à comunidade –, o PSF apresenta condições favoráveis à atuação na atenção ao usuário de drogas. Gonçalves (2002) concluiu, contudo, que o PSF ainda não estava preparado para dar respostas políticas e práticas às complexas questões envolvidas no campo da saúde mental relacionada a álcool e drogas. Um dos pontos ressaltados pela autora foi a constatação de um perfil muito diversificado entre os profissionais que compõem as equipes de saúde da família no que se refere ao preparo para abordar a questão das drogas, o que produzia uma gama de concepções ideológicas muito diversas.

Tais resultados parecem indicar a ausência de referência segura para os profissionais do que seja uma intervenção eficaz junto ao usuário abusivo de drogas, produzindo uma série híbrida de possibilidades de atenção.

Resulta disso a incorporação de intervenções ideologicamente divergentes numa mesma proposta de cuidado, como resultado do desconhecimento sobre o que fazer e da impressão geral de ineficácia das diversas ações desenvolvidas.

Nesse sentido, é interessante observar que, no Brasil, a política governamental referente ao uso de drogas também é bastante ambígua. Ao mesmo tempo em que assume as ações de redução de danos como estratégia de saúde pública a ser considerada na atenção ao usuário de drogas, impõe, por meio da Justiça Terapêutica, prática terapêutica clínica compulsória a esse mesmo usuário, o que configura direcionamentos político-ideológicos contraditórios. Para Alves,

a política de drogas brasileira aproxima discursos antagônicos. Por um lado, compartilha do discurso proibicionista legitimado por convenções internacionais quanto à redução da oferta e da demanda de drogas, mediante mecanismos de repressão e criminalização da produção, tráfico e porte de drogas ilícitas. Por outro lado, mostra-se aderente à abordagem de redução de danos. (ALVES, 2009, p.2316).

Essa ambiguidade em relação à política oficial de abordagem ao uso de drogas colabora para a manutenção de contradições no interior dos serviços de saúde, configurando a presença simultânea de práticas fundamentadas no ideal de abstinência e práticas de redução de danos, com estas últimas sendo executadas, contudo, de maneira limitada. Cabe assinalar que, em sua dimensão complexa, a redução de danos

excede à simples concordância discursiva com alguns de seus princípios (a troca de

seringas, por exemplo) para estender-se a nova forma de entender a prática clínica e o lugar do profissional, do usuário e da comunidade no planejamento e na execução das ações. (BRAVO, 2002, p.50).

Ao discutir tais contradições, Bravo (2002) recorda que as políticas em saúde mental são consequência dos fenômenos estruturais organizadores das relações sociais, que produzem dispositivos institucionais que legitimam e justificam contradições de natureza política. Qualquer tentativa de reformulação dessas políticas acarretaria, portanto, uma discussão ampla do modelo social que as possibilitou. Desse modo, para Bravo (2002), a proposta de redução de danos apresenta-se como representante de revolução político-ideológica referente aos usuários de drogas, na medida em que está centrada em sua reinserção social como sujeitos de direitos e deveres, alterando a associação imediata entre uso de drogas e marginalidade, crime ou doença.

Por fim, como contribuição ao campo das políticas sobre drogas, afirma-se que captar os diversos repertórios interpretativos presentes no discurso dos profissionais da rede de saúde mental e Atenção Primária em Saúde sobre uso de drogas e estabelecer suas contradições ou incoerências pode ser um recurso efetivo na análise das ideologias que sustentem suas práticas. Nesse sentido, cabe afirmar, ainda, que a consolidação da implementação de ações de saúde mental na Atenção Básica só se efetivará a partir do questionamento dessas ideologias, de modo que se possam concretizar mudanças nas bases culturais que orientam a interpretação de fenômenos complexos como o uso de drogas, condição *sine qua non* para a transformação das práticas de saúde neste campo. ■

Referências

- ALVES, V.S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*; Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009.
- BRASIL, Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Decreto 7.179, de 20 de maio de 2010a. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor e dá outras providências*. Brasília: Presidência da República, 2010a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 01 jul 2012.
- BRASIL, Conselho Nacional Antidrogas. *Resolução N°3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas*. Brasília: Gabinete de Segurança Institucional, 2005. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>>. Acesso em: 01 jul 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Relatório final da oficina de trabalho para discussão do plano nacional de inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/oficina_plano_inclusao_saude_mental_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 01 jul 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Relatório do Seminário sobre o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas na rede do SUS da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/3_conf_mental.pdf>. Acesso em: 01 jul 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n° 816, de 30 de abril de 2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/comunidades-terapeuticas-e-servicos-para-usuarios-de-alcool-e-outras-drogas/portaria_0816.pdf>. Acesso em: 01 jul 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial N° 421, de 03 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_interministerial_n_421.pdf>. Acesso em: 01 jul 2012.
- BRAVO, O. A. Discurso sobre drogas nas instituições públicas do DF. *Revista Temas em Psicologia da SBP*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 39-52, 2002.
- GONÇALVES, A.M. *Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas: desafio da prática do Programa Saúde da Família*. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.
- MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 121-133, 2008.
- MEDRADO-DANTAS, B. *O masculino na mídia: repertórios sobre masculinidade na mídia televisiva brasileira*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.
- MESA, A.M.E. et al.. Se nace o se hace? Repertorios interpretativos sobre la homosexualidad en Bogotá. *Revista de Estudios Sociales*, Bogotá, n.28, p.56-71, 2007.
- MOREIRA, R.L.C.A.; RASERA, E.F. Maternidades: os repertórios interpretativos utilizados para descrevê-las. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v.22, n.3, p.529-537, 2010.
- QUEIROZ, I.S. Adoção de ações de redução de danos direcionados aos usuários de drogas: concepções e valores de equipes do Programa de Saúde da Família. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João Del Rei. v.2, n.1, p.152-163, 2007.

Recebido para publicação em julho de 2012

Versão final em janeiro de 2014

Conflito de interesses: não houve

Suporte financeiro: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde Saúde Mental/Crack) que, por meio da parceria entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD/GSI/PR), financiou as bolsas de pesquisa de todos os componentes do grupo tutorial

Linha de cuidado como dispositivo para a integralidade da atenção a usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço

Line of care as a device for completeness of attention for users affected by neoplastic injuries on head and neck

Camila Dubow¹, Vânia Maria Fighera Olivo², Marizete Ilha Ceron³, Denise de Oliveira Vedootto⁴, Janaína da Silva Dal Moro⁵, Catlen Padilha de Oliveira⁶, Angela Barbieri⁷

¹Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Santa Maria (RS), Brasil. Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Santa Maria (RS), Brasil.
camiladubow@yahoo.com.br

²Doutora em Administração pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. Coordenadora Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Santa Maria (RS), Brasil.
vania.olivo@yahoo.com.br

³Doutoranda em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Santa Maria (RS), Brasil.
marizeteceron@hotmail.com

⁴Especialização em Terapia Intensiva pela Universidade Franciscana. Estudante de Especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas (UFPe) – Pelotas (RS), Brasil.
dvedootto@ibest.com.br

⁵Mestranda em Nutrição pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil.
janadalmoro@hotmail.com

⁶Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Santa Maria (RS), Brasil.
catlenoliveira@yahoo.com.br

⁷Mestranda em Psicologia da Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Santa Maria (RS), Brasil.
angelacherobini@yahoo.com.br

RESUMO: Este artigo é resultante de pesquisa qualitativa, tendo como sujeitos de investigação usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço. Objetivou-se, por meio de entrevista semiestruturada, investigar e caracterizar o fluxo de cuidado a esses sujeitos na perspectiva da linha de cuidado, nos diferentes níveis de gestão e atenção. Os resultados revelaram fragmentação do cuidado, apontando a necessidade de reestruturação dos modelos assistenciais vigentes, por meio da garantia de um fluxo de cuidado que opere de modo interligado. Concluiu-se que a atenção integral é essencial para que possam ser construídos sistemas de saúde com a perspectiva de linha de cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Sistemas de Saúde; Assistência integral à saúde; Neoplasias.

ABSTRACT: *This paper results from a qualitative study having as research subjects the users affected by head and neck neoplastic injuries. Through a semi-structured interview, the purpose was to investigate and characterize the flow of care to these subjects from a perspective of health care procedures at different levels of attention and management. Results show a fragmented care, pointing to the need of restructuring the existing care models by ensuring a flow of care that operates in an interconnected way. It was concluded that integrated care is essential to build health systems networks under the perspective of health care procedures.*

KEYWORDS: *Health systems; Comprehensive health care; Neoplasms.*

Introdução

Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade do acesso, integralidade da assistência, descentralização político-administrativa e capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência constituem as bases para o funcionamento e organização do sistema público de saúde em nosso País (BRASIL, 1990).

Entretanto, apesar de inúmeros avanços estruturais, ainda se percebe um predomínio de modelos pautados na desarticulação das ações e serviços. A ausência de mecanismos eficazes de regulação e ordenamento do fluxo de usuários colabora para problemas relacionados à baixa eficácia da atenção à saúde.

Esse cenário se torna extremamente complexo nos agravos neoplásicos de cabeça e pescoço devido à sua expressiva incidência e mortalidade no Brasil. A fragmentação do cuidado em relação aos sujeitos acometidos por tais agravos foi percebida por residentes multiprofissionais de um hospital universitário localizado na região centro-oeste do estado do Rio Grande do Sul durante o decorrer de suas atividades práticas. Alguns questionamentos surgiram, dentre os quais se destaca: como se configura o fluxo de sujeitos acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço no sistema de saúde numa perspectiva de linha de cuidado? A necessidade em buscar subsídios para melhor compreensão de tal questão motivou a realização desta pesquisa.

Partindo da premissa de linha do cuidado como produção da saúde de forma sistêmica, a partir de redes macro e microinstitucionais, em processos dinâmicos, centrada nas necessidades do usuário desde sua entrada na rede (CECÍLIO; MERHY, 2003), esta pesquisa teve como objetivo investigar e caracterizar o fluxo de cuidado a usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço no sistema de saúde numa perspectiva de linha de cuidado, a partir da identificação de suas trajetórias nos diferentes níveis de gestão e atenção do sistema.

É preciso compreender que o sujeito acometido por um agravo neoplásico de cabeça e pescoço necessita de cuidado amplo - interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional - com qualificação na atenção durante todo seu percurso no sistema de saúde. Conhecer e compreender os distintos caminhos e fluxos percorridos no sistema de saúde, sob a perspectiva dos próprios usuários com agravos neoplásicos de cabeça e pescoço, é fundamental para a melhoria da qualidade da atenção prestada, na perspectiva da integralidade do cuidado. Possibilita, ainda, reflexão e reavaliação dos atuais modelos de organização do sistema, sinalizando para questões estratégicas e operacionais que venham a influenciar o nível de qualidade dos serviços prestados a esses sujeitos.

Materiais e método

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, por meio da qual são consideradas para análise as atitudes, crenças, comportamentos e ações do indivíduo com o intuito de compreendê-lo em suas relações com o mundo (MINAYO ET AL., 2005). O estudo foi realizado no ambulatório de especialidade de cabeça e pescoço de um hospital universitário, referência em alta complexidade para a região centro-oeste do Rio Grande do Sul. Participaram da pesquisa dezessete sujeitos acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço em acompanhamento no referido ambulatório durante o período da pesquisa.

Como instrumento para a coleta de dados, utilizou-se entrevista semiestruturada, norteada por um roteiro com questões relativas aos objetivos da pesquisa, combinando perguntas abertas e permitindo ao entrevistado falar sobre o tema em questão sem se restringir ao questionamento (MINAYO ET AL., 2005). As questões versaram sobre a trajetória percorrida pelo usuário no sistema de saúde, bem como suas percepções e possíveis dificuldades

encontradas durante esse percurso. O roteiro para a entrevista foi o seguinte:

- Dados de identificação: gênero, idade, profissão, escolaridade, renda familiar, município de domicílio, unidade de saúde de referência;
- Diagnóstico de neoplasia de cabeça e pescoço: data aproximada do diagnóstico médico, estabelecimento em que recebeu a confirmação do diagnóstico, serviços de saúde procurados e período transcorrido até a confirmação do diagnóstico;
- Acesso e caminho percorrido no sistema de saúde: qual o primeiro local que procurou atendimento, quais outros serviços utilizou para continuidade do tratamento, facilidades e dificuldades vivenciadas desde o primeiro contato com os serviços de saúde até o momento.

O tempo médio de cada entrevista foi de quarenta minutos, sendo realizada em local apropriado, sem manifestação da opinião ou idéias do entrevistador durante a entrevista. Com isso, preservou-se o princípio de uma investigação qualitativa em que o fenômeno investigado é analisado sob a visão do entrevistado, isto é, segundo seus valores, compreensão e vivência (MINAYO, 2004). As entrevistas foram gravadas em gravador digital com o consentimento prévio dos entrevistados. Foram transcritas e identificadas através da letra 'E' seguida pelo número, a fim de garantir o anonimato do participante, e após o que foram submetidas à análise de seus conteúdos.

A análise dos dados deu-se por meio da técnica de análise de conteúdo de cunho temático, cumprindo as seguintes etapas: (a) pré-análise com leitura compreensiva dos textos transcritos, identificando especificidades e visão global dos depoimentos e retomando as hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa; (b) exploração do material visando a alcançar o núcleo de compreensão do texto por meio

da elaboração de categorias de análise e agrupando trechos de depoimentos significativos; (c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos dados (MINAYO, 2004), o que culminou com a definição de unidades de significado, orientadoras da discussão dos dados.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição de ensino superior a qual o referido hospital universitário está vinculado e segue os princípios preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a ética nas pesquisas com seres humanos. Todos os indivíduos participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após serem informados sobre seus objetivos e procedimentos.

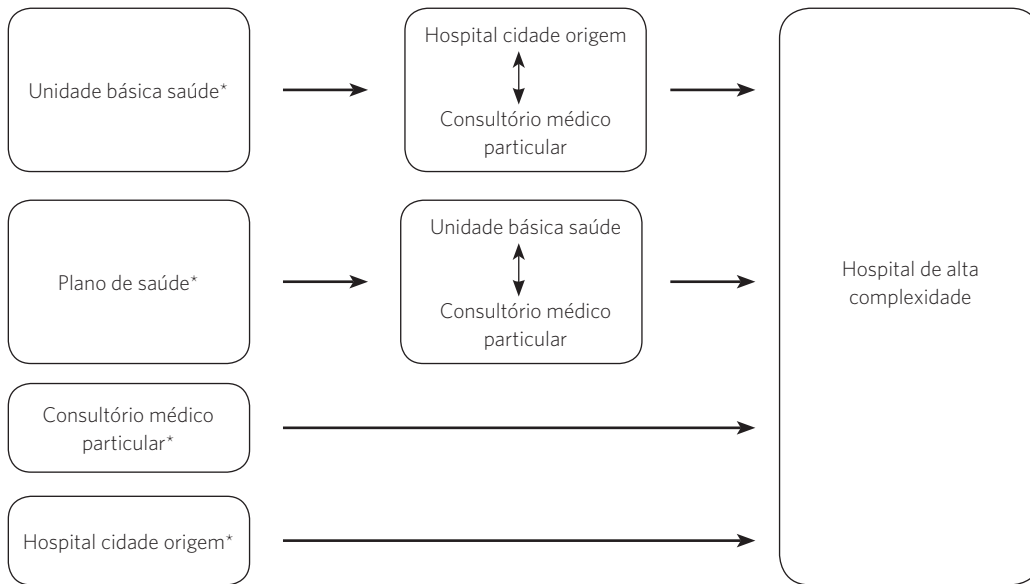
Resultados e discussões

A análise dos dados evidenciou aspectos relevantes para a compreensão da problemática que envolve o fluxo de usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço no contexto estudado, expressando aspectos significativos do modo de orientação do acesso e fluxo desses indivíduos no sistema de saúde, o que permite perceber a fragilidade da integralização do cuidado. Esta constatação assume grande significado frente ao perfil dos usuários entrevistados, em sua maioria, homens idosos, com pouca escolaridade e renda familiar baixa.

Constatou-se que os indivíduos deste estudo desenharam as mais variadas trajetórias terapêuticas na rede de saúde, em uma busca constante por serviços de qualidade e resolutivos para seus problemas. As trajetórias de acesso e os percursos no sistema de saúde dos sujeitos entrevistados estão apresentados na *figura 1*.

A presença de diversas portas de entrada para acesso ao sistema de saúde, bem como de distintos fluxos percorridos pelos usuários, observados por meio deste fluxograma, é corroborada pelos depoimentos:

Figura 1. Representação da trajetória/fluxo realizados pelos diferentes entrevistados.



Fonte: Elaboração própria.

Nota: * Portas de entrada no Sistema de Saúde utilizadas pelos entrevistados

Fala com um, fala com outro (...) fui consultar com o doutor pelo SUS, que disse que eu deveria ir pro especialista. Então o especialista disse que era um carocinho que eu tinha do lado direito da garganta e me encaminhou aqui pro hospital universitário pra fazer a cirurgia. (E15).

Consultei três vezes no postinho com o médico de lá (...) mas como estava muito demorado, consultei particular com o médico. Aí ele me baixou no hospital da minha cidade e depois me encaminhou pra cá, no hospital universitário. (E03).

A maioria dos entrevistados obteve a confirmação do diagnóstico de neoplasia de cabeça e pescoço no hospital de alta complexidade, sendo que o período entre a realização da primeira consulta e a confirmação do diagnóstico variou de menos de um mês até aproximadamente um ano:

Em agosto de 2010, percebi a voz rouca, dificuldade para engolir e um pouco de dor. Procurei o médico do posto de saúde, que não achou nada. Dois meses depois voltei lá e o médico pediu uma biópsia. Então ele me encaminhou aqui pro hospital universitário e, em fevereiro de 2011, foi a primeira consulta, quando a doutora disse que eu tinha câncer (E05).

Outro aspecto que despertou a atenção em grande parte das entrevistas foi o atravessamento do setor privado em algum momento do tratamento:

Pelo SUS demorava demais, então fomos logo marcar particular (E02).

De vez em quando, a gente paga particular para não esperar pelo SUS, eu não tenho convênio (E11).

O doutor lá deu uma agilizada, foi tudo pelo SUS, só aquela consulta que ninguém acertava, aí a gente fez no consultório particular (E14).

Constatou-se também que todos os usuários entrevistados que afirmaram ter feito uso de serviços particulares de saúde em algum momento do tratamento retornaram ao sistema público de saúde para a realização de procedimentos de alta complexidade, que apresentam elevado custo financeiro:

Meu filho perguntou pro médico quanto que sairia para fazer particular, porque pelo SUS é muito demorado. Aí o médico falou e nem falamos mais nisso, porque ia custar muito caro (E07).

Em relação às facilidades e dificuldades vivenciadas desde o primeiro contato com os serviços de saúde para investigação da neoplasia até o momento da entrevista, a questão mais presente foi o tempo de espera para a realização do tratamento após a confirmação do diagnóstico:

Demorou uns quantos meses pra fazer a cirurgia. A papelada (exames) já tinha sido encaminhada, mas nunca chamavam, nunca dava, nunca dava (E13).

A gente já veio pra cá não sei quantas vezes, uma pra fazer exames, a outra pra fazer biópsia, nunca as coisas são no mesmo dia. Aí o tempo vai passando e eu estou ainda escarando sangue (E12).

Esperar a gente tem que esperar. Eu sei que tudo tem que ter calma (E01).

Também, através dos depoimentos, foi possível perceber que o fluxo de atenção a esses usuários foi interrompido no momento do acesso ao hospital de alta complexidade, inexistindo o retorno às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e/ou Estratégias de Saúde da Família (ESF) de origem para continuidade

do tratamento, estabelecendo vínculo com a instituição hospitalar e revelando um serviço ineficaz de referência e contrarreferência:

Não voltei mais pra unidade básica, só para o transporte. Porque agora é só com os médicos daqui, daí lá é só o transporte (E08).

Acho que eles (unidade básica) não precisam saber que me trato aqui no hospital universitário (E17).

As neoplasias de cabeça e pescoço, assim como as demais condições crônicas, demandam a ação integrada de diferentes profissionais e serviços em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, numa rede efetiva de serviços, com garantia de continuidade dos cuidados (SERRA; RODRIGUES, 2010).

O perfil dos sujeitos da pesquisa corresponde aos dados disponíveis na literatura (DOBROSSY, 2005; FAVERO ET AL., 2007), que indicam que a incidência do câncer de cabeça e pescoço aumenta com a idade, principalmente a partir da sexta década de vida. A maioria das pesquisas reporta associação entre piores condições socioeconômicas e neoplasia de cabeça e pescoço (BOING; ANTUNES, 2011). As diversas situações elucidadas pelos entrevistados permitiram perceber que o fluxo desestruturado no sistema de saúde torna-se extremamente problemático a esses usuários, o que exige melhor compreensão de suas trajetórias na rede de saúde e reconhecimento de possíveis empecilhos e dificuldades.

Apesar de as constantes descobertas científicas possibilitarem melhores perspectivas no curso terapêutico dos agravos neoplásicos de cabeça e pescoço, ainda é complexo o modo de acesso a esses benefícios. A população, muitas vezes, não consegue ter acesso à rede de saúde e, quando o tem, com certa frequência, apresenta serviços com pouca resolutividade (FIREMAN, 2007). Essas dificuldades foram refletidas neste estudo, ao constatar que os indivíduos realizaram uma

verdadeira ‘peregrinação’ pela rede de saúde, construindo as mais variadas trajetórias terapêuticas na busca de serviços de qualidade e resolutivos para seu problema.

A análise do fluxograma apresentado permite inferir que não houve fluxo ordenado para acesso ao sistema de saúde, no contexto analisado, destacando-se a multiplicidade de portas de entradas. A Atenção Básica, aqui representada pelas Unidades Básicas de Saúde e/ou Estratégias de Saúde da Família, não efetivou plenamente o seu papel como principal porta de entrada do sistema, uma vez que muitos usuários o acessaram por meio de serviços particulares ou, até mesmo, de instituições hospitalares.

Assim, percebe-se que para garantir acesso aos serviços de saúde, de forma equânime e de acordo com a necessidade do usuário, não são suficientes apenas os aspectos técnicos dos protocolos assistenciais. Embora sejam necessários, é preciso também reorientar as relações entre os envolvidos no trabalho em saúde nos diversos pontos da rede de atenção (BADUY, 2011). Para que isso ocorra, torna-se necessário pensar novos fluxos e circuitos na rede de saúde, desenhados a partir dos movimentos reais dos usuários, dos seus desejos e necessidades e da incorporação de novas tecnologias de trabalho e gestão que consigam viabilizar a construção de um sistema de saúde mais humanizado e comprometido com a vida das pessoas (CECÍLIO, 1997).

Foi possível perceber, através das entrevistas, que não se exploraram todas as possibilidades diagnósticas e terapêuticas na porta de entrada do sistema de saúde, bem como dos demais níveis de atenção, já que grande parte dos diagnósticos foi confirmada após o acesso ao hospital de alta complexidade. Muitos encaminhamentos feitos por médicos da rede básica a especialistas talvez fossem desnecessários se os recursos assistenciais disponíveis na unidade básica houvessem sido esgotados (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004). Contudo, as entrevistas revelaram o fluxo desordenado de encaminhamentos

entre profissionais, percebendo-se, em diversas circunstâncias, o usuário perdido no sistema, sem um acompanhamento da sua condição de saúde de maneira integral.

A principal dificuldade relatada pelos entrevistados - o grande período de espera entre o momento do diagnóstico e o início do tratamento - reflete um modelo de estruturação piramidal organizado por níveis hierárquicos de serviços, pautado na concepção restrita de saúde predominantemente hospitalocêntrica, setorializada e fragmentada, na qual os distintos locais de atenção trabalham isoladamente e não oferecem atenção contínua à população (MENDES, 2002).

Somado a isso, um aspecto denunciado pela maioria dos depoimentos diz respeito ao atravessamento do setor privado, não como complemento ao SUS, mas contrariando os princípios da Política Nacional de Regulação do SUS, consolidada por meio da Portaria 1.559/GM/2008 (BRASIL, 2008a), que visa, dentre outros: garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada; garantir os princípios da equidade e da integralidade; elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação; diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência; construir e viabilizar as grades de referência e contrarreferência.

As falas denotam que os modelos vigentes de estruturação do sistema de saúde analisado são, em verdade, um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento, por diversos circuitos de interesses, destacando-se os dos serviços privados, impactando em uma naturalização de fluxos de atenção e gestão que ferem os princípios do SUS. São modelos de fluxos construídos a partir de múltiplos protagonismos, interesses e sentidos que refletem o modelo de sistema desarticulado que induz à ausência de responsabilização diante de casos concretos, acarretando custos crescentes e atraso no acesso a tratamentos essenciais para um melhor prognóstico da doença (CAMPOS; AMARAL, 2007; CECÍLIO; MERHY, 2003).

Essa constatação leva a alguns questionamentos: será que os usuários que não tiveram possibilidade de contato com serviços particulares conseguiram acessar o Sistema Único de Saúde? Afinal, quem realmente tem acesso aos serviços públicos de saúde em nosso país? O texto da Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) afirma ser dever do Estado garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. Porém, a política de saúde, concretizada por meio do SUS como política pública de caráter universal, é frequentemente questionada no sentido de sua real capacidade de atingir a parcela da população mais necessitada (RIBEIRO ET AL., 2006).

A reprodução desse modelo excludente e fragmentado é corroborada pelo fato de os usuários não retornarem às suas UBS e/ou ESF de referência para dar continuidade ao tratamento, estabelecendo vínculo exclusivamente com a instituição hospitalar de alta complexidade, percebendo-se a fragilidade do sistema de saúde de trabalhar em rede articulada e integrada. Os sujeitos desta pesquisa apontaram um sistema desarticulado e fragmentado, insuficiente para suprir suas necessidades de saúde, voltado predominantemente aos aspectos curativos e individuais, sendo incapaz de operar a complexidade do cuidado.

Conforme Cecílio (2001), é essencial o cuidado integral a todos os usuários, em que cada profissional e cada serviço de saúde execute suas ações, considerando a totalidade do sujeito numa perspectiva de ações integradas. O conceito de integralidade, segundo Hartz e Contandriopoulos (2004), pressupõe estreita relação com a integração de serviços por meio de redes assistenciais e de interdependência dos atores e organizações, destacando-se que nenhum deles dispõe de todos os recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde da população. Não basta formular sistemas de informação, fluxogramas, protocolos e normas. É necessário efetua-los cotidianamente, na interação entre os

diversos serviços, com aqueles que ali estão presentes, sejam eles gestores, trabalhadores ou usuários (BADUY ET AL., 2011).

O cuidado em saúde, segundo Cecílio e Merhy (2003), deve ser entendido como somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais, que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada entre os vários atores envolvidos, incluindo o usuário. Dessa maneira, configura-se uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas, saberes, num processo dialético de complementação, sendo a integralidade da atenção resultante da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores e serviços.

Para Feuerwerker e Cecílio (2007), a integralidade só pode ser obtida em rede, atravessando os diversos serviços e tecnologias de saúde, por meio da linha de cuidado, implicando conexões e comunicações fundamentais para o bom desempenho do SUS (CECÍLIO; MERHY, 2003). Linhas de cuidado são estratégias que podem ser definidas como políticas de saúde matriciais que integram ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou às necessidades individuais (BRASIL, 2008b).

Cecílio e Merhy (2003) defendem que a linha de cuidado deve atravessar inúmeros serviços de saúde, via um grande pacto realizado entre todos os atores envolvidos, sendo o usuário o elemento estruturante de todo processo de produção da saúde. A adoção dessa estratégia objetiva evitar a fragmentação dos serviços de saúde no acompanhamento de usuários, por meio de fluxos organizados, garantindo à população integralidade, acesso ao sistema e às ações de saúde segundo suas necessidades, de modo que o usuário seja realmente o ponto central do SUS, em lugar dos serviços e procedimentos.

Entretanto, as declarações dos usuários entrevistados denotam fragilidades quando o sistema de saúde não funciona em rede integrada, percebendo-se muitos entraves e

interrupções em suas trajetórias no sistema. A situação encontrada, em síntese, contribui para uma menor resolutividade das ações em saúde, com possível agravamento das condições de saúde desses indivíduos, piorando sua qualidade de vida, além de sobrecarregar os serviços de maior complexidade do SUS. Mais do que um sistema, diversos autores (CECÍLIO; MERHY, 2003; CECÍLIO, 2001; CAMPOS; DOMITTI, 2007) defendem que se deve pensar em uma rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços que operem distintas tecnologias de saúde e que sejam acessados de forma desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos que deles necessitam.

Frente ao exposto, a organização de linhas de cuidado deve se pautar na produção de um pacto na rede assistencial, integrando todos os recursos disponíveis por meio de fluxos capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência. A linha de cuidado é fruto desse pacto realizado entre todos os atores que controlam os serviços e recursos assistenciais (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004).

A integralidade da atenção por meio da linha de cuidado é essencial para gerar resolutividade do cuidado em saúde aos usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço. Esses sujeitos necessitam de cuidado amplo, cujas as práticas não se limitem apenas a diagnóstico e tratamento, sendo necessária a abrangência das suas diversas necessidades, em sua singularidade como sujeito e cidadão de direitos.

São imprescindíveis à construção de caminhos para a integralidade do cuidado a articulação de ações, serviços e políticas públicas de saúde e a criação de estratégias inovadoras nos campos da gestão e atenção em saúde, repercutindo positivamente na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. É tarefa e desafio de todos os envolvidos no campo da produção em saúde refletir e enfrentar essa temática de modo crítico, na busca de um agir comprometido com a mudança dos modelos de gestão e atenção em saúde que (re) conduza os processos de produção de práticas ao eixo

orientador, que são os princípios e diretrizes do SUS (MANFROI, 2007).

Considerações finais

Por meio dos resultados apresentados, foi possível obter um panorama sobre o fluxo de usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço nos diversos níveis de atenção e gestão do sistema de saúde analisado, e a maneira como este responde às demandas. A pesquisa revelou a existência de deficiências no que diz respeito às condições operacionais necessárias à integração dos diversos níveis de complexidade do sistema, com conseqüente desarticulação e fragmentação no cuidado a esses indivíduos.

Também foi possível evidenciar a influência que os modos de acesso e modelos de estruturação dos serviços têm sobre o processo de cuidado, evidenciando a necessidade de reorientação por meio da inserção de novas práticas de gestão e atenção em saúde direcionadas à integralidade da atenção nos vários níveis do sistema. Torna-se necessária a criação e implantação de fluxo ordenado, por meio da linha de cuidado, de acesso e atendimento aos sujeitos acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço nos serviços do sistema local de saúde, a fim de tornar a atenção mais resolutiva.

Ressalta-se que este estudo foi realizado apenas em um serviço de saúde, apresentando população referenciada de uma determinada região. Destaca-se, também, como fator limitante, o baixo número de entrevistas realizadas frente ao grande número de usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço. Também deve ser considerado o viés subjetivo das entrevistas, uma vez que a fragilidade provocada pela doença resulta em lembranças de sentimentos evocados com maior ou menor facilidade por diferentes indivíduos, através da memória das experiências vivenciadas.

Assim, este estudo mostrou ser um instrumento capaz de contribuir para a discussão sobre o reordenamento do sistema de saúde local, que abrange usuários acometidos pelos referidos agravos, na tentativa de reconhecê-los em suas especificidades e como cidadãos

portadores de direito à atenção qualificada e integral, por meio de processos contínuos de construção, desconstrução e reconstrução dos modos de fazer e pensar a saúde. ■

Referências

- BADUY, R.S.; FEUERWERKER, L.C.M.; ZUCOLI, M.; BORIAN, J.T. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 2, p.295-304, 2011.
- BOING, A.F.; ANTUNES, J.L.F. Condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática de literatura. *Ciências e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 2, p.615-622, 2011.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n. 1.559*, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*, 2008a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência*. Brasília, 2008b. (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde; Série Pactos pela Saúde 2006, v. 8).
- CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciências e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p.849-859, 2007.
- 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*, v. 23, n. 2, p.339-407, 2007.
- CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, n. 3, p.469-478, 1997.
- _____. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (org.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO, 2001.
- CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO R.; MATTOS R. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ Abrasco, 2003.
- DOBROSSY, L. Epidemiology of head and neck cancer: magnitude of the problem. *Cancer and Metastasis Revista*, n. 24, p. 9-17, 2005.
- FAVERO, E.F. *et al.* Perfil Epidemiológico de paciente da grande São Paulo com carcinoma espinocelular avançado da boca e da orofaringe. *Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*, v. 36, n. 3, p.155-158, 2007.
- FEUERWERKER, L.C.M.; CECÍLIO, L.C.O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p.965-971, 2007.

FIREMAN, T.M.V. *SUS: Avanços, Impasses e Retrocessos*. 2007. Disponível em: <http://www.crp15.org.br/download.php?arquivo=1182434960756.doc>. Acesso em: 3 maio 2011.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. *et al.* (orgs). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, supl.2, p.331-336, 2004.

MENDES, E.V. *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINAYO, M.C.S. *et al.* Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E. (org.). *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde*. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MANFROI, E.M. *Cartografia da reinvenção de uma rede de acolhimento, cuidado e integralidade em saúde*. 2007. Dissertação [Mestrado em Psicologia] – Universidade do Vale dos Sinos, São Leopoldo, 2007.

RIBEIRO, M.C.S.A. *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 11, n. 4, p.1011-1022, 2006.

SERRA, C.G.; RODRIGUES, P.H.A. Avaliação da referência e contra-referência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, supl. 3, p.3579-3586, 2010.

Recebido para publicação em agosto de 2012
Versão final em dezembro de 2013
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Modelo de suporte à decisão aplicado à identificação de indivíduos não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo

Decision support model applied to the recognition of non-adherent individuals to antihypertensive therapy

Amira Rose Costa Medeiros¹, Yana Balduino de Araújo², Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna³, Ronei Marcos de Moraes⁴

¹Doutoranda em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa (PB), Brasil. Professora Assistente do Departamento de Morfologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa (PB), Brasil. amiramedeiros@gmail.com

²Doutoranda em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa (PB) Brasil. Mestre em Enfermagem na Atenção à Saúde pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa (PB) Brasil. yanabalduino@yahoo.com.br

³Pós-Doutorado pela School of Medicine da Yale University - Yale, EUA. Professor Associado do Departamento de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa (PB), Brasil. vianna@ccs.ufpb.br

⁴Pós-Doutorado pela Université Toulouse III Paul Sabatier - Toulouse França. Pós-doutorado em Engenharia Elétrica pela Escola Politécnica da Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil. Professor associado do Departamento de Estatística Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa (PB), Brasil. ronei@de.ufpb.br

RESUMO: Objetivou-se desenvolver um modelo de apoio à tomada de decisão para identificar indivíduos não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo. Propõe-se a utilização de árvore de decisão sobre um banco de dados de adesão ao tratamento envolvendo 118 usuários hipertensos de uma Unidade Básica. A variável de decisão foi a adesão ao tratamento. Incluíram-se 15 atributos preditores, selecionados entre variáveis relacionadas à adesão. Obteve-se como resultado uma árvore capaz de classificar corretamente 87,28% dos indivíduos. O modelo de árvore de decisão proposto auxilia na identificação de usuários não aderentes, de modo a contribuir com as equipes de saúde na abordagem a esses indivíduos.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão; Adesão; Árvores de decisões.

ABSTRACT: *This study aimed at developing a decision-making support model to identify the individuals that do not adhere to the antihypertensive therapy. A decision tree is proposed to be applied on a database of treatment adherence involving 118 hypertensive patients from a Basic Unit of Health. The deciding variable was the adherence to the treatment. Among the variables related to the adherence, 15 predictor attributes were selected. The results arrived to a tree able to correctly classify 87,28% of the individuals. The decision tree model proposed helps in the recognition of non-adherent patients in a way to collaborate with health staff in approaching these individuals.*

KEY WORDS: *Hypertension; Adhesion; Decision Trees.*

Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo e é fator de risco independente para doenças cardiovasculares (RIBEIRO ET AL., 2011). Porém, estima-se que, entre os pacientes em tratamento, 75% a 92% não consigam manter a pressão arterial em níveis satisfatórios (RIBEIRO ET AL., 2012; GREZZANA; STEIN; PELLANDA, 2013).

A aderência ao tratamento anti-hipertensivo é um indicador importante para acompanhar a evolução dos indivíduos que possuem HAS, visto que a não aderência os leva a manter elevados índices de morbimortalidade, com repercussões sociais, econômicas, individuais e familiares (GUERRA, 2012). Piedrahíta, Olarte e Rivas (2013) definem a adesão como sendo o grau de resposta do paciente em relação a seu comportamento diante do uso contínuo da medicação, realização de dieta, alterações no estilo de vida, bem como sua atitude frente às recomendações dadas pelo profissional de saúde. A adesão à terapia anti-hipertensiva ainda é insatisfatória, conforme os estudos de Cavalari *et al.* (2011), Ribeiro *et al.* (2011), Piedrahíta, Olarte e Rivas (2013), e permanece como desafio aos serviços de saúde e às políticas públicas, em especial para a Atenção Primária à Saúde (APS).

Os serviços de saúde devem desenvolver ações de saúde individualizadas para diminuir os riscos de complicações, no caso de doenças de alta prevalência como a hipertensão (PIEDRAHÍTA; OLARTE; RIVAS, 2013). Essas ações podem produzir impactos positivos na condição de saúde da população e, assim, melhoria da qualidade de vida. Dessa forma, para que se planejem ações e estratégias no intuito de melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, tanto o gestor em saúde como o profissional de saúde podem se valer de instrumentos ou modelos de tomada de decisão que subsidiem a identificação de usuários não aderentes o mais precocemente possível, para que se iniciem as intervenções.

A árvore de decisão é uma metodologia de apoio à tomada de decisão que vem sendo utilizada por pesquisadores de diversas áreas, incluindo a saúde. Thomson *et al.* (2005) descreveram o uso de árvore de decisão em programa que avaliava as preferências do indivíduo hipertenso sobre o tratamento e sugeria a melhor opção para o mesmo. Montgomery, Fahey e Peters (2003) utilizaram a mesma técnica para ajudar pacientes na decisão de iniciar ou não o tratamento anti-hipertensivo. Morais *et al.* (2012) desenvolveram um sistema móvel de apoio à decisão médica aplicado ao diagnóstico de asma, Georg (2005) propôs um modelo de rastreamento populacional para diabetes. Gueyffier *et al.* (2012), em seu estudo sobre os métodos de modelagens, sugeriu que especialistas desenvolvessem algoritmos do tipo árvores de decisão para ajudar profissionais a decidir sobre problemas de saúde pública.

Os sistemas de suporte à decisão podem apoiar os profissionais da atenção básica à saúde ao contribuir para a diminuição da ocorrência de casos graves e internações hospitalares com elevado custo. No entanto, não há descrição na literatura da utilização de árvore de decisão aplicada à identificação de indivíduos não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo. O reconhecimento prévio do paciente com tendência a não aderir ao tratamento proporciona às equipes de saúde a possibilidade de priorizar ações educativas específicas, podendo ajudá-los a seguir o tratamento de forma adequada, evitando complicações cardiovasculares (MEDEIROS, 2006). É importante salientar que a maioria dos trabalhos descritos na literatura utiliza testes de autorrelato para o diagnóstico da adesão, embora tais testes não permitam avaliar os fatores preditores, conforme se realiza com a metodologia da árvore de decisão.

Assim, para subsidiar a tomada de decisão dos profissionais de saúde frente ao indivíduo hipertenso, este estudo teve por objetivo elaborar um modelo de suporte à decisão que possa predizer se o usuário é ou não aderente ao tratamento anti-hipertensivo.

Metodologia

Trata-se de um estudo observacional, seccional. Utilizou-se a técnica de entrevista com aplicação de questionário estruturado. A população do estudo foi constituída por usuários hipertensos acompanhados na Unidade de Saúde da Família (USF) Mangabeira IV Ambulantes, no município de João Pessoa – PB no ano de 2005. Para construção da árvore de decisão, utilizou-se o banco de dados oriundo da pesquisa sobre adesão ao tratamento anti-hipertensivo de Medeiros (2006).

A planilha original do estudo dispunha dos dados de 120 pacientes entrevistados no período de 23 de março a 19 de maio de 2005 com diagnóstico de HAS, idade igual ou superior a 18 anos e que aceitaram participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para construção da árvore de decisão, selecionaram-se variáveis relacionadas à adesão medicamentosa e que obtiveram melhores resultados nos testes de correlação ou apresentavam melhor distribuição na amostra do estudo. Incluiu-se um total de 15 variáveis independentes relacionadas às quatro categorias de antecedentes da adesão:

1. Relacionadas ao paciente: sexo [feminino, masculino], faixa etária [até sessenta anos, maior que sessenta anos], condição afetiva [sem companheiro, com companheiro], ocupação [ativo, desempregado ou dependente, aposentado ou pensionista], escolaridade [até ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo ou mais], conhecimento sobre hipertensão [apenas satisfatório, bom, ótimo] e medo do tratamento [sim, não].
2. Relacionadas à doença: tempo de hipertensão [até cinco anos, maior que cinco anos], presença de complicações prévias da hipertensão [sim, não], associação com *Diabetes mellitus* [sim, não] e controle da PA [PA controlada, PA não controlada].

3. Relacionadas à terapêutica: número de medicamentos [um, dois e três ou mais], opinião sobre o número de medicamentos [considera muitos, não considera muitos medicamentos].

4. Relacionadas ao serviço de saúde: participação em ações educativas [participou, não participou] e acesso à USF, caracterizada pela dificuldade em ir ao posto de saúde descrita pelo paciente [tem dificuldade, não tem dificuldade].

É importante destacar que a maioria dessas variáveis foram objetivamente avaliadas, exceto a opinião sobre o número de medicamentos e a dificuldade em ir ao posto de saúde, pois, como esses dados foram colhidos diretamente a partir da opinião do usuário, estão sujeitos a aspectos subjetivos individuais.

Os dados referentes ao controle da PA foram obtidos por meio da verificação dos níveis pressóricos pelo pesquisador durante a coleta de dados. O conhecimento sobre HAS foi avaliado utilizando-se o Teste de Conhecimento descrito por Strelec *et al.* (2003), sendo utilizada a seguinte interpretação para o resultado do teste: conhecimento insuficiente [<5 pontos], satisfatório [5 ou 6 pontos], bom [7 ou 8 pontos] e ótimo [9 ou 10 pontos], para uma pontuação máxima de 10 pontos. A variável de decisão para elaboração do modelo foi a adesão ao tratamento medicamentoso. A classificação da adesão baseou-se na metodologia proposta por Medeiros (2006) de utilizar o autorrelato do paciente como método indireto de avaliação, com baixo custo e fácil aplicabilidade, e que apresentou melhor sensibilidade e acurácia do que o Teste de Morisky Green, à custa de menor especificidade.

O teste proposto por Medeiros (2006) considera atitudes positivas ou negativas perante os seguintes critérios: ficar sem tomar o medicamento por algum motivo, atitude para não ficar sem o medicamento, frequência de esquecimento e atitude ao esquecer o medicamento, que representam o grau de

responsabilidade e compromisso com o tratamento (*quadro 1*). Para cada atitude positiva atribui-se um ponto, ou seja, o indivíduo pode obter de 0 a 4 pontos. Como resultado considera-se aderente o paciente que obteve quatro pontos, ou seja, atitudes positivas nos quatro critérios, e não aderente aqueles que obtiveram 0 a 3 pontos. Assim, utilizou-se o Teste de Medeiros para o diagnóstico da não adesão, e a árvore de decisão, para identificar as variáveis independentes que contribuem para a não adesão.

Após a seleção das variáveis de interesse, elaborou-se um modelo de suporte à tomada de decisão utilizando-se um modelo de árvore de decisão que possibilita criar regras lógicas de decisão a partir de informações disponíveis (TURBAN; ARONSON; LIANG, 2004). É um modelo estatístico que utiliza treinamento supervisionado para a classificação e previsão

de dados. Utiliza uma função que apresenta o banco de dados como um vetor de atributos e uma decisão como valor de saída. Seu funcionamento se dá pela divisão subsequente do conjunto de dados, de forma a separá-lo em um subconjunto homogêneo, com casos de única classe (SATO ET AL., 2013). Pode ser útil na classificação de dados, na predição de saídas e na elaboração de regras de classificação, possibilitando visualização gráfica das decisões e suas consequências (SOARES ET AL., 2013).

A árvore de decisão é uma estrutura semelhante a uma árvore invertida, formada por nós, ramos e folhas. Os nós são as regiões de separação dos dados pelos testes lógicos, sendo o primeiro nó chamado de nó raiz ou nó principal e do qual se originam os nós filhos ou internos. Os ramos são os valores do atributo de saída de um nó que se conectam ao nó filho e as folhas são as regiões associadas

Quadro 1. Critérios para diagnóstico da adesão à terapêutica medicamentosa. Cada atitude positiva representa um ponto. Considera-se aderente o paciente que obtiver quatro pontos, e não aderente, aqueles com pontuação menor ou igual a três.

Critério utilizado	Atitude positiva	Atitude negativa
Ficar sem tomar o medicamento por algum motivo	Nunca ficar sem tomar o medicamento de acordo com a posologia orientada.	Suspender o uso ou reduzir a posologia do medicamento durante um ou mais dias por qualquer motivo: esquecimento, falta da medicação, não achar necessário, medo de tomar a dosagem orientada.
Atitude para não ficar sem o medicamento	Providenciar o medicamento antes de sua falta: (comprar, procurar o serviço de saúde antes do término do medicamento etc.	Não providenciar o medicamento, de forma gratuita ou comprando, substituir o medicamento sem orientação médica, reduzir a posologia para dar mais tempo.
Frequência de esquecimento do horário do medicamento	Nunca ou raramente: até 1 vez por semana.	Duas ou mais vezes por semana.
Atitude ao esquecer o medicamento	Tomar assim que lembra.	Tomar apenas no outro dia ou apenas o do próximo horário, não ficar preocupado por não sentir nada, lembrar-se apenas de tomar o medicamento quando tem algum sintoma.

Fonte: MEDEIROS, 2006

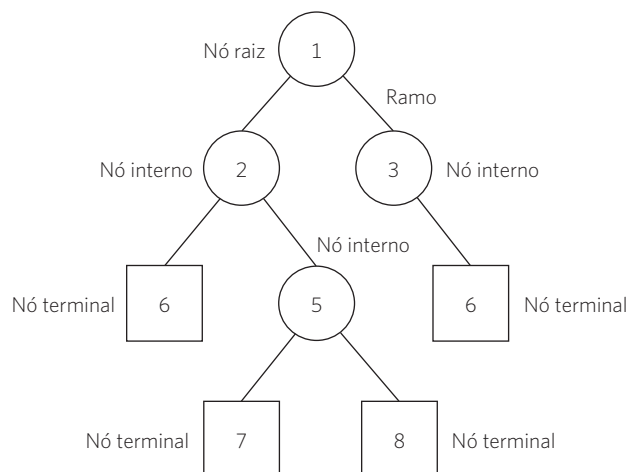
a um rótulo de valor (SATO ET AL., 2013). As informações do banco de dados são apresentadas ao nó inicial da árvore de decisão, que representa um dos atributos [variável decisória]; a depender do resultado lógico, a árvore ramifica-se, gerando decisões que originam duas folhas ou nós internos [intermediários ou decisórios] (SOBRAL, 2003). A partir desse resultado, geram-se novas decisões baseadas em lógica, criando novos nós internos. A repetição desse procedimento ocorre em vários níveis até alcançar um nó terminal que apresenta a variável de decisão. A classificação das variáveis e a identificação dos subconjuntos ocorrem a partir de cálculos de probabilidade das decisões no conjunto do banco de dados e em todos os subconjuntos de variáveis independentes relacionadas à decisão. O cálculo de heterogeneidade nos subconjuntos gerados permite avaliar que variáveis têm maior Ganho de Informação (GI) e participam da formação da árvore no apoio à tomada de decisão. Entre as principais vantagens das árvores de decisão estão a fácil interpretação dos dados, rapidez na geração dos resultados, baixo

custo computacional e admissão de variáveis categóricas e nominais.

Neste estudo obteve-se a árvore de decisão utilizando-se o aplicativo Waikato Environment for Knowledge Analysis (WEKA) versão 3.7.8., seguido da elaboração das regras de decisão. As regras de decisão são representações textuais da árvore, obtidas da estrutura da árvore a partir da identificação dos atributos que conduzem à decisão. Ou seja, percorre-se a árvore a partir do nó raiz, através dos nós internos e ramos em direção ao nó terminal [folha] com a decisão. Este caminho representa um subconjunto homogêneo de variáveis associadas à decisão, permitindo estabelecer uma regra pela intersecção das informações dos nós e ramos.

Aplicou-se a árvore de decisão por sua capacidade em prever as variáveis independentes que conduzem a um determinado desfecho, complementando a informação obtida no Teste de Medeiros (2006) quanto aos atributos da adesão. Após a elaboração da árvore, gerou-se uma matriz de classificação, que é uma medida de qualidade do método. A matriz é

Figura 1. Estrutura geral de uma árvore de decisão.



Fonte: Elaboração própria.

Nota: 1: nó raiz ou principal (com atributo preditivo ou variável decisória). Nós internos ou filhos (com variáveis decisórias de níveis intermediários): 2, 3 e 5. Folhas ou nó terminal (com o valor da variável de decisão): 4, 6, 7 e 8. Ramos são as conexões entre os nós que contêm os valores dos atributos de cada variável decisória.

formada pelos erros e acertos das decisões do modelo e permite avaliar o desempenho da árvore de decisão (BECKMANN, 2010). A estrutura geral de uma árvore de decisão está apresentada na *figura 1*. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba e levou em consideração as observâncias éticas contempladas na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

Resultados

Dos 120 indivíduos incluídos no banco de dados, dois foram excluídos por não apresentarem dados sobre tratamento medicamentoso, ficando a amostra constituída pelos dados referentes a 118 indivíduos. Dentre as 15 variáveis selecionadas como atributos para a árvore, oito foram utilizadas na construção da árvore decisória: dificuldade em ir ao posto de saúde, conhecimento sobre HAS, medo do tratamento, condição afetiva, sexo, ocupação, opinião sobre o número de medicamentos utilizados no tratamento e controle da PA. Não entraram na formação da árvore: faixa etária, escolaridade, tempo de hipertensão, presença de diabetes, complicações prévias da HAS, participação em palestras e número de medicamentos. A metodologia utilizada na elaboração da árvore de decisão seleciona as variáveis que melhor distribuem o conjunto de dados em subconjuntos homogêneos,

envolvendo probabilidade e regras lógicas; portanto a distribuição numérica das categorias em cada variável influencia o resultado obtido e justifica a ausência de algumas variáveis na formação da árvore, já que nem todas são necessárias no processo.

A descrição da frequência das variáveis independentes está descrita no *quadro 2*.

Obteve-se como resultado uma árvore de decisão capaz de classificar corretamente 87,28% dos indivíduos. A matriz de classificação obtida foi a seguinte:

a	b
21	10
05	82

a = aderente, b = não aderente

A matriz de classificação detalha os acertos e erros encontrados na árvore de decisão. Na diagonal principal estão apresentadas as classificações corretas para a variável de decisão, ou seja, 21 acertos entre os 31 pacientes classificados como aderentes e 82 acertos entre os 87 pacientes classificados como não aderentes. O cálculo da classificação correta é feito dividindo-se o total de acertos (103) pelo total de classificações (118), obtendo-se o valor percentual de 87,28%. Como o objetivo do estudo é priorizar a identificação dos indivíduos não aderentes a fim de

Quadro 2. Descrição da frequência das variáveis independentes selecionadas para a composição da árvore de decisão e da variável decisória -adesão ao tratamento

Variável	N	%	Variável	N	%
Sexo			Ocupação		
Feminino	87	73,7	Ativo	27	22,9
Masculino	31	26,3	Desempregado/Dependente	31	26,3
			Aposentado/Pensionista	59	50,0

Quadro 2. (cont.)

Variável	N	%	Variável	N	%
Faixa etária			Complicações prévias de HAS		
Até 60 anos	64	54,3	Sim	64	54,2
> 60 anos	54	45,7	Não	54	45,8
Condição afetiva			Presença de <i>Diabetes mellitus</i>		
Sem companheiro	46	39,0	Sim	19	16,1
Com companheiro	72	61,0	Não	99	83,9
Escolaridade			Tempo de HAS		
Analfabeto/Até ensino fundamental incompleto	94	79,7	Até 5 anos	52	44,1
Ensino fundamental completo ou mais	24	20,3	> 5 anos	66	55,9
Dificuldade para ir à USF			Número de medicamentos em uso		
Sim	38	32,2	Um	51	43,2
Não	80	67,8	Dois	46	39,0
			Três ou mais	21	17,8
Participação em ações educativas			Considera muitos medicamentos		
Sim	57	48,3	Sim	41	34,7
Não	61	51,7	Não	77	65,3
Conhecimento sobre HAS			Medo do tratamento medicamentoso		
Insuficiente	0	0,0	Sim	18	15,3
Satisfatório	17	14,4	Não	100	84,7
Bom	68	57,6			
Ótimo	33	28,0			
Controle da PA			Adesão ao tratamento		
Sim	69	58,5	Aderente	31	29,3
Não	49	41,5	Não aderente	87	73,7

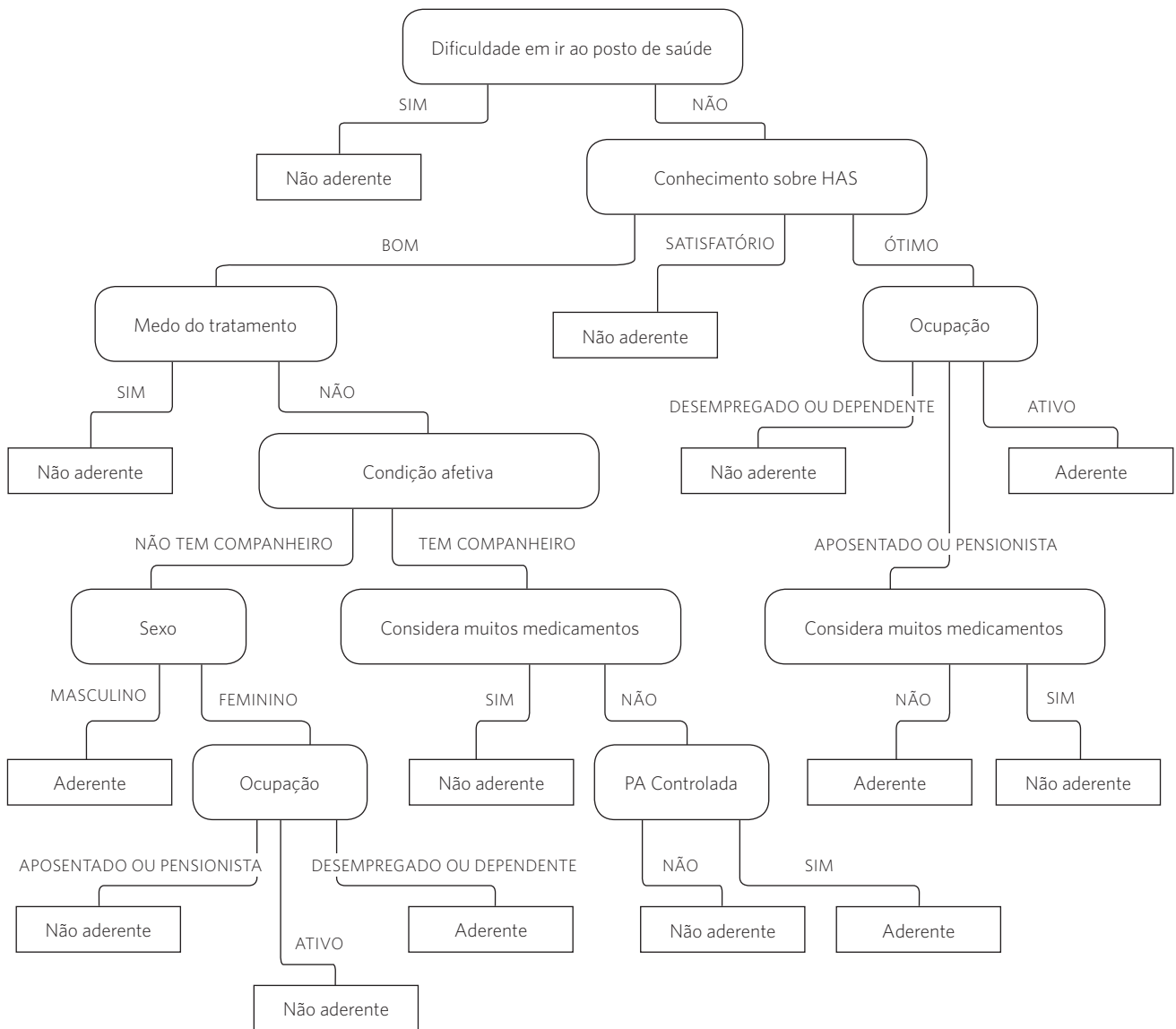
Fonte: MEDEIROS, 2006.

tomar decisões que possam melhorar a adesão e o controle da PA nesse grupo, observou-se que ocorreu erro na classificação de apenas cinco pacientes não aderentes que foram considerados aderentes (5,7%). Esse resultado mostrou-se adequado, com baixo

índice de resultados falso positivos para adesão com a classificação pela árvore de decisão. A estrutura da árvore de decisão está apresentada na *figura 2*.

O modelo da árvore de decisão obtido permitiu extrair 22 regras de decisão para a

Figura 2. Árvore de decisão para identificação do paciente não aderente ao tratamento anti-hipertensivo.



Fonte: Elaboração própria.

amostra estudada, descritas no *quadro 3*. As regras de decisão obtidas confirmam a relevância das variáveis utilizadas como decisórias no desfecho da adesão ao tratamento. As variáveis mais próximas da raiz da árvore

têm maior importância na separação e identificação dos grupos de pacientes aderentes e não aderentes. Nesse contexto, ressalta-se a relevância do acesso como a variável decisória principal, caracterizada neste estudo

Quadro 3. Regras de decisão elaboradas a partir da árvore de decisão: o atributo é a condição necessária (SE) e a decisão (ENTÃO) é o resultado obtido na variável de decisão

Atributo	Decisão
1 SE o paciente tem dificuldade para ir ao posto de saúde	ENTÃO ele é não aderente
2 SE o paciente não tem dificuldade para ir ao posto de saúde	ENTÃO deve-se considerar seu conhecimento sobre HAS
3 SE o paciente não tem dificuldade para ir ao posto de saúde e tem conhecimento sobre HAS apenas satisfatório	ENTÃO ele é não aderente
4 SE o paciente não tem dificuldade para ir ao posto de saúde e tem conhecimento sobre HAS bom	ENTÃO deve-se considerar o medo do tratamento
5 SE o paciente não tem dificuldade para ir ao posto de saúde, tem conhecimento sobre HAS bom e tem medo do tratamento	ENTÃO ele é não aderente
6 SE o paciente não tem dificuldade para ir ao posto de saúde, tem conhecimento sobre HAS bom e não tem medo do tratamento	ENTÃO deve-se considerar sua condição afetiva
7 SE o paciente não tem dificuldade para ir ao posto de saúde, tem conhecimento sobre HAS bom, não tem medo do tratamento e não tem companheiro	ENTÃO deve-se considerar o sexo
8 SE o paciente não tem dificuldade para ir ao posto de saúde, tem conhecimento sobre HAS bom, não tem medo do tratamento, não tem companheiro e é do sexo masculino	ENTÃO ele é aderente
9 SE o paciente não tem dificuldade para ir ao posto de saúde, tem conhecimento sobre HAS bom, não tem medo do tratamento, não tem companheiro e é do sexo feminino	ENTÃO deve-se considerar sua ocupação
10 SE o paciente não tem dificuldade para ir ao posto de saúde, tem conhecimento sobre HAS bom, não tem medo do tratamento, não tem companheiro, é do sexo feminino e é desempregado ou dependente	ENTÃO ele é aderente
11 SE o paciente não tem dificuldade para ir ao posto de saúde, tem conhecimento sobre HAS bom, não tem medo do tratamento, não tem companheiro, é do sexo feminino e é ativo ou aposentado ou pensionista	ENTÃO ele é não aderente

Quadro 3. (cont.)

Atributo	Decisão
12 SE o paciente não tem dificuldade para ir ao posto de saúde, tem conhecimento sobre HAS bom, não tem medo do tratamento e tem companheiro	ENTÃO deve-se considerar sua opinião sobre o número de medicamentos utilizados
13 SE o paciente não tem dificuldade para ir ao posto de saúde, tem conhecimento sobre HAS bom, não tem medo do tratamento, tem companheiro e considera muito o número de medicamentos utilizados	ENTÃO ele é não aderente
14 SE o paciente não tem dificuldade para ir ao posto de saúde, tem conhecimento sobre HAS bom, não tem medo do tratamento, tem companheiro e não considera muito o número de medicamentos utilizados	ENTÃO deve-se observar o controle da PA
15 SE o paciente não tem dificuldade para ir ao posto de saúde, tem conhecimento sobre HAS bom, não tem medo do tratamento, tem companheiro, não considera muito o número de medicamentos utilizados e tem PA controlada	ENTÃO ele é aderente
16 SE o paciente não tem dificuldade para ir ao posto de saúde, tem conhecimento sobre HAS bom, não tem medo do tratamento, tem companheiro, não considera muito o número de medicamentos utilizados e não tem PA controlada	ENTÃO ele é não aderente
17 SE o paciente não tem dificuldade para ir ao posto de saúde e tem conhecimento sobre HAS ótimo	ENTÃO deve-se considerar sua ocupação
18 SE o paciente não tem dificuldade para ir ao posto de saúde, tem conhecimento sobre HAS ótimo e é ativo	ENTÃO ele é aderente
19 SE o paciente não tem dificuldade em ir ao posto de saúde, tem conhecimento sobre HAS ótimo e é desempregado ou dependente	ENTÃO ele é não aderente
20 SE o paciente não tem dificuldade para ir ao posto de saúde, tem conhecimento sobre HAS ótimo e é aposentado ou pensionista	ENTÃO deve-se considerar sua opinião sobre o número de medicamentos utilizados
21 SE o paciente não tem dificuldade para ir ao posto de saúde, tem conhecimento sobre HAS ótimo, é aposentado ou pensionista e considera muito o número de medicamentos utilizados	ENTÃO ele é não aderente
22 SE o paciente não tem dificuldade para ir ao posto de saúde, tem conhecimento sobre HAS ótimo, é aposentado ou pensionista e não considera muito o número de medicamentos utilizados	ENTÃO ele é aderente

Fonte: Elaboração própria.

pela dificuldade em ir ao posto de saúde, pois identifica, em termos estatísticos, um subgrupo de pacientes não aderentes quando há essa dificuldade.

Discussão

A árvore de decisão é um modelo de apoio à tomada de decisão prático e útil pela facilidade de compreensão e organização visual. Além de mostrar as variáveis independentes que conduzem à decisão em cada situação, permite confirmar a importância dos antecedentes relacionados à adesão ao tratamento. Vale ressaltar que a apresentação da árvore de decisão pode se modificar com pequenas alterações na entrada dos dados, o que torna importante considerar aquela cuja porcentagem de acertos elevada esteja associada à capacidade de ser explicada na prática clínica, ou seja, as regras obtidas devem ser claras e as decisões devem estar relacionadas aos atributos utilizados. Alguns atributos apresentados para elaboração da árvore não foram utilizados na sua construção, o que não significa que não tenham importância clínica, mas que na subdivisão dos conjuntos, até se formarem subgrupos homogêneos, alguns atributos não tiveram peso para gerar um plano de separação.

As variáveis que compuseram a árvore de decisão têm papel reconhecido em estudos prévios (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010). A dificuldade em ir ao posto de saúde, que foi a variável decisória do nó raiz, remonta à importância do acesso, seja ele de caráter geográfico ou funcional, ressaltando o papel do funcionamento adequado das USFs. Estudos que tratam a questão, como o de Halfoun *et al.* (2012), reforçam que esses serviços desenvolvem ações educativas, conhecem de perto a realidade de vida da população e têm buscado melhorar o acesso desses pacientes. Teixeira e Coelho (2004), em estudo envolvendo 177 indivíduos hipertensos, identificaram como fatores que dificultam a adesão: o

número reduzido de consultas/ano, grande intervalo entre as consultas, deficiências na orientação médica durante a consulta, desabastecimento de medicamentos no serviço e pouco envolvimento dos pacientes no programa de apoio ao hipertenso.

É importante destacar o papel dos gestores na garantia do acesso aos serviços de saúde e das condições de trabalho nas USFs para que se atendam as demandas de necessidades desses usuários, como forma de acolhimento e motivação, estimulando-se seu envolvimento no tratamento e realizando-se abordagem conjunta entre usuários e profissionais de saúde. Embora no estudo de Medeiros (2006) tenham sido envolvidos outros fatores relacionados ao acesso, como agendamento, periodicidade das consultas e facilidade em verificar a pressão arterial, apenas a citação pelo usuário em 'ter dificuldade em ir à USF' esteve correlacionada com a adesão ao tratamento nos testes de associação, sendo, por isso, selecionada para a construção da árvore de decisão. Isso remete a outras considerações subjetivas possivelmente envolvidas na condição de acesso e que podem ser alvo de outros estudos.

Com relação ao sexo e à atividade laboral, estudo realizado por Alfonso, Agramonte e Veá (2003) encontrou melhor adesão no sexo feminino, sem vínculo laboral, o que se repetiu na regra 10 da árvore de decisão deste estudo.

O conhecimento sobre HAS revela ser fator importante na adesão, refletindo que o grupo com menos conhecimento é aquele que também não adere ao tratamento. Embora a maior parte da amostra tenha conhecimento bom ou ótimo, como não havia pacientes com conhecimento insuficiente na amostra, aqueles com conhecimento apenas satisfatório (pior resultado) apresentaram-se não aderentes. Gascon *et al.* (2004) descobriram, em estudo qualitativo, que o principal fator para a não aderência ao tratamento foi o desconhecimento sobre a HAS, em consequência de consultas médicas não

satisfatórias. Moreno *et al.* (2004) também descreveram a importância da educação dos hipertensos quanto às consequências a curto e longo prazo e os benefícios do tratamento. No entanto, o acesso isolado à informação não determina maior compromisso desses indivíduos com seu tratamento, já que a adesão ao tratamento anti-hipertensivo é complexa e multidimensional (RIBEIRO ET AL., 2011).

Figueredo e Asakura (2010) destacaram que os pacientes, embora demonstrem conhecimento sobre a doença, necessitam do apoio dos familiares, comunicação eficiente entre paciente e profissionais de saúde, bem como de orientações simples e de fácil entendimento para que a adesão seja favorecida. Em estudo realizado por Choo *et al.* (2001), a adesão relacionou-se com a posologia das medicações; no presente estudo, a opinião do paciente quanto ao número de medicamentos foi determinante na adesão, já que aqueles que consideram muitos medicamentos levavam à decisão pelo subgrupo não aderente. A quantidade de medicação e os horários da administração também são fatores que dificultam a adesão, principalmente em idosos hipertensos (BASTOS-BARBOSA ET AL., 2012; FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010). A inclusão do farmacêutico na equipe da USF foi citada em estudos, dado que esse profissional poderia estar em contato com os pacientes e fornecer informações sobre os medicamentos prescritos pelo médico (MORI ET AL., 2010; UNGARI; DAL FABBRO, 2010).

Dentre as variáveis selecionadas que não participaram da árvore destaca-se a faixa etária, considerada fator importante em outros estudos, já que pacientes mais jovens tendem a ser menos aderentes. Santa-Helena, Nemes e Eluf Neto (2010) revelaram que a média de idade dos indivíduos aderentes foi superior à média de idade das pessoas não aderentes, e que pacientes ativos profissionalmente demoravam mais a retornar às consultas.

Neste estudo, a faixa etária não teve relevância na composição do conjunto da árvore e a ocupação foi dependente de outras variáveis, já que os indivíduos ativos eram

não aderentes quando compunham a categoria sexo feminino, sem companheiro, com conhecimento bom sobre HAS, sem medo do tratamento ou dificuldade para ir ao posto de saúde. Porém, quando os indivíduos ativos tinham conhecimento ótimo sobre HAS, mostravam-se aderentes ao tratamento. Esse resultado exemplifica uma das limitações das árvores de decisão, pois as regras produzidas levam a uma sequência hierarquizada, e durante as ramificações algumas variáveis podem ser reinseridas na composição da árvore, levando a outras regras quando associadas a outro contexto de variáveis.

O tempo de diagnóstico de HAS também não entrou na composição da árvore, e os estudos são controversos, porque alguns descrevem redução na adesão após o primeiro ano de tratamento (BOVET ET AL., 2002) e outros relatam que o tempo médio de tratamento dos não aderentes é menor do que o dos aderentes (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010). Ungari e Dal Fabbro (2010) descreveram a importância do número de medicamentos na adesão ao tratamento. Neste trabalho, a variável que constou na árvore de decisão não foi o número de medicamentos usados, mas a opinião do usuário quanto a este número e se considerava muito ou não; esse dado é importante, porque reflete a subjetividade do indivíduo com relação aos conceitos envolvidos no tratamento.

O manejo das doenças crônicas, como a hipertensão, requer do paciente a participação ativa na promoção da sua saúde e prevenção de agravos. As atividades típicas desse manejo incluem estilo de vida saudável, prevenção das complicações e aderência ao plano de tratamento (OPAS, 2013). Diferentemente das doenças agudas de tratamento por curto tempo, as doenças crônicas requerem maior envolvimento do indivíduo no longo prazo; por isso, diversos fatores motivacionais subjetivos estão envolvidos no processo de adesão. Para que tal manejo seja viável, a formação de redes de interação entre profissionais de saúde, familiares e outros hipertensos é fundamental.

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é prioridade do Ministério da Saúde na reorganização da atenção primária e tem se mostrado adequada para o manejo da doença cardiovascular e na intermediação de mudanças de hábitos de vida de pessoas portadoras de hipertensão (RIBEIRO *ET AL.*, 2011). Por isso, o reconhecimento precoce de hipertensos não aderentes ao tratamento é fundamental para intervenções focadas nas dificuldades e particularidades de cada indivíduo. A árvore de decisão produzida mostra-se como ferramenta que pode auxiliar na identificação dos indivíduos não aderentes e ser utilizada na triagem de usuários potencialmente propensos a não aderirem corretamente à terapêutica medicamentosa, permitindo atitude de alerta dos profissionais de saúde no manejo desses usuários. Na utilização da árvore, parte-se das questões da variável do nó raiz em direção às folhas e consegue-se decidir rapidamente se o indivíduo pertence ao grupo aderente ou não aderente. Ressalta-se que as variáveis da árvore de decisão proposta são facilmente obtidas junto ao paciente durante a consulta; porém, é importante que cada serviço de saúde estabeleça o perfil de seus usuários e determine as variáveis que melhor reflitam a realidade local, visto que os antecedentes da adesão são numerosos e envolvem aspectos socialmente complexos, e que não se pode limitar apenas às variáveis da árvore de decisão produzida.

Considerações finais

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo continua a ser uma limitação ao controle efetivo da pressão arterial, e a identificação dos indivíduos não aderentes pode minimizar esse problema. Este estudo ratifica a

importância das variáveis sócio-demográficas e culturais relacionadas à adesão. A árvore de decisão é uma ferramenta estatística que auxilia a tomada de decisão na identificação de pacientes não aderentes ao tratamento, apresenta baixo custo e fácil aplicabilidade e pode ser utilizada como um modelo de suporte à decisão pelos gestores de saúde e pelas equipes que atuam diretamente na Atenção Primária à Saúde. No entanto, não deve ser o único método utilizado pelos profissionais da saúde para identificar pacientes não aderentes e, conseqüentemente, tomar decisões relacionadas ao processo de cuidado, visto que o processo saúde-doença é permeado por subjetividades, particularidades e outros fatores que são difíceis de mensurar e que influenciam diretamente o processo decisório do paciente em relação à sua condição de saúde.

A dificuldade em comparecer ao posto de saúde foi variável importante na identificação dos indivíduos não aderentes, conforme revelado pela árvore de decisão, visto que todos os pacientes que informaram ter dificuldades de acesso à USF eram não aderentes ao tratamento. No entanto, esse aspecto carece de maior aprofundamento pela possibilidade de envolver aspectos motivacionais do próprio paciente e questões relacionadas à organização dos serviços de saúde na oferta do cuidado, dentre outros aspectos de gestão dos serviços que transcendem o plano das variáveis mensuradas neste estudo.

Enfim, sugere-se que o desenvolvimento de ações de saúde que promovam o acesso do usuário hipertenso aos serviços de saúde permitirá ao usuário abordagem integral, de modo a otimizar a adesão ao tratamento e ao controle da PA, com conseqüente melhora na qualidade de vida e impacto positivo na redução da morbimortalidade. ■

Referências

- ALFONSO, L.M. ; AGRAMONTE, M.S. ; VEA, H.D.B. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico em pacientes hipertensos. *Rev Cubana Méd Gen Integr* v. 19, n. 2, Ciudad de La Habana, Mar./Apr. 2003.
- BASTOS-BARBOSA, R.G. *et al.* Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. *Arq. Bras. Cardiol.* v. 99, n.1, p:636-641, 2012.
- BECKMANN, M. *Algoritmos genéticos como estratégia de pré-processamento em conjuntos de dados balanceados.* Dissertação de Mestrado em Engenharia Civil. UFRJ/COPPE. Rio de Janeiro, 2010.
- BOVET, P. *et al.* Monitoring one-year compliance to antihypertension medication in the Seychelles. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 80, p. 33-9, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde.** Resolução nº 196/96, 10 de outubro de 1996 – dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.
- CAVALARI, E. *et al.* Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. *Rev. Enferm.* V. 20, n. 1, p.67-72, Rio de Janeiro, 2012.
- CHOO, P.W. *et al.* A cohort study of possible risk factors for over-reporting of antihypertensive adherence. *BMC Cardiovascular Disorders*, London, v. 1, n.6, Dec., 2001.
- FIGUEIREDO, N.N., ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. *Revista Acta Paulista de Enfermagem.* v. 23, n.6, p.782-787, 2010.
- GASCON, J.J. *et al.* Why hypertensive patients do not comply with the treatment: results from a qualitative study. *Fam Pract*, Espanha, v. 21, n. 2, p. 125-30, Apr. 2004.
- GEORG, A.A. *et al.* Análise econômica de programa para rastreamento do diabetes mellitus no brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 39, n. 3, p: 452-460, 2005.
- GREZZANA, G.B.; STEIN, A.T.; PELLANDA, L.C. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial por meio da monitorização ambulatorial de 24 horas. *Arq Bras Cardiol*, v. 100, n.4, p.355-361, 2013.
- GUERRA, E.H. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión. *Avances en Enfermería.* v.xxx, n. 2, p: 67-75, mayo-agosto. 2012.
- GUEYFFIER, F. Contribution of modeling approaches and virtual populations in transposing the results of clinical trials into real life and in enlightening public health decisions. *Thérapie.* v.67, n. 4, p:367-374, 2012.
- HALFOUN, V.L.R.C. *et al.* Aderência ao tratamento da hipertensão em uma unidade básica de saúde. *Revista Atenção Primária à Saúde.* v.15, n. 1, p:14-20, Jan./Mar., 2012.
- MEDEIROS, A.R.C. *Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade de saúde da família de João Pessoa-PB.* Dissertação de Mestrado. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.
- MONTGOMERY, A.A., FAHEY, T., PETERS, T.J. A factorial randomised controlled trial of decision analysis and an information video plus leaflet for newly diagnosed hypertensive patients. *British Journal of General Practice*, v. 53, n.491, p:446-453, 2003.
- MORAIS, D.C.S.M. *et al.* Sistema Móvel de Apoio a Decisão Médica Aplicado ao Diagnóstico de Asma – InteliMED. *VIII Simpósio Brasileiro de Sistemas de Informação (SBSI 2012)* Trilhas Técnicas. Disponível em:<http://www.lbd.decc.ufmg.br/bdbcomp/servlet/Trabalho?id=11338D>. Acesso em 12 set 2013.
- MORENO, R.M.C. *et al.* Hipertensión arterial: respuesta inadecuada al tratamiento médico vs paciente. *Rev. Medicina*, v.10, n.1, 2004.
- MORI, A.L.M.P. *et al.* Pharmaceutic guidance to hypertensive patients at USP University Hospital: effect on adherence to treatment. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences.* v.46, n.2, p.:353-361, Abr./Jun. 2010.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICA DE LA SALUD. (OPAS). *Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas.* Washington. DC:OPAS, 2013.
- PIEDRAHÍTA, M.C.C.; OLARTE, L.M.C, RIVAS, D.C. Adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial en dos municipios de colombia. 2010-2011. *Hacia la Promoción de la Salud.* v.18, n. 1, p: 81-96, ene/jun. 2013.

RIBEIRO, A. G. *et al.* Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. *Revista Nutrição de Campinas*. v. 25, n.2, p:271-282, 2012.

———. Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: A comparative clinical trial of two education strategies in health and nutrition. *BMC Public Health*, v.11, n.637, doi:10.1186/1471-2458-11-637,2011.

SANTA-HELENA, E.T; NEMES, M.I.B; ELUF NETO, J.. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad. Saúde Pública*, v.26, n.12, Rio de Janeiro, Dez. 2010.

SATO, L.Y. *et al.* Análise comparativa de algoritmos de árvore de decisão do sistema WEKA para classificação do uso e cobertura da terra. INPE. *Anais XVI Simpósio Brasileiro de Sensoriamento Remoto*, Foz do Iguaçu, 2013.

SOARES, R.A.S. *et al.* Modelo de suporte à decisão para a gravidade de ferimentos das vítimas de acidentes de trânsito atendidas pelo SAMU 192. *Rev. Saúde. Com.*, v.9, n. 2, p. 2-16, 2013.

SOBRAL, A.P.B. *Previsão de carga horária - uma nova abordagem por árvore de decisão*. 2003. Tese de Doutorado. – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Engenharia Elétrica, Rio de Janeiro, 2003.

STRELEC, M.A.A.M; PIERIN, A.M.G; MION JUNIOR, D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão. *Arq Bras Cardiol*, v. 81, n. 4, p. 343-8, 2003.

TEIXEIRA, A.C.; COELHO, H.L. *Estudo transversal sobre adesão ao tratamento da hipertensão*. Disponível em: www.durg-la.uab.es/miembros/Bra/AP/HTAenAP.htm. Acesso em: 21 maio 2004.

THOMSON, P. *et al.* A computerised guidance tree (decision aid) for hypertension, based on decision analysis: development and preliminary evaluation. *European Journal Cardiovascular Nursing*, v. 5, n. 2, p.146-149, 2005.

TURBAN, E.; ARONSON, J.A.; LIANG, T-P. *Decision Support Systems and Intelligent Systems*, Prentice Hall, 2004.

UNGARI, A.Q.; DAL FABBRO, A.L. Adherence to drug treatment in hypertensive patients on the Family Health Program. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*. v.46, n.4, p.:811-818, Out./Dez., 2010.

WEKA – University of Waikato. *Weka 3: Data Mining Software in Java*. Disponível em: <http://www.cs.waikato.ac.nz/ml/weka/>. Acesso em: 3 set. 2013.

Recebido para publicação em setembro de 2013

Versão final em janeiro de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Religiosidade e qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise

Religiosity and quality of life of chronic renal failure patients under hemodialysis treatment

Fabio Correia Lima Nepomuceno¹, Ivaldo Menezes de Melo Júnior², Eveline de Almeida Silva³, Kerle Dayana Tavares de Lucena⁴

RESUMO: Objetivou-se avaliar a correlação entre a atitude religiosa e a Qualidade de Vida (QV) de 100 pacientes com insuficiência renal crônica em um serviço de hemodiálise. Utilizou-se como método de coleta de dados o formulário WHOQOL-Abreviado e Escala de Atitude Religiosa. Nas análises, o componente 1 da Escala de Atitude Religiosa se correlacionou com o domínio psicológico do WHOQOL-Abreviado ($r = 0,21, p < 0,05$); o componente 2, com o nível de independência de QV ($r = 0,28, p < 0,01$); o componente 3, com o nível de independência ($r = 0,22, p < 0,05$), com o domínio relações sociais ($r = 0,22, p < 0,05$); e a satisfação com a QV, com o componente de religiosidade 2 ($r = 0,22, p < 0,05$). Assim, conclui-se que a religiosidade é uma fonte de conforto e esperança para os pacientes, promovendo bem-estar geral.

PALAVRAS-CHAVE: Insuficiência Renal Crônica; Religião; Qualidade de Vida.

ABSTRACT: *The study aimed to evaluate the correlation between religious attitude and quality of life (QOL) of 100 chronic renal failure patients under hemodialysis treatment. Data collection applied the questionnaires Socio-Demographic Data Form WHOQOL-Abbreviated Scale and the Religious Attitude Scale. The analyses revealed that component 1 of Religious Attitude Scale showed a correlation with the psychological domain of the WHOQOL-short ($r = 0.21, p < 0.05$); component 2 correlated with QOL level of independence ($r = 0.28, p < 0.01$); component 3 correlated with the level of independence ($r = 0.22, p < 0.05$) and with the social relationships domain ($r = 0.22, p < 0.05$); satisfaction with QOL correlated with religiosity 2 ($r = 0.22, p < 0.05$) component. Thus, one may conclude that religiosity is a source of comfort and hope to patients, providing overall well-being.*

KEYWORDS: *Renal insufficiency chronic; Religion; Quality of life.*

¹Mestre em Ciências das Religiões pela Unversidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. Professor da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – João Pessoa (PB), Brasil. fabiocln21@yahoo.com.br

²Mestre em Ciências das Religiões pela Unversidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. Professor da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – João Pessoa (PB), Brasil. ivaldo_menezes@yahoo.com.br

³Mestre em Modelos de Decisões da Saúde pela Unversidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. eveline_fisio@hotmail.com

⁴Mestre em Modelos de Decisões da Saúde pela Unversidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. kerledayana@yahoo.com.br

Introdução

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é caracterizada pela rápida redução da função renal, tendo como resultado a diminuição da diurese e a perda da homeostase interna, ou seja, perda do equilíbrio químico e do funcionamento normal do organismo, até a paralisação quase total (cerca de 90%) ou total do funcionamento renal, fazendo com que o seu portador adquira diversas incapacidades, que, na maioria das vezes, exigem períodos longos de acompanhamento. O enfrentamento de alterações na saúde e na vida em geral ocorre nos mais diversos níveis: orgânico, psíquico, social e econômico (CASTRO ET AL, 2003; SANTOS, 2006).

Os tratamentos disponíveis nas doenças renais terminais são: diálise peritoneal ambulatorial contínua, diálise peritoneal automatizada, diálise peritoneal intermitente, hemodiálise e transplante renal. Esses tratamentos substituem parcialmente a função renal, aliviam os sintomas da doença e preservam a vida do paciente, mas nenhum deles é curativo (RIELLA, 2008).

Independentemente da terapêutica escolhida, o portador da doença crônica irá apresentar alterações físicas, psicológicas, sociais e emocionais que aumentam progressivamente. A adaptação às condições de uma doença crônica pode ser considerada mais difícil do que a uma doença aguda que exige apenas temporária aceitação da condição de estar doente e dependente da ajuda externa (SANTOS, 2005).

Dessa forma, a IRC é considerada um problema na saúde pública, pois causa elevada taxa de morbidade e mortalidade e, além disso, tem impacto negativo sobre a Qualidade de Vida (QV) relacionada à saúde, visto que esta é a percepção subjetiva da pessoa acerca de seus sintomas, satisfação e adesão ao tratamento (UNRUH ET AL, 2003).

Contudo, estudos sobre QV permanecem restritos quando se trata de IRC, devendo, então, se estimular a produção de trabalhos

científicos que possam reverter em prática clínica dos profissionais de saúde, pois, a partir das investigações desenvolvidas sobre QV, torna-se possível o aprofundamento de fatores subjetivos que conduzem ao bem-estar da população, grupos e indivíduos, explicando os processos que levam as pessoas à sua satisfação moral, bem-estar e felicidade bem como os mecanismos de enfrentamento e de defesa relacionados com a doença.

Dentre esses fatores está à religiosidade, pois é considerada uma variável que apresenta efeitos positivos nos aspectos biopsicossocial, espiritual, ambiental e na saúde dos indivíduos, sendo reconhecida como possível fator de prevenção ao desenvolvimento de outras co-morbidades, pois é utilizada pelos indivíduos em situação de adoecimento como forma de buscar melhora e força para o enfrentamento da doença, podendo, assim, desempenhar uma função importante na melhoria da QV do paciente (PANZINI ET AL, 2007).

A partir de 1950, estudos epidemiológicos mostram uma boa relação entre religiosidade e QV de indivíduos doentes, pois se observa menor prevalência de depressão, menor mortalidade, menor tempo de internação e até melhor função imunológica. Sendo assim, torna-se necessário em um país como o Brasil, em que 92,6% da população possui uma religião e aproximadamente 90% costuma frequentar igrejas, que sejam verificados os efeitos da religiosidade na vida dos pacientes portadores de IRC (LUCCHETTI ET AL, 2010).

Com base nessas informações o objetivo desta pesquisa foi o de avaliar a correlação entre a atitude religiosa e a QV de pacientes com IRC em um serviço de hemodiálise.

Materiais e métodos

A pesquisa foi realizada em serviços nefrológicos da cidade de João Pessoa-PB: Clínica de Nefrologia da Paraíba (CLINEPA) e

Unidade de Doenças Renais (UNIRIM).

A amostra constou de 100 pacientes com IRC atendidos nesses serviços, sendo 50 do sexo masculino e 50 do sexo feminino. Os critérios de inclusão foram: ter idade superior a 18 anos; estar em tratamento por hemodiálise; ter capacidade de compreensão e verbalização adequadas para responder às perguntas; ser portador de IRC há mais de 1 ano; e concordar em participar do estudo.

Após a aprovação do projeto pelo colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões e dos esclarecimentos iniciais, foi feito o convite às instituições com serviços de hemodiálise. Posteriormente, com a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba sob o protocolo CEP 081, declarando estar em pleno acordo com os objetivos e aspectos metodológicos do estudo, autorizando, assim, a sua execução, foi dado início à pesquisa.

Os dados foram coletados após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em consonância à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos.

A participação dos pacientes ocorreu de forma voluntária, sendo-lhes assegurado o direito de desistência a qualquer momento, assim como foi garantido sigilo e anonimato.

Aplicaram-se os seguintes instrumentos para coleta de dados: formulário com a versão abreviada da World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-Abreviado) para avaliação da QV e Escala de Atitude Religiosa.

Para avaliar a religiosidade dos pacientes, utilizou-se a Escala de Atitude Religiosa, que apresenta consistência interna verificada através do Alfa de Cronbach de 0,91. Essa escala foi elaborada originalmente em português e é composta por vinte itens organizados em escala Likert de cinco pontos (1-nunca a 5-sempre), onde as respostas seguem o seguinte padrão: nunca, raramente, às vezes, frequentemente e sempre. Tais itens estão distribuídos em três domínios: cognitivo,

afetivo e comportamental (DINIZ; AQUINO, 2009).

Para as análises estatísticas, empregou-se a plataforma do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para Windows, versão 15. Utilizaram-se o teste t de *Student* para testar se dois grupos diferem estatisticamente a partir da comparação de suas médias e cálculos de correlação de Pearson para verificar se havia associações entre as variáveis, sendo essa uma medida que descreve a intensidade ou grau de correlação entre as variáveis, além da análise de variância como medida da dispersão estatística. Além disso, calcularam-se as médias e desvios padrão para a descrição do perfil dos participantes.

Resultados e discussão

Em relação ao perfil dos participantes, a média de idade foi de 55 anos, com um desvio padrão de 14,6, sendo a idade mínima de 18 anos e a máxima de 90 anos.

Neste estudo, quanto ao tempo em que os pacientes são portadores da doença renal crônica, observou-se uma média de 48 meses, com um desvio padrão de 52 meses, sendo o tempo mínimo de 12 meses e tempo máximo de 300 meses de adoecimento. Entretanto, o tempo médio de tratamento da doença nesses pacientes foi de 30 meses, com um desvio padrão de 33,5 meses, com o tempo mínimo de um mês de tratamento e máximo de 144 meses.

Quanto ao tempo de tratamento hemodialítico, observou-se que 27% estavam com mais de 24 meses e menos de 36 meses nessa terapia; seguido de 23% com menos de 12 meses; e 17% com mais de 12 meses e menos de 24 meses na hemodiálise.

O WHOQOL- abreviado é um formulário que está dividido em domínios com relação à avaliação da QV, saúde e outras áreas da vida, tais como: domínio físico, domínio psicológico, domínio nível de independência, domínio relações sociais e domínio ambiental. Os domínios são pontuados de forma

independente, considerando a premissa de que a QV é um construto multidimensional. Dessa forma, quanto maior o valor do escore melhor é o domínio de QV avaliado (ZANEI, 2006). De acordo com a *tabela 1*, foi constatada na auto-avaliação da QV uma média de resultados superior à observada em relação à pergunta sobre a satisfação com a própria saúde.

O domínio físico obteve a menor média de pontuação dos cinco aspectos avaliados. Os domínios relações sociais e nível de independência também se mostraram bastante comprometidos nesses pacientes. Por fim, o domínio ambiental apresentou melhor escore, seguido do domínio psicológico.

Ferreira (2008) também utilizou o WHOQOL-*bref* para análise da QV de renais crônicos em hemodiálise e identificou a seguinte ordem decrescente de médias dos domínios: relações sociais, psicológico, meio ambiente e físico. Nesse contexto, este estudo corrobora a pesquisa de Ferreira (2008) quanto ao domínio físico, constando, também, comprometimento dos aspectos físicos dos pacientes com IRC, evidenciado por meio de sua média e desvio padrão, confirmando que os pacientes renais crônicos apresentam alterações motoras e funcionais. Entretanto, houve contradição entre

os dados desta pesquisa e os estudos de Ferreira (2008) quanto ao domínio relações sociais, visto que as relações sociais apresentaram uma média elevada para o autor, enquanto neste trabalho as relações sociais dos pacientes estavam bem comprometidas, com média reduzida.

Mendonça (2007) mostra, por meio das médias dos domínios do WHOQOL-Abreviado, que a perda de QV mais significativa foi no domínio físico, seguido pelo domínio geral e pelo domínio ambiental. Os domínios sociais e psicológicos tiveram escores melhores em relação à QV, mas o desvio padrão indicou que os participantes (N = 86) apresentaram respostas mais homogêneas nas questões relativas ao domínio ambiental e mais heterogêneas no domínio social. Assim, o referido trabalho corrobora com o apresentado neste estudo quanto ao maior comprometimento do domínio físico dos pacientes renais crônicos em hemodiálise. Entretanto, não apresentou semelhança em relação à homogeneidade das respostas, visto que as respostas mais homogêneas apresentadas aqui dizem respeito aos domínios relações sociais e físico, e as mais heterogêneas, ao domínio ambiental.

Chitolina e Audino (2011) verificaram em seus estudos sobre QV de 22 pacientes com

Tabela 1. Valores da avaliação de qualidade de vida pelo formulário WHOQOL-abreviado de pacientes renais crônicos em tratamento por hemodiálise. João Pessoa, 2011 (n=100)

	Questões		Domínios				
	Autoavaliação da QV	Satisfação com a saúde	Físico	Psicológico	Nível de independência	Relações sociais	Ambiental
Média	3,8	3,2	9,6	22	12	11	29
Desvio Padrão	0,8	1,0	2,5	4	3	2,5	4,5
Mínima	1	1	4	12	6	5	14
Máxima	5	5	15	29	19	15	38

Fonte: Elaboração própria.

IRC de um hospital da região oeste do estado de Santa Catarina que o domínio relações sociais apresentou as maiores médias. Os domínios físicos e psicológicos apresentaram os menores percentuais de médias. No domínio físico, o comprometimento se justifica pela cronicidade da doença, que resulta em diversos comprometimentos osteomioarticulares. No domínio psicológico, observou-se uma percepção negativa para QV, manifestada por meio das alterações comportamentais. Os pacientes declararam a existência de sentimentos negativos, alterações de sono e concentração, insatisfação consigo mesmo (autoconceito), com a aparência (autoimagem) e com a situação de portador de patologia crônica. Também os aspectos desesperança, ansiedade, depressão e autoconceito resultaram em níveis negativos no sentido de piorar seu quadro emocional, naquele estudo.

Para Duarte *et al.* (2003), a doença renal reduz acentuadamente o funcionamento físico e profissional, e a percepção da própria saúde tem um impacto negativo sobre os níveis de energia e vitalidade, o que pode reduzir ou limitar as interações sociais, estando de acordo com o estudo realizado por Castro *et al.* (2003) envolvendo 84 pacientes com IRC submetidos à hemodiálise, em que os menores valores médios foram observados na dimensão aspecto físicos.

No estudo de Terra e Costa (2007), realizado em uma clínica de hemodiálise de hospital universitário do município de Alfenas-MG, abrangendo 30 pacientes que se encontravam em tratamento hemodialítico, verificou-se que o domínio físico da QV da população estudada apresentou um valor baixo, ou seja, uma QV nem ruim, nem boa, na área física. Vale destacar que esse domínio apresentou o menor escore médio quando comparado com os demais domínios e a QV geral. O escore médio geral do domínio relações sociais atingiu o maior valor, apresentando, dessa forma, uma QV entre boa e muito boa. Entre todos os domínios do instrumento *WHOQOL-brefe* da

QV geral, esse domínio foi o que apresentou maior escore médio, naquele estudo.

Após a análise das médias, desvios padrão e variância, realizaram-se as associações entre as variáveis aqui estudadas. Assim, a *tabela 2* apresenta uma matriz correlacional entre os componentes da Escala de Atitude Religiosa e os domínios do formulário WHOQOL-abreviado.

Na *tabela 2*, o componente 1 da Escala de Atitude Religiosa (busca de conhecimento religioso) se correlaciona com o domínio psicológico do formulário WHOQOL-abreviado ($r = 0,21, p < 0,05$). Além disso, também há uma correlação entre este componente com o domínio relações sociais ($r = 0,25, p < 0,05$). Pode-se verificar também uma correlação entre o componente 2 da atitude religiosa (expressões e manifestações corporais religiosas) com o nível de independência de QV ($r = 0,28, p < 0,01$) e com o domínio de relações sociais ($r = 0,22, p < 0,05$). Por fim, é possível observar uma correlação entre o componente 3 da Escala de Atitude Religiosa (aspectos emocionais e atitudes religiosas) com o domínio nível de independência ($r = 0,22, p < 0,05$), com o domínio relações sociais ($r = 0,22, p < 0,05$) e com o domínio ambiental ($r = 0,23, p < 0,05$). Entretanto, não se verificou correlação significativa entre qualquer componente da atitude religiosa e o domínio físico, que é o aspecto mais comprometido dos pacientes com IRC dessa amostra.

Na *tabela 3*, compara-se a matriz correlacional da questão 1 (como você avaliaria sua qualidade de vida?) e da questão 2 (quão satisfeito você está com a sua saúde?) com os três componentes da Escala de Atitude Religiosa. Não houve correlação significativa entre a satisfação com a saúde dos pacientes com nenhum componente de religiosidade; entretanto, pode-se verificar que houve correlação entre a satisfação com a QV e o componente de religiosidade 2, ou seja, os pacientes com uma melhor QV apresentam maiores expressões e manifestações corporais durante suas práticas religiosas ($r = 0,22, p < 0,05$).

Tabela 2. Matriz correlacional entre QV e atitude religiosa de pacientes renais crônicos em tratamento por hemodiálise. João Pessoa, 2011 (n=100)

Qualidade de vida	Atitude religiosa		
	1	2	3
Domínio físico	0,08	0,13	0,08
Domínio psicológico	0,21*	0,13	0,18
Domínio nível de independência	0,13	0,28**	0,22*
Domínio relações sociais	0,25*	0,22*	0,22*
Domínio ambiental	0,17	0,04	0,23*

Fonte: Elaboração própria.

Nota: *p < 0,05.

**p < 0,01.

1 = busca de conhecimento religioso; 2 = expressões e manifestações corporais religiosas; 3 = aspectos emocionais e comportamentos religiosos

Tabela 3. Matriz correlacional entre avaliação da qualidade de vida e da satisfação com a saúde e a atitude religiosa de pacientes renais crônicos em tratamento por hemodiálise. João Pessoa, 2011 (n=100)

Componentes	Autoavaliação da QV	Satisfação com a saúde
1 = busca de conhecimento religioso	0,19	0,04
2 = expressões e manifestações corporais religiosas	0,22*	0,02
3 = aspectos emocionais e comportamentos religiosos	0,16	0,05

Fonte: Elaboração própria.

Nota: * p < 0,05.

Segundo Castro *et al.* (2003), a pessoa portadora de IRC apresenta diversas incapacidades e co-morbidades. O enfrentamento de alterações na saúde e na vida em geral do portador de IRC ocorre nos mais diversos níveis: orgânico, psíquico, social e econômico. Esse dado pode ser confirmado nesta pesquisa, na qual se verificou que a saúde dos pacientes

está comprometida e a QV está alterada nos aspectos biopsicosociais, visto que os pacientes apresentaram sinais clínicos da doença renal, limitações quanto às atividades de vida diária e de trabalho, além da insatisfação em relação à sua condição de vida.

Os estudos de Doorn *et al.* (2004) destacaram que as variáveis psicossociais, os traços

de ansiedade e sintomas depressivos afetam substancialmente a forma como os pacientes avaliam sua QV. O apoio social e familiar apresentou elevada relação com os domínios dor e bem-estar emocional, naquela amostra.

De acordo com Trentini *et al.* (2004), o tratamento de hemodiálise é necessário e indispensável, embora não seja suficiente para se obter QV satisfatória. Os usuários da hemodiálise precisam participar ativamente da prevenção de males que venham a deteriorar sua QV.

Os estudos de Castro e colaboradores (2003) afirmam haver uma clara redução da QV nesses pacientes, em especial nos aspectos físicos, psicológicos e vitalidade. Da mesma forma, correlacionou-se, também negativamente, o tempo de tratamento em hemodiálise com os aspectos emocionais e saúde mental, sugerindo que pacientes com maior tempo de IRC e de tratamento dialítico apresentam progressivo comprometimento das relações familiares e sociais. Dessa forma, há uma concordância entre os

autores acima e os achados deste trabalho no que diz respeito aos aspectos físicos, psicológicos, social e espiritual dos pacientes renais crônicos, sendo sua QV considerada afetada de maneira multifatorial por estar relacionada com o modo e estilos de vida.

Nos estudos de Mendonça (2007), não se observou correlação da religião com nenhum domínio da QV em pacientes renais crônicos.

A *tabela 4* consiste em uma matriz correlacional entre o tempo da doença e o tempo de tratamento com os domínios da QV. Nela, pode-se observar uma correlação negativa entre o tempo da doença com o domínio físico ($r=-0,20$, $p<0,05$), o que significa que quanto maior o tempo da doença, maior comprometimento ocorre nos aspectos físicos dos pacientes renais crônicos. Verifica-se, ainda, uma correlação negativa entre o tempo da doença e o domínio nível de independência ($r = -0,24$, $p<0,05$), representando que quanto maior o tempo da doença maior comprometimento há na independência dos pacientes. Por fim, observa-se uma

Tabela 4. Matriz correlacional do tempo da doença e do tempo de tratamento com a qualidade de vida de pacientes renais crônicos em tratamento por hemodiálise. João Pessoa, 2011 (n=100)

Qualidade de vida	Tempo doença	Tempo tratamento
Domínio físico	-0,20*	-0,17
Domínio psicológico	-0,19	-0,08
Domínio nível de independência	-0,24*	-0,09
Domínio relações sociais	-0,27**	-0,14
Domínio ambiental	-0,14	-0,11
Como você avaliaria sua qualidade de vida?	0,04	-0,13
Quão satisfeito você está com a sua saúde?	0,02	-0,12

Fonte: Elaboração própria.

Nota: * $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

correlação negativa, com forte significância estatística, entre o tempo de doença e o domínio relações sociais ($r = -0,27$, $p < 0,01$), configurando a perda das relações sociais como consequência da trajetória de vida dos pacientes renais crônicos.

Semelhante achado foi descrito por Merkus *et al.* (1997) em seus estudos em treze centros de diálise na Holanda com 120 pacientes com IRC, nos quais a QV foi avaliada e onde se verificou que quanto maior o tempo da doença renal crônica maior o comprometimento na QV.

Nesta pesquisa, pode-se observar uma correlação negativa entre o tempo da doença e os domínios físico, nível de independência e relações sociais, o que não foi observado nos estudos de Mendonça (2007), que não detectaram correlação significativa entre o tempo em tratamento e os domínios da QV.

Os avanços da tecnologia na área de diálise contribuíram substancialmente para o aumento da sobrevida dos pacientes renais crônicos. Entretanto, a permanência por tempo indeterminado em tratamento dialítico pode interferir na QV dessa população (NETO *ET AL.*, 2000).

Kimmel *et al.* (2003) realizaram um estudo multicêntrico com 165 pacientes dialíticos mostrando associação direta entre crenças espirituais (utilizando a Escala de Crenças Espirituais), QV e satisfação com a vida.

Berman *et al.* (2004), em seus estudos em um centro na Filadélfia (EUA), verificaram que, dos 74 pacientes envolvidos, os que apresentaram elevados valores na escala de religiosidade intrínseca -aspecto que faz parte do indivíduo realmente religioso, que internaliza sua fé e suas crenças na vida diária- mostraram também elevada satisfação com a QV.

O editorial de Finkelstein *et al.* (2007) teve como tema central a relação entre espiritualidade, QV e paciente em diálise, visto ser tão difícil conseguir um impacto positivo na QV de pacientes em diálise. Dessa forma, parece importante explorar o papel da espiritualidade na coordenação e suporte ao cuidado destes pacientes.

Contudo, Makluf *et al.* (2006) apontam a religiosidade como uma variável que pode apresentar tanto efeitos positivos como negativos sobre a QV dos indivíduos, mas que surge como possível fator de prevenção do desenvolvimento de doenças na população previamente sadia e de eventual redução de óbito ou impacto em diversas doenças.

O objetivo da religião é a salvação da alma e não a cura, podendo proporcionar, adicionalmente, o bem-estar psicológico, pois o ser humano religioso ancora a sua existência no 'Absoluto'. Pode-se interpretar a religiosidade como um fator de proteção do vazio e do desespero existencial (FRANKL, 2003). Nesse sentido, a religiosidade poderia oferecer bem-estar psíquico ao sujeito e ajudar o homem na busca de respostas para suas indagações de cunho filosófico-existencial. Entretanto, não se pode conceber que a ausência de religiosidade conduza a doenças, mas é compreensível que a religiosidade pode se constituir em fator de proteção ou mesmo de enfrentamento diante das adversidades do cotidiano. Assim, a religiosidade não é uma condição necessária nem suficiente para o bem-estar psicológico, mas pode levar a uma cosmovisão capaz de ajudar o indivíduo a descobrir sentidos na vida.

Considerações finais

Evidencia-se com esse estudo que, de forma geral, há influência da religiosidade na QV dos pacientes renais crônicos. Observou-se que os componentes da atitude religiosa apresentaram correlação positiva com os domínios relações social, psicológico, nível de independência e ambiental. Entretanto, não houve influência da religiosidade sobre o domínio físico. Assim, constatou-se que a religiosidade é fonte de conforto e esperança para os pacientes, fortalecendo-os, promovendo bem-estar geral e ajudando na aceitação da condição inevitável.

Quanto à QV, o domínio ambiental foi o

que sofreu menor impacto na vida desses pacientes, enquanto o domínio físico foi o mais afetado, o que significa que quanto maior o tempo da doença, maior comprometimento ocorre nos aspectos físicos dos pacientes renais crônicos. Uma vez que, como foi constatado neste e em outros estudos, a

religiosidade possui um papel importante para o paciente em hemodiálise, principalmente melhorando sua QV e auxiliando no enfrentamento da doença, esse aspecto deve ser considerado pelos profissionais que assistem a esse tipo de paciente. ■

Referências

- BERMAN, E.; JON, F.; MERZ, M.R.; RICHARD, W.S. Religiosity in a hemodialysis population and its relationship to satisfaction with medical care, satisfaction with life, and adherence. *American Journal of Kidney Diseases*, New York, v.44, n. 3, p. 488-497, 2004.
- CASTRO, M.; CAIUBY, A.V.S.; DRAIBE, S.A.; CANZIANI, M.E.F. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v.49, n. 3, p. 245-249, 2003.
- CHITOLINA, J.; AUDINO, M.C. *Avaliação da qualidade de vida dos pacientes com Insuficiência Renal Crônica submetidos à Hemodiálise Pré e Pós Cinesioterapia Geral*. Disponível em: <http://www.fisioweb.com.br/portal/artigos/43-art-cinesioterapia/1068-avaliacao-da-qualidade-de-vida-dos-pacientes-com-insuficiencia-renal-chronica-submetidos-a-hemodialise-pre-e-pos-cinesioterapia-geral.html>. Acesso em: 18 maio 2011.
- DINIZ, A.C.; AQUINO, T.A.A. A relação da religiosidade com as visões de morte. *Religare – Revista de Ciências das Religiões*, João Pessoa, v. 1, n. 6, p. 90-105, 2009.
- DOORN, K.J.; HEYLEN, M.; METS, T.; VERBEELEN, D. Evaluation of functional and mental state and quality of life in chronic hemodialysis patients. *International Urology and Nephrology*, Budapest, v.36, n.2, p.263-267, 2004.
- DUARTE, P.S.; MIYAZAKI, M.C.O.S.; CICONELLI, R.M.; SESSO, R. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SFTM). *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 375-381, 2003.
- FERREIRA, R.C. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília - São Paulo. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 21-29, 2008.
- FINKELSTEIN, F.O.; WEST, W.; GOBIN, J.; FINKELSTEIN, S.H.; WUERTH, D. Spirituality, quality of life and the dialysis patient. *Nephrol. Dial. Transplant.* v.22, n.9, p.2432-2434, 2007.
- FRANKL, V. *A presença ignorada de Deus*. (Der unbewusste Gott: sychotherapie und religion). Trad. de Walter O. Schlupp e Helga H. Reinhold. 7. ed. São Leopoldo: Vozes, 2003.
- KIMMEL, P.L.; EMONT, S.L.; NEWMANN, J.M.; DANKO, H.; MOSS, A.H. ESRD patient quality of life: symptoms, spiritual beliefs, psychosocial factors, and ethnicity. *American Journal of Kidney Diseases*, New York, v. 42, n.4, p. 713-721, 2003.

LUCCHETTI, G.; ALMEIDA, L.G.C.; GRANERO, A.L. Espiritualidade no paciente em diálise: o nefrologista deve abordar? *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v.32, n.1, p. 128-132, 2010.

MAKLUF, A.S.D.; DIAS, R.C.; BARRA, A.A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*. v.52, n.1, p.49-58, 2006.

MENDONÇA, D.P. *Qualidade de vida dos portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise*. Goiânia, 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica de Goiás, 2007.

MERKUS, M.P.; JAGER, K.J.; DEKKER, F.W.; BOESCHOTEN, E.W.; STEVENS, P.; KREDIET, R.T. Quality of life in patients on chronic dialysis: self-assessment 3 months after the start of treatment. *American Journal of Kidney Diseases*, New York, v.29, n.4, p.584-592, 1997.

NETO, J.F.R.; FERRAZ, M.B.; CENDOROGLIO, M.; DRAIBE, S.; YU, L.; SESSO, R. Quality of life at the initiation of dialysis treatment—a comparison between the SF-36 and the KDQ questionnaires. *Quality Life Res*, v.9, n.1, p.101-107, 2000.

PANZINI, R.G.; ROCHA, N.S.; BANDEIRA, D.R.; FLECK, M.P. Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista Psiquiátrica Clínica*, v.34, n.1, p.105-115, 2007.

RIELLA, M.C. *Princípios de nefrologia e distúrbios Hidroeletrólíticos*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SANTOS, P.R. Associação de qualidade de vida com hospitalização e óbito em pacientes portadores de doença renal crônica em hemodiálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, v.27, n.4, p. 184-190, 2005.

———. Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v.52, n.5, p.356-359, 2006.

TERRA, F.S.; COSTA, A... Avaliação da qualidade de vida de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro. v.15, n.3, p.430-436, 2007.

TRENTINI, M.; CORRADI, E.M.; ARALDI, M.A.; TIGRINHO, F.C. Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.13, n.1, p.12-29, 2004.

UNRUH, M.I.; HARTUNIAN, M.G.; CHAPMAN, N.M.; JABER, B.I. Sleep quality and clinical correlates in patients on maintain dialysis. *Clin Nephrol*. v.59, n.4, 2003, p.280-288.

ZANEI, S.S.V. *Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-Abref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de unidades de terapia intensiva e seus familiares*. São Paulo, 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, 2006.

Recebido para publicação em abril de 2013
Versão final em janeiro de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Saúde global e responsabilidade sanitária brasileira: o caso da erradicação da poliomielite

Global health and brazilian health responsibility: the case of polio eradication

Ana Luísa Teixeira da Costa Durante¹, Mario Roberto Dal Poz²

RESUMO: A poliomielite foi declarada uma emergência global em 2012, após surtos ocorridos em países anteriormente livres da doença. Estudos apontam que, se a erradicação global falhar, haverá o ressurgimento mundial da doença. Apesar da pólio já ter sido erradicada no Brasil, o país tem um valioso papel a cumprir no cenário internacional, particularmente nos aspectos técnicos e no apoio político à Iniciativa Global de Erradicação da Pólio. As estratégias adotadas têm sido utilizadas como referências e replicadas em muitos outros países. Além disso, a liderança brasileira na erradicação ajudou a abrir caminhos para ampliar a imunização nas Américas e no mundo.

PALAVRAS-CHAVE: Poliomielite; Erradicação de Doença; Saúde Mundial; Cooperação Internacional.

ABSTRACT: *Polio was declared a global emergency in 2012 after outbreaks in previously polio-free countries. Studies indicate that if the global eradication of polio fails the resurgence of this disease will take place worldwide. Although polio has been eradicated in Brazil, the country has a valuable role to play in the International Community, particularly in technical and political support to the Global Polio Eradication Initiative. The strategies adopted have been used as references and replicated in many other countries. Moreover, Brazil's leadership in eradicating polio helped pave the way to broaden immunization in the Americas and worldwide.*

KEYWORDS: *Poliomyelitis; Disease Eradication; World Health; International Cooperation.*

¹Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. aninha_durante@yahoo.com.br

²Doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professor Associado do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. dalpoz@ims.uerj.br

Introdução

Em 2012, a poliomielite foi declarada uma emergência global, depois de serem registrados surtos considerados explosivos em países que, até então, estavam livres da doença. Esta ação da Organização das Nações Unidas (ONU) vem na esteira da decisão tomada em maio de 2012, na Assembleia Mundial da Saúde, que declarou a erradicação da pólio como sendo uma “emergência programática para a saúde pública global”. (ROTARY INTERNATIONAL, 2012).

De acordo com Aylward (2012), nos anos de 2010 e 2011 ocorreram grandes surtos de poliomielite em três continentes: Europa, África e Ásia. Em alguns casos, 50% dos infectados morreram. Embora o vírus esteja restringido a somente Afeganistão, Paquistão e Nigéria, outras nações estão em risco de importá-lo desses países. Ainda de acordo com esse autor, tais surtos mostram que, se a erradicação falhar, ocorrerá um ressurgimento maligno e em grande escala da doença, com consequências difíceis de serem previstas.

Com a declaração de emergência global é provável que mais estados-membros da ONU deem suporte à iniciativa de erradicação, lançada em 1988 pelo Rotary em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância – em inglês, United Nations Children’s Fund) e o CDC (Centers for Disease Control and Prevention, sem tradução para o português). Os mais novos parceiros na iniciativa são a Fundação Bill e Melinda Gates e a Fundação das Nações Unidas. (ROTARY INTERNATIONAL, 2012).

Este artigo discute e traz evidências sobre os esforços globais e regionais para a erradicação da pólio, buscando examinar os investimentos correntes, além das tendências de financiamento e os sucessos alcançados.

Sobre a doença

A poliomielite é uma doença infectocontagiosa viral aguda, descrita desde a Antiguidade, porém, reconhecida como problema de saúde pública somente no final do século XIX, quando epidemias começaram a ser registradas em vários países do mundo.

A nomenclatura Poliomielite tem origem greco-latina, a saber: pólios = cinzento, mielos = medula e ite = inflamação (CAMPOS ET AL., 2003, P. 596).

Sua etiologia infecciosa foi descoberta somente em 1908. É causada por três tipos de poliovírus (I, II e III) e manifesta-se, em grande parte, por infecções inaparentes ou quadro febril inespecífico, entre 90% e 95% dos casos. Nos quadros mais severos, a poliomielite pode manifestar-se com meningite asséptica, formas paralíticas e causar óbito.

As formas paralíticas representam cerca de 1% a 1,6% dos casos e possuem características típicas: paralisia flácida de início súbito, em geral, nos membros inferiores, de forma assimétrica; diminuição ou abolição de reflexos profundos na área paralisada; sensibilidade conservada e arreflexia no segmento atingido, e persistência de alguma paralisia residual após 60 dias do início da doença. A transmissão pode ocorrer de pessoa a pessoa, através de secreções nasofaríngeas, ou principalmente através de objetos, água e alimentos contaminados com fezes de doentes ou portadores. O período de incubação varia de 2 a 30 dias, e 3 tipos de enterovírus (os poliovírus tipos 1, 2 e 3) podem causar a poliomielite. São esses agentes que determinam a imunidade sorotipo específica de longa duração (SILVA; CAMARA, 2011).

Quando um indivíduo suscetível à doença é exposto à infecção, na maioria das vezes desenvolve uma infecção inaparente ou tem sintomas leves (febre, mal-estar, náuseas, vômitos, constipação, dor abdominal e, eventualmente, sinais meníngeos); menos de 1% das infecções pelos poliovírus resultam na forma paralítica da doença, que

ocorre após um período de incubação de 7 a 14 dias. As taxas de letalidade variam entre 5% e 10%, sendo mais elevadas em adultos do que em crianças.

A pólio no Brasil

No Brasil, os primeiros relatos de casos esporádicos de poliomielite foram registrados no início de 1911, em São Paulo (SP), pelo Dr. Luiz Hoppe – Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, e, no Rio de Janeiro (RJ), pelo Dr. Oswaldo Oliveira – Hospital Misericórdia. Porém, a primeira descrição de um surto no País, foi feita pelo pediatra carioca Fernandes Figueira, também em 1911. Posteriormente, em 1917, Francisco de Salles Gomes descreveu outro surto em Vila Americana, no Estado de São Paulo (MAYNARD; HEADLEY, 2000).

Em 1986, foi criado, no Brasil, o Grupo de Trabalho para a erradicação da poliomielite (GT-poliomielite), com os objetivos de dar maior eficiência ao programa de vacinação, fazer um acompanhamento mais refinado do comportamento epidemiológico da poliomielite e desencadear as medidas de controle necessárias, supervisionadas e avaliadas adequadamente.

O último caso de infecção pelo poliovírus selvagem diagnosticado no Brasil ocorreu em 1989, na cidade de Souza (PB) (BRASIL, 2009).

Em 1990, o Brasil direcionou o programa para o cumprimento dos critérios estabelecidos pela Comissão Internacional de Certificação da Erradicação da Poliomielite. A estratégia adotada para a erradicação no País foi centrada na realização de campanhas de vacinação em massa com a vacina oral contra a pólio (VOP), que, além de propiciar imunidade individual, aumenta a imunidade de grupo na população em geral, através da disseminação do poliovírus vacinal no meio ambiente, em curto espaço de tempo (BRASIL, 2009).

Dois fatores foram decisivos para a erradicação da poliomielite no Brasil: os elevados níveis de cobertura vacinal obtidos nas

campanhas nacionais, a partir de 1988, e o aumento do poder imunogênico da vacina utilizada no País, pela substituição do componente P3 até então utilizado (BRASIL, 2009).

Observa-se que, no período imediatamente após a certificação da erradicação do poliovírus selvagem nas Américas, houve uma redução na sensibilidade do Sistema de Vigilância Epidemiológica, que foi recuperada somente na década atual, como resultado de um intenso esforço institucional para aprimorar a vigilância da poliomielite, junto às unidades da federação.

No momento atual, chama-se a atenção para um fenômeno já observado, em algumas ocasiões, em países com coberturas vacinais insuficientes e/ou heterogêneas: a emergência de cepas de vírus derivados da vacina, que passam a readquirir neurovirulência e patogenicidade, provocando surtos de poliomielite em países que já tinham a doença sob controle parcial ou total. O primeiro surto causado por um vírus derivado vacinal (PVDV) foi detectado na ilha de Hispaniola (que pertence ao Haiti e à República Dominicana), em 2000/2001, e teve uma grande importância no processo de erradicação da poliomielite, quando foram registrados 21 casos (50% na faixa etária de 1 a 4 anos). Outros surtos de menor magnitude, ocorridos no período entre 1988 e 2002, foram registrados no Egito, em Guizhou (China), nas Filipinas e em Madagáscar. De 2004 a 2009, ocorreram outros surtos envolvendo seis países (Nigéria, Congo, Mianmar, Níger, Camboja e Indonésia), totalizando 226 casos. O fator-chave para o controle do poliovírus derivado da vacina é o mesmo daquele necessário para controlar a circulação do poliovírus selvagem: alcançar e manter altas e homogêneas as coberturas vacinais (BRASIL, 2009).

Chama também a atenção o risco de importações de casos de países onde ainda há circulação endêmica do poliovírus selvagem (Nigéria, Índia, Paquistão e Afeganistão), o que demanda ações permanentes

e efetivas de vigilância da doença e níveis adequados de proteção imunológica da população (BRASIL, 2009).

Em 1994, o Brasil recebeu da OMS/OPS o Certificado de Erradicação da Transmissão Autóctone do Poliovírus Selvagem nas Américas. Desde então, o Brasil tem reafirmado seu compromisso de manter altas coberturas vacinais e uma vigilância epidemiológica ativa sobre todo o quadro de paralisia flácida aguda (PFA), possibilitando, assim, a identificação imediata e precoce da reintrodução do poliovírus, bem como a adoção de medidas de controle para impedir sua disseminação (DDTHA/CVE, 2006).

A pólio no mundo

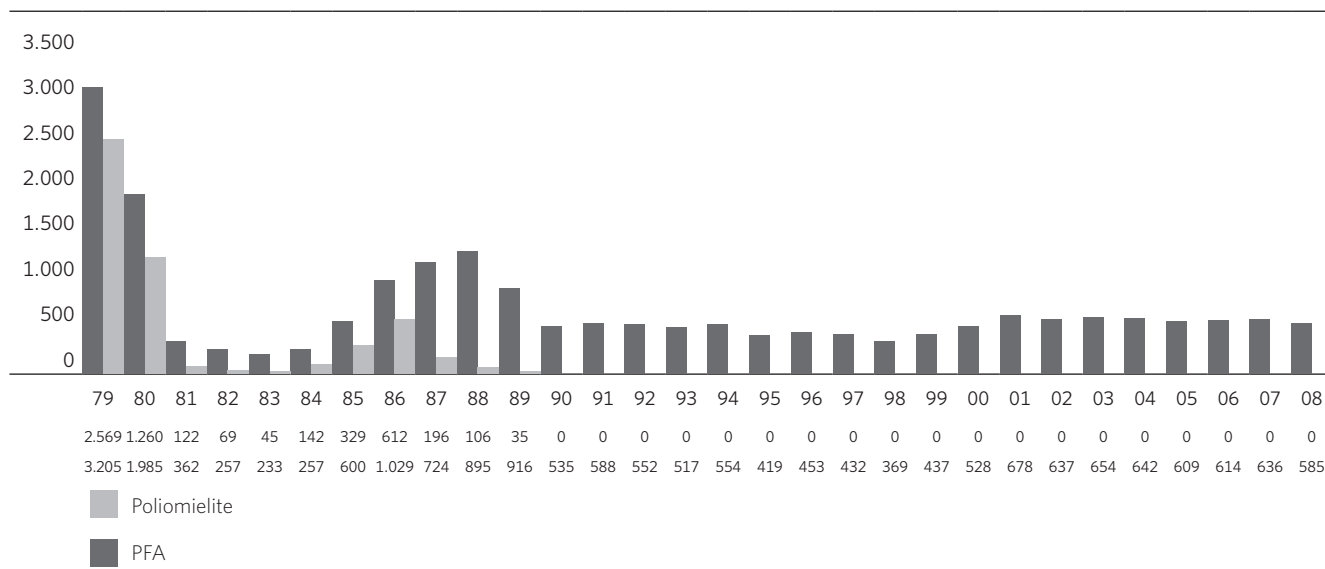
Em quase 25 anos, desde que foi aprovada a resolução da Organização Mundial da Saúde para erradicar a poliomielite, o número de casos da doença diminuiu mais de 99%, para apenas 650 casos, em 2011. As

Américas foram declaradas livres da poliomielite, assim como a Europa e a China. Campanhas de massa, envolvendo 20 milhões de trabalhadores e voluntários, alcançam 500 milhões de crianças em dezenas de países, anualmente (CHIH, 2012).

Segundo Barbosa (2013), os esforços para combater a pólio deram bons resultados, ainda que o plano de erradicar a doença até o ano 2000 não tenha sido totalmente cumprido. Em 1988, a doença era endêmica em 125 países; atualmente, é apenas em três. A Índia, que anos atrás era considerada um dos países mais afetados pela pólio, conseguiu ficar livre da doença em fevereiro de 2012, deixando mais de 172 milhões de crianças protegidas da doença. Porém, mesmo com esses avanços, houve surtos recentes na África, no Tadjiquistão e na China; algumas dessas regiões registraram seus primeiros casos da doença em mais de uma década.

Existem duas grandes dificuldades no controle da pólio: a primeira é conseguir eliminar a doença de países pobres, muito

Gráfico 1. Número de casos confirmados de poliomielite e notificados de paralisia flácida aguda, Brasil, 1979 a 2008.



Fonte: SVS/MS

populosos e de zonas de conflito ou guerra; a segunda é evitar o risco de exportação dos poliovírus dessas regiões para os países onde a pólio já está sob controle ou já foi eliminada (BRICKS, 1997).

Apesar de erradicada na maior parte dos países, o poliovírus continua circulando na Ásia e na África, o que impõe a manutenção de uma vigilância ativa para impedir sua reintrodução nas áreas erradicadas. Em 2005 e 2006, devido à epidemia africana, além de se espalhar em países com casos devido à baixa cobertura vacinal, o vírus reinfectou outros países que estavam sem casos de pólio desde 1995. Até o momento, 16 países apresentaram casos derivados da importação do vírus; destes, seis tiveram a transmissão restabelecida: Sudão, Mali, Burkina Faso, Chad, República Africana Central e Costa do Marfim (SILVA; CAMARA, 2011). A menos que a transmissão do poliovírus seja interrompida nos países ainda endêmicos, haverá o ressurgimento mundial da doença com um risco real de surtos graves em áreas que há muito tempo estão livres da pólio.

Segundo estudo da Universidade de Harvard, se a erradicação fosse interrompida e trocada por uma política de controle baseada em programas de imunização, teríamos cerca de 200 mil casos de paralisia por pólio nos próximos 20 anos (CHIH, 2012). De acordo com Bruce Aylward, coordenador da Iniciativa Global para a Erradicação da Pólio, “controlar a pólio significa ter alto custo e poucos casos, ou ter baixo custo e muitos casos – mas nunca baixo custo e poucos casos –, o que somente irá acontecer se continuarmos a ter alto custo no curto prazo até erradicarmos a pólio” (CHIH, 2012).

A ameaça da continuação da transmissão da doença, devido à falta de financiamento e de vacinação, levou a Iniciativa Mundial para a Erradicação da Pólio (GPEI – *Global Polio Eradication Initiative*) a lançar um Plano de Ação de Emergência (PAE) (WHO, 2010).

O objetivo primordial do PAE é ajudar o restante dos locais ainda infectados pela

pólio, como áreas da Nigéria, do Paquistão e do Afeganistão, a alcançarem a erradicação através de uma abordagem de emergência, com liderança adequada, fiscalização e prestação de contas, com o apoio de parceiros internacionais.

Em 2010-2011, as atividades de erradicação da poliomielite resultaram em vários sucessos marcantes. A Índia tornou-se livre da pólio, os casos globais diminuíram 52%, e no Sudão do Sul e em Angola não se registra nenhum caso desde junho de 2009 e julho de 2011, respectivamente. Além disso, os casos caíram substancialmente no segundo semestre de 2011, no Chade e na República Democrática do Congo. Porém, nos três países endêmicos restantes, os casos de pólio aumentaram: no Afeganistão, 220%; na Nigéria, 185%; e no Paquistão, 37%), com um aumento mais dramático na segunda metade de 2011. A pólio também se espalhou internacionalmente a partir da Nigéria e do Paquistão, ressaltando o risco de transmissão do vírus endêmico globalmente (WHO, 2012, p. 3).

A erradicação da pólio está em um ponto de inflexão: caso a imunidade nos três países restantes não suba aos níveis necessários para impedir a transmissão do poliovírus, ela irá falhar. As consequências do fracasso serão imediatas e de longo prazo. O vírus voltará a espalhar-se rapidamente a partir de países afetados pela pólio, provocando grandes surtos da doença em áreas com imunidade fraca, provavelmente, apresentando uma alta taxa de mortalidade. Dentro de uma década, a doença poderia restabelecer-se globalmente, causando paralisia em mais de 200 mil crianças a cada ano e impedindo benefícios financeiros estimados em, no mínimo, US\$ 40-50 bilhões até 2035 (WHO, 2012, p. 3).

O *quadro 1* detalha as metas descritas no Plano Estratégico 2010-2013.

Em 21 de janeiro de 2012, a Organização Mundial de Saúde declarou a erradicação da poliomielite como uma “emergência programática para o público mundial de saúde” e solicitou à Diretora Geral da OMS

Quadro 1. Metas do Plano Estratégico para erradicação da poliomielite 2010-2013.

2010	2011	2012	2013	2014
Até a metade de 2010: erradicação de todos os surtos de pólio que tiveram início em 2009.	Até o final de 2010: erradicação de toda transmissão do vírus da pólio “re-estabelecido”.	Até o final de 2011: erradicação de toda transmissão de pólio em ao menos 2 dos 4 países endêmicos.	Até o final de 2012: erradicação de toda transmissão do vírus da pólio selvagem.	Até o final de 2013: validação inicial dos marcos de 2012.

Fonte: WHO, 2010.

para desenvolver um plano intensificado até 2013, a fim de interromper a transmissão global do poliovírus selvagem. Em resposta, o GPEI desenvolveu o Plano de Ação Emergencial Global contra a pólio 2012-2013. Seu objetivo é apoiar a mudança transformacional, levando à erradicação nos três restantes países onde a pólio é endêmica: Nigéria, Paquistão e Afeganistão. O Plano Estratégico de 2012-2013 baseia-se nas abordagens estratégicas descritas no Plano Estratégico 2010-2012 e introduz novas abordagens destinadas a acelerar o progresso em relação aos seus marcos. O Plano também vai servir como um precursor fundamental para a erradicação da pólio e Endgame Estratégia 2014-18.

Saúde global e responsabilidade brasileira

O Brasil tem sido um importante ator no processo de erradicação da pólio, particularmente nos aspectos técnicos, como no apoio político à Iniciativa Global de Erradicação da Pólio. Como pioneiro na erradicação da poliomielite, o Brasil pode e deve dar um forte apoio para ajudar a comunidade global a acabar com essa devastadora doença em todo o mundo.

Nos anos 1980, o Brasil ajudou a desenvolver e realizar uma maneira nova e eficaz

de imunizar um grande número de crianças contra a poliomielite. Nos chamados “Dias Nacionais de Imunização”, milhões de crianças em todo o País foram vacinadas contra a pólio, sendo esta uma estratégia que tem sido replicada em muitos países do mundo (BARBOSA, 2013).

A liderança do Brasil ajudou a pavimentar o caminho para ampliar a imunização nas Américas e, em 1994, toda a região foi certificada como livre da pólio, porém, enquanto a pólio está erradicada no Brasil, ela continua a debilitar crianças em outras partes do globo. Em uma era de viagens e comércio internacionais, a existência dessa doença em qualquer lugar é uma ameaça às crianças de todo o planeta. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o fracasso na erradicação da poliomielite pode levar, dentro de uma década, a cerca de 200 mil novos casos, a cada ano, dessa doença mortal, que não conhece fronteiras.

Nos últimos 25 anos, no entanto, os casos de pólio caíram mais de 99%. Esse progresso é o resultado de um esforço iniciado em 1988, chamado Iniciativa Global de Erradicação da Pólio. Essa parceria público-privada é liderada pelos governos nacionais, pela Organização Mundial da Saúde, pelo Rotary International, pelos Centros Americanos para o Controle e a Prevenção de Doenças, e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância. E conta, ainda, com parceiros-chave,

incluindo a Fundação Bill & Melinda Gates e a Fundação das Nações Unidas.

Entre outras medidas importantes, a Iniciativa Global de Erradicação da Pólio tem fornecido os recursos necessários para os programas nacionais de vacinação contra a doença. Por exemplo, entre 1986 e 1991, o Brasil recebeu mais de 6 milhões de dólares para os esforços de imunização.

O Brasil tem um importante papel a cumprir no cenário internacional. Assim como recebeu ajuda externa para a eliminação da varíola, precisa contribuir na erradicação da pólio no mundo. O Governo do Brasil deve considerar a importância do seu papel nessa causa. Além disso, pode mobilizar os Brics e grupos do G20 a apoiarem ativamente o esforço de erradicação global da pólio (BARBOSA, 2013).

Como afirmou Barbosa (2013), assim como o Brasil ajudou a liderar a luta contra a pólio anteriormente, pode contribuir com o esforço global nesta nova fase. A responsabilidade de proteger cada criança da paralisia infantil é de todos.

Brasil: cooperação internacional em saúde

A cooperação internacional em saúde é a expressão da solidariedade entre as nações entendida como um direito humano. A legitimação e a consolidação das políticas do Sistema Único de Saúde (SUS), o controle de epidemias, a promoção do desenvolvimento nacional e a redução das desigualdades são contribuições do Brasil na cooperação internacional (BRASIL, 2012).

A cooperação do Brasil na área da saúde mundial é antiga. Em 1945, o país esteve representado na Conferência da ONU sobre Organizações Internacionais, realizada em São Francisco, Califórnia, que resultou na fundação da OMS. Nessa reunião, delegados do Brasil e da China propuseram a convocação de uma conferência geral com a

finalidade de estabelecer uma organização internacional de saúde. Além disso, o Brasil se encontrava entre as 61 nações signatárias à Constituição da OMS, em 1946, e um brasileiro, Marcolino Candau, foi seu Diretor-Geral durante 20 anos (1953-1973), representando a mais longa permanência em tal posto, na história da OMS (BUSS, 2011).

No início do século XXI, o Brasil ingressou no cenário internacional com mais determinação e força, posicionando-se como um ator importante, por exemplo, no estabelecimento da Declaração de Doha (na Organização Mundial do Comércio) para o Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS) e para a saúde pública (2001), e da Convenção-Quadro sobre o Controle do Tabaco da OMS (2003) (BUSS, 2011).

A saúde foi um dos destaques na política externa brasileira durante a última década, devido à competência técnica gerada pela originalidade do SUS, e às orientações gerais da política externa brasileira, direcionada ao fortalecimento da cooperação Sul-Sul e à priorização da América do Sul e da África. Uma das organizações mais ativas nessa cooperação tem sido a Fundação Oswaldo Cruz, uma instituição brasileira vinculada ao Ministério da Saúde que se dedica à pesquisa, ao desenvolvimento, à educação, à produção de bens de saúde e à consultoria nas mais variadas áreas da saúde pública.

O modelo de cooperação Sul-Sul adotado pelo Brasil tem sido chamado de ‘cooperação estrutural para a saúde’ e está baseado fundamentalmente na capacitação para o desenvolvimento. A progressão para além das formas tradicionais de ajuda internacional está centrada no fortalecimento, em nível institucional, da parceria entre os sistemas de saúde nacionais; na combinação de intervenções concretas com estruturação da capacidade local e com a geração do conhecimento; e na promoção do diálogo entre os atores, para que possam assumir a liderança nos processos do setor de saúde e

formular uma agenda para futuro desenvolvimento da saúde (BUSS, 2011).

Para melhorar ainda mais a cooperação internacional brasileira na saúde, muitas de suas instituições têm de ser harmonizadas. Discute-se mesmo a possibilidade de elaboração de uma lei que defina um novo quadro e estabeleça mecanismos modernos para os processos de cooperação internacional em saúde do País.

A pauta atual da cooperação brasileira conduzida pelo Ministério da Saúde contempla cerca de 120 projetos, principalmente com países da América Latina, do Caribe e dos países africanos de língua portuguesa. Isso sem falar das diversas ações humanitárias e iniciativas estratégicas para o fortalecimento da gestão, articulação e coordenação com os distintos parceiros (BRASIL, 2012).

Com o objetivo de fortalecer a articulação e a coordenação entre os países membros da União de Nações Sul-Americanas (Unasul), no que tange à cooperação técnica e ao apoio mútuo para o controle de epidemias e situações de urgência e emergência, o Ministério da Saúde implementou a Rede de Assessoria Internacional e de Cooperação Internacional em Saúde (REDESUL-ORIS).

A troca de iniciativas de sucesso de um país para outro é realizada a partir do princípio de cooperação técnica horizontal baseada no respeito mútuo, onde as ações e as agendas são definidas conjuntamente. Nesse sentido, os temas de saúde não podem ficar restritos, pois são temas globais que precisam de respostas rápidas e integradas para serem eficientes.

No Haiti, por exemplo, após o terremoto de 2010, que praticamente destruiu o sistema de saúde haitiano, o Ministério da Saúde firmou um Memorando de Entendimento entre Brasil, Cuba e Haiti para fortalecer o sistema de saúde e de vigilância epidemiológica daquele país.

O Brasil é responsável por apoiar a recuperação da infraestrutura do sistema de saúde haitiano não só com investimentos em

obras – como a construção e a reforma de unidades de saúde –, mas também na capacitação e na formação de mão de obra na área de saúde, baseada na experiência de sucesso do SUS. Além disso, a cooperação apoia, também, o Programa Ampliado de Vacinação do Haiti, que promoveu, este ano, a Campanha Nacional de Vacinação Contra o Sarampo, a Rubéola e a Poliomielite. O Ministério da Saúde já doou ao programa de imunização haitiano 8,7 milhões de doses de vacinas. Na primeira fase da campanha de vacinação, realizada de 21 de abril a 5 de maio deste ano, o Brasil doou 3 milhões de doses da vacina oral contra a poliomielite, disponibilizou 15 veículos com motorista e combustível, e enviou enfermeiros com experiência em áreas de difícil acesso (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde coordena a cooperação no âmbito brasileiro do projeto tripartite e vem contribuindo para medidas de fortalecimento do Sistema de Atenção Básica do Haiti, baseada na experiência de sucesso do SUS.

A Assessoria Internacional de Assuntos em Saúde, de forma coordenada com as áreas técnicas e instituições vinculadas do Ministério da Saúde, tem cumprido um papel fundamental no sentido de traçar diretrizes e estratégias, elaborar, negociar, monitorar e avaliar projetos de cooperação.

Conclusões

O Brasil tem sido um ator importante no processo de erradicação da pólio, particularmente nos aspectos técnicos e políticos de apoio à Iniciativa Global de Erradicação da Pólio.

As estratégias adotadas no País têm sido utilizadas como referências e foram replicadas em muitos outros países do mundo. Além disso, sua liderança na erradicação ajudou a abrir caminhos para ampliar a imunização da pólio nas Américas e no mundo.

O Brasil tem um importante papel a cumprir no cenário internacional para a

erradicação da poliomielite. Além de já ter erradicado a pólio em seu território, deve continuar a cooperar internacionalmente para que o objetivo final, de erradicação dessa doença, seja alcançado. ■

Referências

AYLWARD, B. 2012 – *Campanha de erradicação da pólio da OMS*. Disponível em: <<http://cdf4750.wordpress.com/2012/05/24/oms-lanca-campanha-de-emergencia-global-contra-a-polio/#more-1992>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

BARBOSA, F.C.A *Oportunidade do Brasil de Erradicar a Paralisia Infantil*. Rotary International. 2013. Disponível em: <<http://www.endpolio.org/pt/blog/polio-eradication/2013/02/26/a-oportunidade-do-brasil-de-erradicar-a-paralisia-infantil>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Guia de vigilância epidemiológica*. 7 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Caderno 4.

_____. *Cooperação Internacional*. 2012. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/5804/859/CooperacaoInternacional.html>> Acesso em: 15 ago. 2013.

BRICKS, L.F. Poliomielite: situação epidemiológica e dificuldades para a erradicação global. *HCFMUSP. Pediatria*. São Paulo, n. 19, v.1, p. 24-37, 1997.

BUSS, P. *Brasil: estruturando a cooperação na saúde*. Publicado Online. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60354-1. 2011. Disponível em <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilporcom2.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2013.

CAMPOS, A.L.V. de; NASCIMENTO, D. R. do; MARANHÃO, E. A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 10, suppl. 2, p. 573-600, 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/hcsm/v10s2/a07v10s2.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2013.

CHIH, W.Y. *Poliomielite: um guia para entender a erradicação da doença*. Campanha End Polio Now. Santa Catarina. Rotary International Distrito 4651, 2012.

DDTHA/CVE. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac. Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar. *Poliomielite e Síndrome Pós-Poliomielite*. 2006. Disponível em <http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/hidrica/ifnet_poliospp.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2013.

MAYNARD, F.M.; HEADLEY J.L. Manual Acerca dos Efeitos Tardios da Poliomielite, para Médicos e sobreviventes. *Col. Rumos e Perspectivas*, 2000.

NASCIMENTO, D.R. (Org.) *Projeto a história da Poliomielite e de sua erradicação no Brasil: Seminários*. Fiocruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2004.

ROTARY INTERNATIONAL. *The Rotary Foundation*. Disponível em: <<http://www.rotary.org>>. Acesso em: 08 jun. 2013.

SILVA, D.S.G.; CÂMARA, C.N.S. Poliomielite no Brasil: histórico e inclusão no mercado de trabalho. *Revista Digital Buenos Aires*. Año 16, n.156, mayo 2011. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd156/poliomielite-no-brasil-historico-e-inclusao.htm>>. Acesso em: 12 abr. 2013.

WHO. *Global Alliance for Vaccines and Immunisation*. Fact Sheet N° 169. 2001. Disponível em: <<https://apps.who.int/inf-fs/en/fact169.html>> Acesso em 20 jun. 2013.

_____. World Health Organization. *Global Polio Emergency Action Plan 2012-13*. Action to stop polio now in Nigeria, Pakistan and Afghanistan. 2012. Disponível em: <http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/StrategyWork/EAP_201205.pdf>. Acesso em: 5 mai. 2013.

_____. *Global Polio Eradication Initiative*. Strategic Plan 2010-2012. WHO, 2010. Disponível em: <http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/StrategicPlan/StratPlan2010_2012ENG.pdf> Acesso em: 5 mai. 2013.

Recebido para publicação em setembro de 2013
Versão final em fevereiro de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Judicialização da saúde e a audiência pública convocada pelo Supremo Tribunal Federal em 2009: o que mudou de lá para cá?

Judicialization of health and public hearing convened by the Supreme Court in 2009: what has changed since then?

Dalila F. Gomes¹, Camila Rufino Souza², Felipe Luiz da Silva³, Julianna Alves Pôrto⁴, Indyara de Araújo Moraes⁵, Maíra Catharina Ramos⁶, Everton Nunes da Silva⁷

RESUMO: Em 2009, o Supremo Tribunal Federal (STF) convocou uma Audiência Pública para discutir a judicialização, quando foram ministradas 51 palestras. Utilizando o método descritivo-analítico, sistematizaram-se os argumentos, visando identificar potenciais medidas para contornar o problema e analisar o que foi feito até então. As políticas públicas possuem algumas falhas ao aplicar, no caso concreto, os princípios do SUS, e a judicialização deve ser vista como um instrumento excepcional, não como regra do sistema. As principais medidas adotadas foram o uso de evidência científica na tomada de decisão do Executivo e do Judiciário e a sustentabilidade do financiamento da saúde. Em ambos os casos, houve avanços significativos.

PALAVRAS-CHAVE: Política de saúde; Judicialização; Direito à saúde; Poder judiciário; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: In 2009, the Supreme Court (STF) convened a Public Hearing to discuss the judicialization in health, in which 51 speeches were heard. Using a descriptive-analytical method, we aimed to systematize the speaker's arguments; to identify potential actions to overcome the problem; and to analyze what have been done since then. Public policies have failed in applying SUS principles in some individual levels and the judicialization should be seen as an exceptional instrument, not the rule of the system. The principal proposals adopted were: the use of scientific evidence in decision making (Executive and Judiciary) and the sustainability of health funding. In both cases there have been significant advances.

KEYWORDS: Health policy; Judicialization; Right to health; Judicial power; Unified Health System.

¹Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil. dalilafg@gmail.com

²Graduanda em Farmácia pela Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil. camilaruffinno@gmail.com

³Graduando em Farmácia pela Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil. felipehluiz@gmail.com

⁴Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil. juzinhaaporto@hotmail.com

⁵Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil. indydy@gmail.com

⁶Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil. mairacramos@gmail.com

⁷Doutor em Economia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Porto Alegre (RS), Brasil. Professor Adjunto da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil. evertonsilva@unb.br

Introdução

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) estabelece os princípios da universalidade e igualdade e as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Este tem se mostrado uma das políticas públicas mais importantes realizadas no país em todos os tempos. O volume de ações e serviços em saúde é expressivo, provavelmente, constituindo-se no maior sistema público de saúde no mundo em termos de volume de produção (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011). Em conjunto, essas ações e serviços de saúde têm contribuído para o bem-estar da população brasileira (MINAYO, 2008). No entanto, o SUS também acumula indicadores ruins, os quais persistem ao longo do tempo. Por exemplo, o acesso ao sistema público ainda constitui um problema para parte da população brasileira (COELHO, 2010). Além disso, a falta de infraestrutura, escassez de recursos humanos e de financeiros tem ocasionado longas filas de espera por atendimentos e atraso no fornecimento de tecnologias em saúde, particularmente no que se refere à assistência farmacêutica (VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

Diante dessas falhas, os cidadãos – individual ou coletivamente – têm recorrido ao Judiciário com vistas a obter o direito à saúde, garantido na Constituição (PEPE ET AL., 2010). A solicitação e a concessão de ações judiciais tem se baseado na interpretação de que a integralidade comporta o direito a toda e qualquer tecnologia em saúde que visem à promoção, prevenção, recuperação ou manutenção da saúde dos brasileiros (PANDOLFO; DELDUQUE; GORETI AMARAL, 2012).

Partindo dessa interpretação, tem-se avolumado o número de ações judiciais impetradas no judiciário brasileiro (VIEIRA; ZUCCHI, 2007; PEPE ET AL., 2010; PANDOLFO; DELDUQUE; GORETI AMARAL, 2012; SOARES; DEPRA, 2012). Segundo relatório emitido pela Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde houve um aumento de 22% no número de ações judiciais direcionadas à União

entre 2009 e 2011, totalizando 10.486 e 12.811 processos, respectivamente. Conforme ressalta o referido relatório (CONSULTORIA JURÍDICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), nem todos os processos recebidos pelo Ministério da Saúde (MS) geram dispêndio a essa instituição, seja porque a ação judicial foi negada (parte menor dos casos) seja porque a ação judicial foi atendida pelos demais entes federativos (estados e municípios), os quais geralmente figuram como corréus. As ações judiciais que realmente geraram gasto ao MS totalizaram 1.782 processos em 2009 e 1.931 em 2011.

Se, por um lado, houve um crescimento de 8% na quantidade de ações judiciais que efetivamente geraram aquisições do MS entre 2009 e 2011, por outro, no mesmo período, houve um crescimento de quase 300% no gasto total com essas tecnologias em saúde, passando de R\$ 83,1 milhões em 2009, para R\$ 243,9 milhões em 2011.

Em 2009, o então Presidente do Supremo Tribunal Federal (STF), Ministro Gilmar Mendes, convocou uma Audiência Pública para discutir o assunto. Vários atores envolvidos direta ou indiretamente com a judicialização da saúde foram ouvidos. Este artigo tem por objetivos: i) sistematizar os argumentos dos palestrantes, favoráveis e contrários ao uso do meio judicial para obter tecnologias da saúde; ii) identificar potenciais medidas capazes de contornar o problema da judicialização; iii) analisar o que foi feito de concreto, ao longo dos três anos da realização da Audiência Pública de 2009, para mitigar as causas e os efeitos da judicialização.

Metodologia

Neste artigo, utilizou-se o método descritivo-analítico com o intuito de identificar o conteúdo dos discursos proferidos na referida Audiência Pública. Todos os pronunciamentos estão disponíveis no endereço eletrônico do STF, em formato escrito e em gravação de áudio e imagem. Excetuando-se as falas

de abertura e fechamento de cada sessão, totalizaram 51 apresentações (*quadro 1*). Cada palestrante representava uma instituição ou categoria profissional. As falas foram analisadas e discutidas por todos os autores deste artigo. Quando não havia consenso sobre determinado argumento de uma fala, uma nova rodada de discussão era realizada. De modo geral, a maioria dos argumentos obteve consenso na primeira discussão. Os autores tiveram como fio condutor de suas interpretações o enfoque da Saúde Coletiva.

Nesse contexto, adotaram-se os seguintes procedimentos para sistematizar as ideias-chave e o posicionamento sobre a judicialização:

1. Estratificar o conjunto de palestrantes por categoria de representação, dividindo-se em usuários, gestores, academia,

operadores do direito, associações de profissionais, assistência privada e indústria.

2. Analisar o posicionamento – favorável, contrário ou relativo – central dos discursos distribuídos por categorias de representação.

3. Analisar e calcular a frequência de todos os pontos abordados pelos palestrantes.

4. Analisar e calcular a frequência de todos os pontos salientados pelos palestrantes para contornar as causas e os efeitos da judicialização.

5. Identificar e analisar, levando em consideração as sugestões mais frequentes dos palestrantes no passo anterior, o que mudou de 2009 a 2012.

Quadro 1. Debatedores e respectivas instituições

Palestrante	Instituição
Adib Jatene	Ex-Ministro da Saúde e Diretor-Geral do Hospital do Coração em São Paulo
Agnaldo Gomes da Costa	Secretário de Estado de Saúde do Amazonas
Alberto Beltrame	Secretário de Atenção da Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS)
Alexandre Sampaio Zakir	Representante da Secretaria de Segurança Pública e do Governo de São Paulo
Ana Beatriz Pinto de Almeida Vasconcellos	Gerente de projeto da Coordenação Geral da Política de Alimentos e Nutrição do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
Andre da Silva Ordacgy	Defensor Público da União
Antônio Barbosa da Silva	Representante do Instituto de Defesa dos Usuários de Medicamentos
Antônio Carlos Figueiredo Nardi	Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS)
Cátia Gisele Martins Vergara	Promotora de Justiça do MPDF, representante da Associação Nacional do Ministério Público de Contas
Ciro Mortella	Presidente da Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica

Quadro 1. (cont.)

Palestrante	Instituição
Cláudia Fernanda de Oliveira Pereira	Procuradora-Geral do Ministério Público de Contas do Distrito Federal, representante da Associação Nacional do Ministério Público de Contas
Cláudio Maierovitch Pessanha Henrique	Coordenador da Comissão de Incorporação de tecnologia do Ministério da Saúde (CITEC/MS)
Cleusa R. da Silveira Bernardo	Diretora do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção a Saúde do MS
Debora Diniz	Fundadora do Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero (ANIS)
Dirceu Raposo de Mello	Diretor-Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)
Edelberto Luiz da Silva	Consultor Jurídico do Ministério da Saúde
Fernando Barros e Silva de Souza	Procurador Geral da República
Flávio Pansiere	Representante do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil
Francisco Batista Junior	Presidente do Conselho Nacional da Saúde (CNS)
Geraldo Guedes	Representante do Conselho Federal de Medicina
Heloisa Machado de Almeida	Representante da ONG Conectas Direitos Humanos
Ingo Sarlet	Professor Titular da PUC/RS e Juiz de Direito
Jairo Bisol	Presidente da Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde
Janaína Barbier Golçalves	Procuradora do Estado do Rio Grande do Sul
Jorge André de Carvalho Mendonça	Juiz da 5ª Vara Federal de Recife
José Antônio Dias Toffoli	Advogado-Geral da União
José Antônio Rosa	Procurador-Geral do Município de Cuiabá
José Getúlio Martins Segalla	Presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica
José Gomes Temporão	Ministro da Saúde
José Pinotti	Professor Titular Emérito da USP e Unicamp
Josué Félix de Araújo	Presidente da Associação Brasileira de Mucopolissacarídeos
Leonardo Azeredo Bandarra	Procurador Geral de Justiça do Distrito Federal e Territórios e Presidente do Conselho Nacional dos Procuradores-Gerais dos Ministérios Públicos dos Estados e da União

Quadro 1. (cont.)

Palestrante	Instituição
Leonardo Lorea Mattar	Defensor Público Geral da União
Luís Roberto Barroso	Representante do Colégio Nacional de Procuradores dos Estados e do Distrito Federal e Territórios
Luiz Alberto Simões Volpe	Fundador do Grupo Hipupiara Integração e Vida
Marcos Salles	Representante da Associação dos Magistrados Brasileiros (AMB)
Maria Helena Barros de Oliveira	Representante da FIOCRUZ
Maria Inez Pordeus Gadelha	Consultora da Coordenação-Geral de Alta Complexidade do Departamento de Atenção Especializada do Ministério da Saúde
Ministro Carlos Alberto Menezes Direito	Ministro do Supremo Tribunal Federal (STF)
Osmar Gasparini Terra	Presidente do Conselho Nacional de Secretários da Saúde - CONASS
Paulo Dornelles Picon	Representante da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Paulo Marcelo Gehm Hoff	Representante da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo e da Faculdade de Medicina da USP
Paulo Menezes	Presidente da Associação Brasileira de Amigos e Familiares de Portadores de Hipertensão Arterial Pulmonar (ABRAF)
Paulo Ziulkoski	Presidente da Confederação Nacional dos Municípios
Raul Cutait	Professor Associado da Faculdade de Medicina da USP, Médico Assistente do Hospital Sírio Libanês
Reinaldo Felipe Nery Guimarães	Secretário de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do MS
Rodrigo Tostes de Alencar Mascarenhas	Subprocurador-Geral do Estado do Rio de Janeiro
Sérgio Henrique Sampaio	Presidente da Associação Brasileira de Assistência à Mucoviscidose
Sueli Gondolfi Dallari	Representante do Centro de Estudos e Pesquisa de Direito Sanitário
Valderílio Feijó Azevedo	Representante da Associação Nacional de Grupos de Pacientes Reumáticos (ANAPAR)
Vitore Maximiano	Defensor Público do Estado de São Paulo

Fonte: Elaboração própria.

Cabe ressaltar que não faz parte do escopo deste artigo analisar a judicialização no âmbito do setor privado, particularmente no que se refere ao sistema suplementar

Resultados

Em quantidade, os gestores da saúde possuíam maior representação 15 palestrantes, sendo dez federais, três estaduais e dois municipais, seguidos pelos operadores de direito, que contaram com 14 representantes. Participaram também representantes da assistência privada (1) e da indústria (1). A sociedade civil organizada também participou do evento, contando com representação dos usuários (7), das associações de profissionais da saúde (5), das instituições de ensino e pesquisa (8) (tabela 1).

Em termos qualitativos, houve 16 falas sem posicionamento claro sobre o tema. Esses palestrantes levantaram tanto pontos positivos como negativos. Ademais, um representante da academia não trouxe nenhum argumento concreto sobre a judicialização, restringindo-se a uma análise histórica da saúde pública.

De um modo geral, verificou-se certo equilíbrio nos discursos dos representantes dos operadores do direito e da academia, pois não há uma tendência forte de que esses setores, analisados em conjunto, sejam essencialmente favoráveis ou contrários à judicialização. As categorias da indústria e da assistência privada tiveram apenas um representante cada, sendo baixa a representatividade para se inferir sobre um eventual padrão. Quanto à categoria de associação de profissionais, quatro dos cinco não tiveram um posicionamento claro, levantando

Tabela 1. Posicionamento em relação à judicialização, em valores absolutos

Representação	Posicionamento em relação à judicialização			Total
	Essencialmente a favor	Essencialmente contra	Levanta pontos positivos e negativos	
1. Usuário	6	-	1	7
2. Indústria	-	-	1	1
3. Gestor federal	1	7	2	10
4. Gestor estadual	-	2	1	3
5. Gestor municipal	-	2	-	2
6. Academia	3	2	2	8*
7. Operador de direito	5	4	5	14
8. Associação de profissionais	1	-	4	5
9. Assistência privada	-	1	-	1
Total	16	18	16	51*

Fonte: Elaboração própria.

Nota: *Um representante da academia não trouxe argumento, nem a favor nem contra.

argumentos dos dois lados do processo, havendo apenas um que se posicionou essencialmente favorável à judicialização.

A divisão em nove categorias de representação, diferentemente de outros artigos que estratificaram em poucas categorias (SANTOS, 2010; VALLE; CAMARGO, 2010; MACHADO; DAIN, 2012), permitiu evidenciar a dicotomia entre usuários e gestores do SUS. Somente nesses dois conjuntos, houve um elevado grau de homogeneidade quanto aos seus posicionamentos: os usuários se mostraram essencialmente favoráveis à judicialização, enquanto que, dos quinze representantes da gestão, onze se mostraram essencialmente contrários. Em meio a esse cenário, pode-se deduzir a existência de fortes conflitos de interesse entre eles.

No intuito de sistematizar os discursos de forma mais adequada, optou-se por definir quatro aspectos relacionados à sustentabilidade do sistema público de saúde, em termos de: 1) segurança e eficácia/efetividade das ações e serviços de saúde; 2) disponibilidade de recursos financeiros; 3) princípios que regem o SUS; e 4) papel do judiciário no contexto da saúde. Ao todo, foram registrados 107 argumentos, dos quais 41 foram favoráveis à judicialização (38%) e 66 (62%) contrários a ela. O *quadro 2* sumariza os argumentos, distribuídos nessas quatro categorias.

Quanto aos argumentos referentes às ‘ações seguras e efetivas’, estes foram os mais frequentes nos discursos contrários à judicialização (três a favor e 22 contra). A crítica mais recorrente refere-se ao fato de o juiz conceder qualquer tipo de tecnologia em saúde que, supostamente, traria benefícios clínicos ao estado de saúde da parte requerente sem levar em consideração a evidência científica disponível ou o registro da Anvisa. Esse fato fica evidente quando se concedem tecnologias em fase experimental, sem que tenham passado por todas as fases de pesquisa clínica para comprovar sua segurança e eficácia.

Ademais, criticou-se a concessão por via judicial de medicamentos sem ganhos ou vantagens terapêuticas em relação aos já existentes no sistema público, e, em sua grande maioria, com custos mais elevados. Além dos medicamentos, citou-se também a concessão de tratamentos no exterior, os quais, geralmente, são de caráter experimental ou estão disponíveis em território nacional, não havendo, assim, a necessidade de ser encaminhado a outro país às expensas do sistema público de saúde.

Os argumentos favoráveis à judicialização apareceram em menor número nesse grupo. O único argumento utilizado foi que o Judiciário deve intervir quando há omissão do Estado na disponibilização de tecnologias já incorporadas ao SUS. Parte-se do princípio de que, se essas tecnologias já foram introduzidas no sistema público, houve uma avaliação prévia na qual se comprovou que estas são seguras e efetivas.

A exemplo dos comentários relacionados à segurança e à eficácia, os ‘aspectos financeiros’ também obtiveram maior frequência entre os palestrantes que defenderam argumentos contrários à judicialização (um a favor e 14 contra). A principal questão levantada é que a judicialização compromete a previsibilidade de recursos destinados a políticas públicas, o que pode ocasionar escassez de recursos para custear as ações e serviços de saúde já pactuados entre as esferas de governo e a sociedade. Aliado a isso, na maioria dos casos, a judicialização está associada à compra de medicamentos de alto custo, mesmo havendo opções mais baratas e de mesma eficácia e segurança no sistema público. Outro fator levantado refere-se às compras realizadas sem processo de licitação, pois o gestor tem um curtíssimo período para cumprir a ação judicial, o que acaba acarretando maior ônus ao sistema. Cabe ressaltar também a influência dos interesses corporativos em fomentar as demandas judiciais para compra de tecnologias de alto custo, visando apenas ao lucro, e não ao interesse público.

Quadro 2. Principais pontos levantados no que se refere à judicialização e frequência

A favor	Contra
Em termos de ações efetivas e seguras	
A favor quando há omissão de tecnologia já incorporada ao SUS (falha do sistema) (3)	Concessão de tecnologias em fase experimental (10)
	Concessão de medicamentos sem registro na ANVISA (3)
	A maioria dos produtos lançados no mercado não apresenta ganhos ou vantagens terapêuticas em relação aos já existentes, além de possuir custo mais elevado (2)
	Constituem meio de quebrar os limites técnicos e éticos que sustentam o SUS, impondo o uso de tecnologias sem avaliação prévia detalhada (incorporação acrítica) (2)
	Tecnologias sem evidência científica comprovada (2)
	A judicialização não leva em consideração os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do MS (1)
	Tecnologia inadequada ao tratamento - <i>off label</i> (1)
	Crescente número de ações judiciais que não concedem apenas a tecnologia demandada como deixam pré-aprovadas as solicitações de outras sem necessariamente recorrer ao judiciário (pedidos em aberto) (1)
Em termos financeiros	
A judicialização existe por uma falha de gestão do Estado e não por falta de recursos financeiros (1)	A judicialização compromete a previsibilidade de recursos destinados a políticas públicas (4)
	Escassez de recursos para o financiamento de ações e serviços de saúde (3)
	Medicamentos de mesma eficácia, mas optando, geralmente, pela opção mais cara (3)
	Influência dos interesses corporativos nas ações judiciais (2)
	Financiamento via judicial é mais oneroso para os cofres públicos do que quando fornecidos pelo próprio sistema (1)
	Permite múltiplas solicitações a vários entes federativos para a mesma finalidade (1)

Quadro 2. (cont.)

A favor	Contra
Em termos de princípios do SUS	
Obrigação de oferecer assistência farmacêutica e prestações de saúde de alto custo, visto que ela é uma demanda do princípio da integralidade (3)	A judicialização fere os princípios do SUS, no que se refere à coletividade e à ordem da lista de espera do SUS (7)
O direito coletivo não pode suprimir o direito individual (2)	Privilegia o direito à saúde individual em detrimento do coletivo (4)
Obrigação do Estado de disponibilizar medicamentos experimentais ou não incorporados à lista do SUS (2)	A integridade ilimitada, sem base científica, ética e orçamentária e sem compromisso para com a coletividade, é irracional (3)
Judicialização pode incentivar a criação de políticas públicas (1)	Desconhecimento técnico a respeito das competências do município e sua proximidade com a população levam ao aumento da demanda judicial (3)
A vida não tem preço (1)	O direito à saúde é garantido mediante políticas públicas e não via judicialização (2)
A saúde não deve ser vista como apenas um direito dos pobres que poderiam litigar em juízo (1)	A maioria dos pedidos é por feita quem tem acesso ao serviço privado (1)
Em termos do papel do judiciário	
Poder judiciário como garantidor do direito à saúde (14)	Dificuldade do judiciário em decidir questões específicas da saúde sem conhecimento técnico (4)
Papel do judiciário frente à omissão do Estado na execução e formulação de políticas públicas (5)	O judiciário não pode corrigir distorções graves do sistema de saúde (2)
Um instrumento quando há iminente risco de morte (3)	Em sua maioria, as tecnologias solicitadas não têm caráter de emergência, ou seja, com risco iminente à vida (2)
A judicialização é um meio de garantir o direito da população minoritária que possui doenças raras (3)	Os juízes não podem ser vistos como prescritores de medicamentos (1)
Embora ocorram excessos, a via judicial ainda se caracteriza como um instrumento válido de solicitação de medicamentos (1)	As ações judiciais podem causar “Escolhas de Sofia”
Judicialização do direito à saúde não visa a garantir o direito à vida, mas ao princípio da integridade da pessoa humana (1)	

Fonte: Elaboração própria.

A favor da judicialização, no que tange aos recursos financeiros, a argumentação utilizada é de que os recursos são suficientes, cabendo aos gestores o papel de otimizá-los por meio de gestão mais eficiente. Nesse sentido, o gestor não pode alegar falta de recursos para cumprir suas responsabilidades definidas no arcabouço legal.

Os argumentos que levaram em consideração os ‘princípios que regem o SUS’ também foram mais frequentes na corrente contrária à judicialização (10 a favor e 20 contra). Enquanto os palestrantes favoráveis às ações judiciais buscavam sustentação na integralidade, os contrários baseavam-se na universalidade e na equidade do acesso à saúde. Nesse cenário, os favoráveis à judicialização respaldam-se na percepção de que todo indivíduo deve ser observado de forma integral, isto é, deve-se respeitar cada particularidade do indivíduo e conhecer sua realidade para intervir em sua situação de saúde, mesmo que as intervenções sejam de alto custo; já os contrários argumentam que a integralidade não deve ser vista como totalidade, no sentido de ser ilimitada. Ademais, a judicialização da saúde privilegia o direito à saúde individual, em detrimento do coletivo, além de ferir a ordem da lista de espera do SUS.

Por fim, concernente ao ‘papel do Judiciário’, houve uma inversão do padrão anterior, pois nessa questão os argumentos a favor da judicialização foram os mais frequentes (27 a favor e 10 contra). A principal argumentação é que cabe ao Judiciário garantir o direito à saúde, principalmente quando há iminência de risco de morte. Cabe também ao Judiciário agir quando o Estado se omite em implementar políticas públicas, particularmente para as populações minoritárias, que geralmente são excluídas. Além disso, deve assegurar o princípio da integralidade da pessoa humana. Os argumentos contrários à judicialização levantam a discussão de que o Judiciário não possui conhecimento técnico suficiente para decidir questões específicas de saúde, e os juízes não podem ser vistos como prescritores

de medicamentos. Ao intervir na gestão da saúde, o Judiciário está, em última instância, interferindo na estrutura do SUS e na lógica estabelecida no sistema de saúde. Causam-se, assim, distorções ao favorecer o individual, muitas vezes causando escolhas de Sofia, ou seja, para permitir um benefício a uma determinada pessoa, terá de retirá-lo de outra.

Pontos para contornar a judicialização

Após a análise dos pontos favoráveis e desfavoráveis sobre a judicialização, notou-se que muitos palestrantes apresentavam alternativas de como contornar as suas causas e os seus efeitos no Brasil, sendo que muitas dessas propostas eram defendidas por mais de um palestrante. Ao todo, foram identificados 29 pontos de como contornar esse problema, os quais, em conjunto, foram citados 115 vezes (*quadro 3*). Além disso, para as sugestões mais citadas, verificou-se se houve algum avanço naquela direção.

As duas propostas mais citadas para contornar o problema da judicialização – mencionadas por aproximadamente um terço dos palestrantes – estão relacionadas aos papéis desempenhados pelos órgãos federais de regulação da saúde (Anvisa e MS) e pelo Judiciário. Na primeira proposta, defendeu-se o ‘aprimoramento das instâncias regulatórias no Brasil’ (17 citações), seja ao que se refere à concessão de registro para acesso ao mercado brasileiro – Anvisa – seja pela incorporação de tecnologias no âmbito do SUS (à época, Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – Citec/MS). A segunda proposta diz respeito à necessidade de o ‘Judiciário levar em consideração os Protocolos Clínicos e as Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do MS, os quais devem ser atualizados periodicamente e com maior participação de instituições afins’ (17 citações).

Após a realização da Audiência Pública, a Citec/MS passou por inúmeras mudanças

para aprimorar e agilizar o processo de incorporação de novas tecnologias no SUS, principalmente após a publicação da Lei 12.401, de 28 de abril de 2011, passando a se chamar Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (Conitec/MS). Se antes a Citec/MS era regulada por portaria ministerial, hoje a Conitec/MS respalda-se em lei federal, constituindo-se nitidamente em uma política de Estado e não de governo. Além disso, a representação dos membros dessa comissão foi ampliada de cinco para treze membros, incluindo representações dos gestores estaduais e municipais, do controle social e de profissionais da saúde.

Ampliou-se também o conjunto de estudos exigidos aos solicitantes de incorporação de tecnologias no SUS: registro da Anvisa; evidências de eficácia e segurança da tecnologia; e eficiência econômica (custo-efetividade e impacto orçamentário). Hoje existe um prazo máximo para avaliação dos processos, que é de 180 dias, prorrogáveis por mais 90 dias; caso a tecnologia seja incorporada, há também um prazo máximo de 180 dias para que as áreas técnicas efetivem a oferta no SUS. Em relação à transparência, todos os relatórios que subsidiam a tomada de decisão são disponibilizados ao público em geral por meio do endereço eletrônico da Conitec/MS.

Quadro 3. Principais pontos levantados pelos palestrantes para contornar a judicialização da saúde

1. Aprimoramento da atuação das instâncias regulatórias no Brasil: ANVISA (registro) e CITEC (incorporação ao SUS). **(17)**
 2. O Judiciário deve levar em consideração os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde, os quais devem ser atualizados periodicamente e com maior participação de instituições afins. **(17)**
 3. Fornecer assessoria técnica ao Judiciário. **(13)**
 4. Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29. **(10)**
 5. Uso de evidência científica na tomada de decisão de políticas públicas. **(8)**
 6. Primeiro solicitar administrativamente para, em última instância, recorrer à via judicial quando não há risco iminente de morte, evitando a banalização das ações judiciais em saúde. **(6)**
 7. Descentralização e definição de atribuições de cada ente federativo na saúde. **(5)**
 8. Buscar formas de reduzir os custos do tratamento, utilizando medicamentos com patente expirada, genéricos ou similares que apresentem o mesmo componente ativo ou ainda pela Licença Compulsória. **(4)**
 9. A criação de uma central única informatizada para recebimento de mandados judiciais, evitando o cumprimento em duplicidade de medidas judiciais em tecnologias em saúde – criação de núcleo de inteligência vinculado à Secretaria de Saúde que monitore todas as atividades que envolvam prescrições de medicamentos. **(4)**
 10. Diálogo permanente entre o Poder Judiciário e o Poder Executivo em relação à saúde. Por exemplo, a criação de câmaras prévias de conciliação. **(4)**
 11. Melhorar as políticas de gestão e de medicamentos para solucionar as causas do desabastecimento de medicamentos. **(3)**
 12. Prover maior participação e controle social. **(3)**
 13. O Estado deve prover políticas públicas de saúde que garantam os direitos em saúde. **(2)**
-

Quadro 3. (cont.)

14. Desburocratização da importação de insumos emergenciais em saúde **(2)**
15. Fornecer cobertura apenas aos medicamentos registrados pela ANVISA no Brasil. **(2)**
16. Elaboração de uma lei de responsabilidade sanitária. **(2)**
17. Organização da sociedade civil como forma de ter acesso à saúde por meio do terceiro setor.
18. O juiz deve exigir a prova de que a parte não tenha efetivamente condição de adquirir aquele medicamento.
19. Reduzir a renúncia fiscal.
20. Compra centralizada de medicamento em favor da obtenção de menores preços.
21. Aprimoramento da gestão e formação de recursos humanos.
22. Maior regulamentação e fiscalização no setor da indústria farmacêutica com vistas à maior eficiência nas compras públicas de medicamentos.
23. O interesse público deve pautar a incorporação de novas tecnologias no SUS, e não o interesse dos fornecedores.
24. Intensificar ações preventivas e de atenção primária à saúde.
25. Compartilhamento de determinados tratamentos de saúde com a iniciativa privada.
26. Acompanhamento, em centros de referência, dos pacientes beneficiados pela judicialização que recebem medicamentos de alto custo.
27. Criar fundo que financie pesquisa clínica no SUS.
28. O gestor deve se pautar pela ética de responsabilidade e não pela ética de convicção.
29. Reforma do sistema orçamentário brasileiro.

Fonte: Elaboração própria.

Os PCDT, formulados e atualizados pelo MS, têm por finalidade estabelecer os critérios de diagnóstico e o algoritmo de tratamento de cada doença. Entre novembro de 2009 e abril de 2013, 75 PCDT foram atualizados, em consonância com os avanços no diagnóstico e no tratamento das doenças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Outro ponto frequentemente encontrado nos discursos proferidos na Audiência Pública foi o ‘fornecimento de Assessoria Técnica ao Judiciário’ (13 citações). Uma das formas

encontradas foi a criação dos Núcleos de Assessoria Técnica (NAT), presentes em alguns estados brasileiros como São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Os NATs têm como missão oferecer assessoria e consultoria técnica aos magistrados para apoiá-los em suas decisões; são formados por equipe multidisciplinar encarregada de elaborar pareceres técnicos que explicam tanto aspectos clínicos como de políticas públicas em saúde relacionadas à demanda judicial.

A quarta proposição mais frequente entre

os palestrantes está relacionada à escassez de recursos financeiros na saúde pública. A ‘regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 de 2000’ (EC29/00) (10 citações) foi apontada como essencial para garantir a vinculação mínima de recursos para o SUS. Na mesma linha das propostas anteriores, também houve avanços nesse ponto: em 2012, foi publicada a Lei Complementar nº 141, que ratificou a vinculação mínima de recursos para a saúde estabelecida na EC29/00. Os municípios devem aplicar pelo menos 15% da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os artigos 158 e 159 (alínea b do inciso I e §3) em ações e serviços públicos de saúde; os estados, por sua vez, devem aplicar pelo menos 12% da arrecadação dos impostos referentes ao art. 155 e dos recursos de que tratam os artigos 157 e 159 (alínea a do inciso I e inciso II) da CF/88; e a União, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual. Outro aspecto importante é a definição do que se entende por gasto em saúde, evitando, assim, que outros gastos sejam imputados na conta da saúde.

O ‘uso de evidência científica na tomada de decisão de políticas públicas’ (8 citações) também figura entre as propostas mais defendidas pelos palestrantes. Há avanços significativos nessa área. No final de 2009, publicou-se a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, a qual recomenda o uso de evidências científicas na tomada de decisão sobre o uso e a incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde. Ademais, ampliaram-se as ações da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats), que conta atualmente com 53 instituições-membro. A Rebrats objetiva produzir e difundir estudos e pesquisas na área de avaliação de tecnologias em saúde, uniformizar metodologias, monitorar o campo

tecnológico, validar a qualidade dos estudos e promover o uso de evidência científica no processo de tomada de decisão em saúde. Outra conquista para o uso de evidência científica na tomada de decisão está na Lei 12.401/11, a qual estabelece que o parecer dos membros da Conitec/MS deve levar em consideração, necessariamente, estudos sobre eficácia, acurácia, efetividade e segurança, custo-efetividade e impacto orçamentário.

Ainda sobre a Lei 12.401/11, ela estabelece que “são vedados, em todas as esferas de gestão do SUS: I) o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; II) a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa”. Essa determinação vai ao encontro da proposta de ‘fornecer cobertura apenas aos medicamentos registrados pela Anvisa’ (2 citações), defendida na Audiência Pública.

O estabelecimento de ‘diálogo permanente entre os poderes Judiciário e Executivo’ (4 citações) foi visto como uma possível solução para mitigar o problema da judicialização. Em 2010, instituiu-se o Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e Resolução das Demandas de Assistência à Saúde por meio da Resolução nº 107 do CNJ, que tem por objetivo a “elaboração de estudos, medidas e normas para aprimoramento de procedimentos e prevenção de novos conflitos judiciais em saúde”, buscando “criar ainda medidas concretas voltadas à otimização de rotinas processuais bem como a estruturação e organização de unidades judiciárias especializadas”, entre outros aspectos (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2010). Assim, são fornecidas diretrizes para os trabalhos dos magistrados sobre as análises dos pedidos em saúde, além de recomendar que os gestores sejam chamados para esclarecer suas decisões, principalmente quando há a recusa na ação judicial.

Diferentemente dos demais pontos apresentados anteriormente, não houve avanços aparentes no que se refere à 'descentralização e à definição de atribuições de cada ente federativo na saúde' (5 citações). Há uma discussão, sustentada principalmente pelos secretários municipais de saúde, de que a assistência farmacêutica não é uma atribuição dos municípios. Essa controvérsia persiste até hoje, visto que o artigo 23 da CF/88 ainda não foi regulamentado por lei complementar. Nesse artigo, estabelece-se que é competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, entre outras, cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência. No entanto, a CF/88 não é clara sobre as atribuições de cada ente federativo e como se deve dar a cooperação entre eles. A Emenda Constitucional nº 53 de 2006 estabelece a necessidade de leis complementares para regulamentar esse tema, as quais ainda tramitam no Congresso Nacional.

Também não houve avanços no que se refere à Lei de Responsabilidade Sanitária (2 citações), que é vista como um importante passo para minimizar problemas de má gestão. Desde 2004, tramitam projetos de lei para essa finalidade, mas ainda não há consenso no Congresso Nacional sobre o tema. A audiência surtiu pouco ou nenhum efeito sobre tal trâmite.

Discussão

Vários artigos investigaram o tema da judicialização da saúde no Brasil, os quais abordaram as argumentações levantadas neste artigo, fornecendo respaldo empírico para se entender a conjuntura atual desse fenômeno na área da saúde.

Desse conjunto de artigos científicos, o estudo que mais se aproxima deste é o de Machado e Dain (2012), que analisou os discursos proferidos na Audiência Pública sob o enfoque da retórica. Também houve categorização

das representações, porém, em menor número: gestores, operadores do direito e sociedade civil organizada. Nesse sentido, a comparação dos resultados torna-se limitada, visto que, neste artigo, optou-se por dividir as representações em nove categorias. No entanto, de modo geral, verificou-se também a dicotomia entre gestores da saúde e usuários, sendo os primeiros essencialmente contrários à judicialização, enquanto os segundos, essencialmente favoráveis a ela.

Diferentemente deste artigo, o estudo de Machado e Dain (2012) não aborda os pontos sugeridos pelos palestrantes para contornar as causas e os efeitos da judicialização nem as ações realizadas pelo Estado após a Audiência Pública. Assim, fica pouco evidenciado naquele artigo o esforço recente realizado pelo Poder Executivo em contornar o problema da judicialização, particularmente no que se refere à Lei 12.401/11 e à LC141/12. Os autores discutem a legitimidade de o Judiciário atuar na área da saúde, ponto muito criticado pelos gestores da saúde, que entendem que haveria ingerência do Judiciário em matéria de atribuição exclusiva do Executivo, ponto também documentado neste estudo. Nesse contexto, os autores ressaltam que

embora o STF tenha dado pareceres favoráveis às demandas judiciais em saúde, isso não significa dizer que essa Corte está adentrando num limite autoimposto de atuação política. Destaca-se que suas discussões e proposições têm se limitado aos casos individuais, reforçando a perspectiva de apropriação individual de um direito que é coletivo (MACHADO; DAIN, 2012, P.1035).

Nesse sentido, segundo os autores, não haveria ingerência do Judiciário.

Santos (2010) também analisou a Audiência Pública, utilizando a metodologia do discurso do sujeito coletivo com o intuito de investigar o conteúdo dos temas considerados de abordagem jurídica contidos nas falas. A autora identificou 64 discursos,

pois incluiu, além dos palestrantes analisados neste artigo, as falas de abertura e fechamento das seis sessões da referida audiência. Os palestrantes foram divididos em quatro categorias: Poderes Executivo e Judiciário, academia e sociedade civil organizada. Os enfoques entre os dois trabalhos são distintos, uma vez que Santos (2010) optou pelo prisma exclusivo da abordagem jurídica, enquanto este artigo priorizou o olhar da saúde coletiva, possibilitando obter, neste último, panorama mais abrangente da judicialização. A par dessas diferenças, a autora conclui que o STF adotou um posicionamento equilibrado, ao entender que o direito à saúde deve ser garantido mediante políticas públicas, embora admitindo excepcionalidades.

Outro estudo que examinou a Audiência Pública sob a perspectiva do Judiciário foi o de Vale e Camargo (2011), particularmente no que diz respeito à jurisprudência do STF. Os autores destacaram a Recomendação nº 31 do CNJ (2010) como um dos resultados mais importantes da audiência. Esse ato recomenda aos Tribunais de Justiça dos Estados e Tribunais Regionais Federais que: i) procurem instruir as ações, tanto quanto possível, com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID, contendo prescrição de medicamentos, com denominação genérica ou princípio ativo, produtos, órteses, próteses e insumos em geral, com posologia exata; ii) evitem autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela ANVISA; iii) ouçam, quando possível, os gestores, antes da apreciação de medidas de urgência; iv) celebrem convênios que objetivem disponibilizar apoio técnico aos magistrados; entre outras recomendações. Essa recomendação soma-se à Resolução nº 107, abordada neste artigo, como medidas importantes realizadas pelo Judiciário.

Outros artigos também analisaram temas citados na Audiência Pública, embora não a tenham analisado especificamente. Por exemplo, Diniz, Medeiros e Schwartz (2012)

aborda a questão dos medicamentos de alto custo sob a dimensão financeira de três medicamentos para tratamento da mucopolissacaridose (MPS) tipo I, II e VI, que é uma doença genética rara. Segundo a argumentação dos autores, 245 indivíduos recebem os medicamentos por determinação judicial: 34 para MPS I (laronidase), 90 para MPS II (idursulfase) e 121 para MPS VI (galsulfase). Estes são medicamentos de alto custo que estão fora da política de assistência farmacêutica e todos são produzidos por uma mesma empresa. Sendo assim, os autores salientam que a judicialização, mesmo nos casos de demanda justa, traz consequências econômicas para a organização da política pública, pois impede a obtenção de economias de escala, além de sujeitar o Estado ao monopólio de distribuição de medicamentos, já que 97% das despesas por meio de ações judiciais para os três medicamentos analisados são pagas a um único distribuidor, que recebeu R\$ 213 milhões do Estado entre 2006 e 2010.

Quanto à concessão de tecnologias em saúde por meio de ações judiciais acríicas, sem levar em conta as políticas públicas e a evidência científica, fato salientado por parte dos palestrantes da Audiência Pública e por estudos que as quantificam. Borges e Ugá (2010), ao analisar 2.245 ações judiciais contra o Estado do Rio de Janeiro em 2005, informam que 89% dos pedidos realizados foram julgados procedentes e concedidos aos requerentes; em 7% dos casos, foi concedida apenas parte do pedido; em 3% das ações, não houve decisão tomada pelo juiz, em razão de falecimento do autor, desistência do pedido, entre outros motivos. Segundo as autoras, “em (apenas) 1% dos casos o estado e/ou município réu da ação reconheceram que os medicamentos solicitados eram devidos aos autores das ações”. Por meio desse estudo, percebe-se que não houve casos com pedidos indeferidos, posicionando-se o Judiciário sempre a favor do usuário. Entretanto, o que se destaca nessa situação é a desconsideração do Judiciário aos medicamentos padronizados pelo MS, podendo

causar danos aos pacientes em razão de possíveis prescrições inadequadas, sem comprovação científica sobre a segurança e a eficácia das tecnologias.

A equidade também tem recebido atenção da comunidade científica no fenômeno da judicialização, pois haveria uma tendência de os indivíduos que possuem melhores meios acessarem o Judiciário (PEPE *ET AL.*, 2010; CHIEFFI; BARATA, 2009; MACHADO, 2011). No que se refere à ligação entre indústria farmacêutica e associações de pacientes, haveria indícios de a primeira interferir no processo das associações de pacientes por meio de financiamento de suas atividades (SOARES; DEPRA, 2012).

Considerações finais

Objetivou-se, neste artigo, obter um panorama mais abrangente das causas e efeitos da judicialização a partir da análise dos discursos proferidos na Audiência Pública em 2009, sob o enfoque da Saúde Coletiva. Ao apresentar as medidas implementadas ao longo dos últimos três anos, este estudo mostrou avanços em relação aos demais estudos sobre o tema.

Dada a amplitude do tema, é de se esperar o não aprofundamento de todos os aspectos abordados na audiência, dado o limite de espaço. Outra limitação refere-se à discricionariedade de se definir o conjunto de falas proferidas na audiência, bem como a definição das categorias de representação. Os estudos que investigaram a Audiência Pública diferiram significativamente sobre esses pontos. A tarefa de sistematizar e agregar posicionamentos em blocos também é suscetível a críticas, visto que se pode perder certa precisão ou especificidade dos argumentos. Tentou-se mitigar essa limitação promovendo várias rodas de discussão entre os autores. Mesmo levando em consideração essas limitações, acredita-se que este artigo contribui para um melhor entendimento das causas e efeitos da judicialização da saúde no Brasil.

Cabe destacar que os argumentos dos vários segmentos representados na Audiência Pública são passíveis de um emaranhado de interesses, mas, indubitavelmente, as falhas do sistema de saúde recaem principalmente sobre os usuários do SUS. A grande questão que se coloca é se o usuário é mais bem protegido por meio de políticas públicas ou por meio da via judicial. Evidenciou-se que as duas abordagens apresentam limitações: as políticas públicas possuem algumas falhas em aplicar os princípios do SUS no caso concreto (individual); e a judicialização deve ser vista como um recurso excepcional, não a regra do sistema. Parece razoável optar por uma decisão que não seja radical, o que parece ter sido a visão do STF, pois este priorizou as políticas públicas de saúde; no entanto, não se aventou a possibilidade de excluir o Judiciário de atuar no caso concreto, em âmbito do indivíduo. O recurso de acionar o Judiciário para pleitear tecnologias em saúde foi mantido como forma de evitar a dupla exclusão do usuário: por não ter sido contemplado em políticas públicas e por não ter a possibilidade de recorrer ao Judiciário.

Pode-se inferir das propostas levantadas que as medidas de maior impacto têm se concentrado em dois campos de atuação do Estado brasileiro: i) o uso de evidência científica na tomada de decisão tanto do Executivo como do Judiciário; e ii) a sustentabilidade do financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

A estratégia de incluir a evidência científica no processo de tomada de decisão tem sido adotada nos principais sistemas de saúde ao redor do mundo. Nessa direção, cresce mundialmente a produção de estudos de avaliação de tecnologias em saúde, visto que têm se mostrado a forma mais eficiente de se ter uma análise ampla e completa dos impactos das tecnologias, seja pelo lado do benefício em saúde seja pela dimensão dos custos incrementais ao sistema.

No Brasil, a Lei 12.401/11 institucionaliza os estudos de avaliação de tecnologias

em saúde em várias etapas relacionadas à gestão de tecnologias no SUS: inclusão de novas tecnologias; exclusão de tecnologias já incorporadas, mas que estão obsoletas ou que envolvem riscos à saúde dos indivíduos; e alteração dos PCDT, que indicam o manejo dos pacientes. Além dessas ações do Executivo, o Judiciário também tem adotado procedimentos que tendem ao uso de evidência científica, como indica a Recomendação nº 31 do Conselho Nacional de Justiça, em 2010.

Em relação à sustentabilidade do financiamento da saúde pública, a LC141/12 regulamentou a EC/29, estabelecendo a vinculação mínima de recursos para a saúde, além de definir o que se entende por gasto nessa área. Espera-se, nessa nova conjuntura, que haja mais recursos aos gestores para desenvolver suas políticas públicas.

Assim, levando em consideração as medidas adotadas ao longo dos últimos três anos, acredita-se que as causas e efeitos da judicialização sejam arrefecidos. ■

Referências

BORGES, D.C.L.; UGA, M.A.D. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, jan. 2010, p. 59-69.

CHIEFFI, A.L.; BARATA, R.B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, ago. 2009, p. 1839-1849.

COELHO, I.B. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jan. 2010, p. 171-183.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Recomendação nº 31* de 30 de março de 2010. Disponível em <<http://www.cnj.jus.br/atos-administrativos/atos-da-presidencia/322-recomendacoes-do-conselho/12113-recomendacao-no-31-de-30-de-marco-de-2010>>. Acesso em: 21 jan. 2013.

_____. Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. *Resolução nº 107* de 6 de abril de 2010. Disponível no DJ-e nº 61/2010, p. 9-10, 7 de abril de 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *O Financiamento da Saúde*. Brasília: CONASS, 2011.

CONSULTORIA JURÍDICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Intervenção judicial na saúde pública: panorama no âmbito da Justiça Federal e apontamentos na seara das Justiças Estaduais*. 2012. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Ago/21/Panorama.pdf> Acesso em: 6 nov. 2012.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; SCHWARTZ, I. V. D. Consequências da judicialização das políticas de saúde: custos de medicamentos para as mucopolissacarídeos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, mar. 2012, p. 479-489.

MACHADO, F.R.S.; DAIN, S.A. Audiência Pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 4, ago. 2012, p. 1017-1036.

MACHADO, M. A. A. *et al.* Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 3, jun 2011, p. 590-598.

MINAYO, M.C.S. Os 20 anos do SUS e os avanços na vigilância e na proteção à saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 17, n. 4, dez. 2008, p. 245-246.

PANDOLFO, M.; DELDUQUE, M.C.; GORETI AMARAL, R. Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil. *Rev. salud pública*, Bogotá, v. 14, n. 2, abr. 2012, p. 340-349.

PEPE, V.L.E. *et al.* A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010, p. 2405-2414.

———. Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos “essenciais” no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, mar. 2010, p. 461-471.

SANTOS, A.O. *A abordagem de temas jurídicos na Audiência Pública da saúde no Supremo Tribunal Federal*. Brasília, 2010. Programa de Direito Sanitário, Fundação Oswaldo Cruz.

SOARES, J.C.R.S.; DEPRA, A.S. Ligações perigosas: indústria farmacêutica, associações de pacientes e as batalhas judiciais por acesso a medicamentos. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2012, p. 311-29.

VALLE, G.H.M.; CAMARGO, J.M.P. A audiência pública sobre a judicialização da saúde e seus reflexos na jurisprudência do Supremo Tribunal Federal. *Rev. Direito Sanitário*, São Paulo, v. 11, n. 3, nov. 2010/fev. 2011, p. 13-31.

VIEIRA, F.S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 2, abr. 2007, p.214-222.

Recebido para publicação em maio de 2013
Versão final em janeiro de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Análise da produção em auditoria e saúde pública a partir da base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde

Analysis of scientific production on audit and public health based on the Virtual Health Library database

Fábio Solon Tajra¹, Geison Vasconcelos Lira², Angelo Brito Rodrigues³, Leonardo Guirão Junior⁴

¹Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil. Professor assistente de Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Comunitária da Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Teresina (PI), Brasil. fstajra@hotmail.com

²Doutor em Educação pela Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil. Professor assistente do curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil. vasconlira@gmail.com

³Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil. Colaborador do LABSUS da Universidade Estadual Vale do Acaraú. Coordenador da especialização em Saúde da Família da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Professor auxiliar I do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Floriano (PI), Brasil. gelobrito25@gmail.com

⁴Doutor em Política Social pela Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil. Pesquisador associado no Núcleo de Estudos e Ações Multilaterais de Cooperação em Educação e Saúde do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (NEAMCES/UnB) – Brasília (DF). leonardo.guirao@gmail.com

RESUMO: Trata-se de revisão da literatura de base a partir de pesquisa bibliográfica realizada na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde com o objetivo de caracterizar as pesquisas produzidas sobre auditoria no SUS. O levantamento bibliográfico abrangeu as publicações nacionais em auditoria de 2000 a 2010, sendo identificados quatorze documentos para compor a amostra do estudo. Os achados das pesquisas foram classificados de acordo com o tema investigado e os aspectos metodológicos categorizados. Os resultados ressaltam a insuficiência de estudos voltados para essa temática e a necessidade de divulgação dos relatos como fator de consolidação do processo de trabalho em saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde pública; Gestão em saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: *This is a literature review of basis depicted from a broader literature research carried on the platform of the Virtual Library in Health with the aim to characterize the research so far produced on SUS auditing. The survey comprised the national publications on audit for the period 2000–2010 identifying fourteen documents to compose the study sample. The research findings were then classified as for the topic investigated and the categories applied to the methodological aspects. Results showed the dearth of studies focused on this topic and the need for dissemination of reports as a consolidation element for the public health working process.*

KEYWORDS: *Public Health; Health Management; Unified Health System..*

Introdução

A auditoria tem tido destaque diante do processo de trabalho em saúde. A nova saúde pública desenhada no País atualmente incorpora a auditoria como macrofunção e isso tem sido defendido nas bases normativas de apoio à gestão em saúde. Dessa forma, tem possibilitado a formação e desenvolvimento de profissionais com olhar crítico diferenciado quando se trata de gestão, seja na esfera federal, estadual ou municipal (CARVALHO, 2010).

Em meio a essa nova conformação da máquina pública, exige-se, cada vez mais, a atuação constante dos profissionais auditores na área da saúde, na tentativa de adequação a esse desenho político-institucional vivenciado no País nos últimos anos. Assim, cabe aos auditores e técnicos do setor da saúde acompanhar esse desenvolvimento por meio de investigações científicas, principal recurso para a atualização do conhecimento e exercício da profissão.

No contexto do trabalho em saúde pública, o auditor atua em ações de análise crítica do cuidado à saúde, identificando deficiências para propor soluções (PISCOYA, 2000 APUD CASTRO, 2004). Esse tipo de proposição baseia-se, principalmente, na análise minuciosa de registros, relatórios, documentos ou fatos e sua relação com os padrões de conformidade destacados em bases legais e normativas.

No que diz respeito ao processo de trabalho no SUS, a auditoria:

[...] consiste no exame sistemático e independente dos fatos obtidos, através da observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas, de uma atividade, elemento ou sistema, para verificar a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações de saúde e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas (BRASIL, 1998, P.6).

Em se tratando da auditoria como ferramenta de controle e fiscalização das ações e

serviços de saúde no Brasil, faz-se referência ao Decreto N.º 809 (BRASIL, 1993A). Esse documento aprovou a Estrutura Regimental do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e definiu, em seu art. 3º, que este Instituto teria em sua estrutura básica órgãos de assistência direta e imediata ao presidente, compostos pela Procuradoria-geral e auditoria. Estabeleceu, ainda, as competências da auditoria no controle e fiscalização da aplicação dos recursos orçamentários e financeiros consignados ao INAMPS.

Contudo, desde o advento do Movimento de Reforma Sanitária (MRS) e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, as ações de auditoria ganharam conotação diferenciada. Nessa oportunidade, a implantação dos processos de auditoria objetivava resguardar ao usuário e à União, estados e municípios a qualidade dos serviços profissionais e institucionais, além de preservar o uso adequado do dinheiro público (SANTOS, 2009).

A regulação das ações e os serviços de saúde em todo o território nacional apresentada por meio da Lei N.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabeleceu o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) como um mecanismo de controle técnico e financeiro, sob competência do SUS e em cooperação com os estados, Distrito Federal e municípios (BRASIL, 1990). Ficava claro que a avaliação da qualidade na atenção à saúde, por meio do SNA, seria estratégica no processo de construção e manutenção do SUS. No entanto, a instituição desse sistema deu-se apenas em 27 de julho de 1993, pelo art. 6º da Lei N.º 8.689 (BRASIL, 1993B), e sua regulamentação ocorreu pelo Decreto N.º 1.651, de 28 de setembro de 1995 (BRASIL, 1995). Essa base normativa possibilitou o acompanhamento, a fiscalização, o controle e a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial das ações e serviços de saúde.

Vale ressaltar que a proposta de criação estaria relacionada às três esferas de governo, contudo, permaneceria estagnada

naquela oportunidade. Isso gerou demanda acerca da identificação de instrumentos de forma a avançar a sua consolidação, bem como do reconhecimento de sua relevância.

Essa realidade foi modificada a partir da reestruturação do Ministério da Saúde (MS). Por meio da Portaria N.º 1.069 / MS, de 19 de agosto de 1999, estabeleceram-se novas formas de organização das atividades do SNA. As atividades de controle e avaliação ficaram sob a responsabilidade da Secretaria de Assistência à Saúde; e as atividades de auditoria, com o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), representado em todos os estados da federação e no Distrito Federal.

Por meio da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS-96), constituiu-se a descentralização do SNA a partir da estruturação de seus componentes nas três esferas gestoras do SUS (BRASIL, 1996). A partir da Norma Operacional da Assistência à Saúde publicada em 2002 (NOAS-SUS 01/02), estabeleceu-se o componente municipal como requisito para que cada município se habilitasse à condição de gestão plena do sistema municipal (BRASIL, 2002). Assinalava que cabia a esse componente a auditoria aos prestadores dos serviços ambulatoriais e hospitalares localizados em seu território e vinculados ao SUS. Em casos nos quais os municípios não estivessem habilitados, essa função ficaria a cargo da Secretaria Estadual de Saúde.

O Decreto N.º 3.496, de 2000, constituiu um dos primeiros documentos a defender a reestruturação regimental do SNA. Nessa ocasião, ficou configurada como competência do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) a determinação das responsabilidades dos órgãos de auditoria, controle e avaliação, bem como a correção de irregularidades praticadas no SUS (BRASIL, 2000).

A proposição do SNA permaneceria complementar às outras instâncias de controle e regulação. A esse sistema caberia: fazer levantamento das principais carências, estimar o impacto das ações de saúde e traçar o perfil de utilização dos serviços para as

mudanças necessárias no planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde.

Em 2006, a implantação do Pacto pela Saúde surgiu como proposta de superar os impasses vivenciados nas três esferas de gestão do SUS. Essa proposta esteve baseada nos 'Princípios Constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de Saúde da População', conforme disposto na Portaria N.º 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006.

O pacto, organizado e articulado a partir de três componentes (Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS), apresentou estratégia para a reorganização do sistema de saúde público no País. Um dos eixos de trabalho baseava-se na auditoria como ferramenta de gestão desse sistema, de caráter educativo e orientador, que propiciasse a detecção das distorções do SUS, propondo correções. A partir dessa ferramenta, poder-se-iam desenvolver análises da qualidade da assistência ao usuário do SUS, bem como a identificação de não conformidades e inadequações às bases normativas.

A partir dessa visão, a auditoria, como ferramenta de gestão, permitiria avaliar a eficiência, eficácia, efetividade e economicidade das ações e serviços de saúde no contexto do sistema de saúde, além de prestar cooperação técnica, propor medidas corretivas, servir de suporte ao controle social, subsidiar o planejamento e o monitoramento com informações validadas e confiáveis, sendo uma marcante contribuição para a saúde pública brasileira (PERON, 2009).

Em 2007, a auditoria passou a ser eixo da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (PARTICIPASUS), aprovada pela Portaria nº 3.027. Essa base normativa orienta as ações de governo na promoção e aperfeiçoamento da gestão estratégica e democrática das políticas públicas no âmbito do SUS. Somadas às ações de auditoria, o objetivo dessa política é garantir maior eficácia e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à

busca da equidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2009).

Já em 2008, propôs-se o fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria do SUS e a implementação do seu componente municipal por meio do eixo de Qualificação da Gestão do Programa Mais Saúde. O objetivo principal dessa estratégia seria consolidar o modelo de gestão do SUS voltado para os resultados em saúde, além de fortalecer a gestão descentralizada e participativa deste sistema e seus instrumentos de pactuação.

Recentemente, uma nova base normativa contribuiu para a efetivação dessa ferramenta de gestão – o Decreto N.º 7.508, de 2011. A partir disso, a auditoria tem sido encarada como ferramenta eficiente no aprimoramento do sistema de saúde brasileiro. Isso se justifica pelo fato de a auditoria permitir a identificação das conformidades e não conformidades evidenciadas por meio de avaliação e análise constantes das práticas de saúde nos diversos níveis de complexidade.

Ao entender essa trajetória normativa e com vistas a atender as atuais necessidades do SUS, o DENASUS vem passando por um processo de revisão de sua base normativa e processos de trabalho, com significativos investimentos em ações de educação permanente para os auditores do SNA e em ações de cooperação técnica envolvendo gestores, auditores e conselheiros de saúde.

Diante desse contexto de evolução da macrofunção de auditoria, vale destacar que o desenvolvimento de pesquisas em auditoria aplicada à saúde pública contribui essencialmente para gerar a base de conhecimento que fundamentaria a prática diária do auditor do SUS. Essas considerações justificam o interesse destes autores em desenvolver revisão da literatura de base sobre a produção científica em auditoria na literatura brasileira para a interpretação do conhecimento produzido na área e com o propósito de auxiliar o desenvolvimento de futuras investigações.

Sendo assim, estipulou-se como questão de pesquisa: qual o perfil das publicações científicas que têm como ponto fundamental a auditoria em saúde no SUS?

Frente às colocações acima, definiu-se como objetivo geral: caracterizar as publicações disponíveis na literatura sobre a produção científica em auditoria e saúde pública nos últimos dez anos. Além disso, estabeleceu-se como objetivos específicos: a) buscar fontes de informação úteis para o trabalho de pesquisa em auditoria; b) identificar as categorias profissionais que publicam na área; c) oferecer oportunidade para que o profissional de saúde pesquisador veja o próprio estudo numa perspectiva histórica e possa evitar duplicação desnecessária; d) relacionar o próprio estudo com os anteriores e sugerir pesquisas posteriores.

Procedimento metodológico

Para o cumprimento dos objetivos elaborados para este estudo, optou-se, como método, pela revisão de literatura de base a partir de uma pesquisa bibliográfica ampla sobre auditoria em saúde pública. Essa metodologia possibilita a síntese e a análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema investigado a partir de uma base de dados secundários. Nesse sentido, a construção do estudo foi fundamentada nos processos que detalham tal método de pesquisa (NORONHA & PIRES, 2000).

A primeira etapa em direção a uma boa revisão de literatura é a pesquisa bibliográfica. Segundo Caldas (1999 APUD MOREIRA 2004, P.25), a pesquisa bibliográfica representa a

coleta e armazenagem de dados de entrada para a revisão, processando-se mediante levantamento das publicações existentes sobre o assunto ou problema em estudo, seleção, leitura e fichamento das informações relevantes.

Assim, é imprescindível conhecer, nesta fase, as bibliotecas disponíveis e suas bases de dados e serviços.

Neste trabalho, percorreram-se as seguintes etapas: definição da pergunta; identificação das bases de dados a serem consultadas; definição dos descritores / palavras-chave e estratégias de busca; estabelecimento de critérios para a seleção dos artigos; condução da busca nas bases de dados escolhidas de acordo com as estratégias definidas; aplicação dos critérios na seleção dos artigos e justificativa das possíveis exclusões; análise e categorização dos estudos incluídos na revisão; preparação de um resumo contendo as informações disponibilizadas pelos artigos que foram incluídos na revisão; e a apresentação de um consolidado geral reunindo o apanhado de informações para esta apresentação.

Para a seleção dos artigos, utilizou-se a base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Em seguida, identificaram-se os descritores para conduzir o processo de busca nessa base. Para isso, consultou-se o sítio referente aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e selecionaram-se palavras relacionadas com auditoria e SUS. No que diz respeito ao descritor 'auditoria', elencaram-se todas as possíveis variações: auditoria administrativa, auditoria financeira, auditoria clínica, auditoria médica, auditoria de enfermagem e auditoria odontológica.

Logo após, definiram-se os critérios de inclusão: publicações nacionais que abordem a temática da auditoria nas áreas de interesse do SUS entre os anos de 2000 e 2010 e disponibilização do documento na íntegra.

Realizou-se a busca de referências no primeiro semestre de 2011. Logo após, os documentos foram selecionados seguindo os critérios de inclusão. Assim, identificaram-se 98 publicações. No entanto, a amostra final compôs-se de 14 artigos científicos produzidos em auditoria aplicada à saúde pública publicados em território nacional. Os artigos presentes em duas fontes de localização só foram contabilizados uma vez.

Em virtude das características específicas para o acesso à base de dados selecionada, a estratégia utilizada para localizar os artigos teve como eixo norteador a pergunta e os critérios de inclusão da revisão de literatura de base previamente estabelecidos, de forma a manter a coerência na busca dos artigos e evitar possíveis vieses.

Para se ter conhecimento da legislação, como portarias, decretos e leis, referentes a essa temática, acessou-se o endereço eletrônico do Ministério da Saúde / Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Todas as referências incluídas foram fichadas e avaliadas quanto à relevância para esta revisão.

Para a análise e posterior síntese dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão, utilizaram-se quadros sinóticos por tipo de publicação especialmente construídos para esse fim e que contemplaram os seguintes aspectos considerados pertinentes: fonte de localização dos artigos, origem e ano de publicação, objetivos e coerência teórico-metodológica dos objetivos. Vale acrescentar que esse quadro foi adaptado para cada tipo de publicação.

Outras variáveis também foram analisadas como, por exemplo, informações relacionadas aos primeiros autores, local de publicação, tipo de metodologia utilizada e principais conclusões.

Resultados

No que diz respeito à distribuição intelectual, segundo os descritores pré-estabelecidos e ao realizar sua busca isolada, foi possível encontrar 27.575 publicações em diversas áreas científicas sobre auditoria; e 44.307, sobre o SUS. Relativamente ao total de publicações que relacionavam as duas temáticas apresentadas, foram registradas somente 98. Assim, pode-se evidenciar o número reduzido de produções sobre auditoria e SUS quando se avalia o total de publicações nas duas áreas simultaneamente.

Em seguida, analisou-se a distribuição segundo os descritores relacionados a 'Auditoria' e 'SUS', associada à disponibilização de textos na íntegra e ao período de publicação entre 2000 e 2010. A partir dessa análise, pode-se verificar que, dos 98 artigos disponíveis, somente 14 publicações atendiam a todos os critérios pré-definidos para este estudo. Dentre os tipos de produção, identificaram-se manuais e relatórios técnicos (n=4), artigos (n=6) e monografias, dissertações e teses (n=4). Da amostra selecionada, observa-se que a instituição com mais publicações sobre auditoria no SUS foi o Ministério da Saúde, com quatro publicações de manuais técnicos, representando 28,57%. Todos esses documentos apresentavam ano de publicação entre 2004 e 2006.

Na identificação das fontes para localização, os documentos eram provenientes do LILACS ID, com exceção de uma publicação que apresentava citação em duas fontes diferentes, LILACS ID e Medline MPID.

No que se refere à profissão dos autores dos artigos, monografias, dissertações e teses, quatro publicações tinham autoria de profissionais médicos e três, de enfermeiros. Há, ainda, a participação de outros profissionais, como cirurgião-dentista (n=1), psicólogo (n=1) e técnico em radiologia (n=1). Todos os artigos publicados (n=6) apresentam os objetivos do estudo de forma clara, ou seja, possibilitam o fácil entendimento do leitor. Em relação à temática dessas publicações, quatro delas focalizaram revisões de literatura em auditoria de sistemas e serviços de saúde e duas, em estudos de casos múltiplos. Complementando, outras publicações trataram de estudo de corte transversal/retrospectivo, relato de experiência e estudos seccionais e pesquisa avaliativa com um documento para cada tipo.

Os quadros sinópticos referentes aos tipos de publicação em português disponíveis na íntegra no BVS foram divididos em três categorias: Visão sinóptica das monografias, relatórios e manuais técnicos (*quadro 1*);

Visão sinóptica dos artigos (*quadro 2*); e Visão sinóptica das monografias, dissertações e teses (*quadro 3*).

Discussão

Inicialmente, pode-se observar o número incipiente de publicações acerca dos descritores associados a auditoria no SUS. Em geral, uma pequena parcela de publicações relaciona os dois descritores. Some-se a isso o fato de que poucos textos estão disponibilizados na íntegra em relação à fonte proposta, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS).

Segundo Meneghini (1998), existe uma grande dificuldade no Brasil em relação às estratégias de política científica. Isso se deve à falta de bases de dados que permitam perceber a produção científica em um contexto amplo. O mesmo autor observa que há a necessidade constante de avaliação do impacto dessa produção e percepção da dinâmica da circulação de informações. Meneghini (1998) afirma, ainda, que a produção científica brasileira pode ser entendida como um iceberg, uma vez que 80% da produção nacional se mantém submersa e, por isso, pouco visível. Questiona-se a qualidade, o impacto de sua circulação e a falta de visibilidade internacional dessa produção.

Ao perceber a problemática relacionada a esta temática, foram registradas algumas publicações que manifestam interesse da comunidade científica internacional, como o artigo de Gibbs (1995 APUD PELLIZZON 2003, P.493) intitulado *Ciência Perdida do Terceiro Mundo*. Portanto, há muito que se avançar quando o assunto é produção e socialização do conhecimento científico. Em auditoria, isso não tem sido diferente, principalmente no que diz respeito à produção científica voltada para a saúde pública.

Contudo, a divulgação de trabalhos por si só não é suficiente. São necessários alguns cuidados na socialização das informações. Ressalta-se que o trabalho científico deve

Quadro 1. Visão sinóptica das monografias, relatórios e manuais técnicos disponíveis na BVS entre os anos 2000 e 2010

N	Tipo	Fonte de localização dos artigos	Título	Ano de publicação	Objetivos
1	Monografia / Manual Técnico	BVS / [LILACS ID: lil-470393]	Auditoria no SUS: noções básicas sobre sistemas de informação	2004	Subsidiar técnicos do Sistema Nacional de Auditoria - SNA em suas atividades de auditoria, na extração de informações e na elaboração de relatórios de saída dos sistemas SIA/SUS e SIH/SUS, tendo como objetivo principal a utilização de alternativas cada vez mais práticas e acessíveis, e que o retorno seja produtivo e gratificante para todos os técnicos e para o SNA.
2	Monografia / Manual Técnico	BVS / [LILACS ID: lil-470661]	Orientações técnicas sobre aplicação de glosas em auditoria do SUS: caderno 1	2005	Servir de apoio aos técnicos do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) para a padronização do processo de aplicação de glosa, representando um instrumento formal de cooperação técnica para os componentes do SNA nos três níveis de governo.
3	Monografia / Manual Técnico	BVS / [LILACS ID: lil-438126]	Orientações técnicas sobre auditoria na assistência ambulatorial e hospitalar no SUS	2005	Dissecar e trazer para a prática de auditoria o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e o Hospitalar (SIH)
4	Monografia / Manual Técnico	BVS / [LILACS ID: lil-469498]	Orientações técnicas sobre auditoria em odontologia no SUS: caderno 2	2005	Orientar as atividades de auditoria dos profissionais do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), integradas nos três níveis de atuação, federal, estadual e municipal, em busca do redirecionamento nas ações de assistência desenvolvidas na área de odontologia.

Fonte: Elaboração própria.

obedecer alguns critérios como clareza e rigor e, nesta perspectiva, este trabalho se baseia na pesquisa e análise de publicações que atendam a essas considerações. Partindo deste ponto de vista, enfatiza-se que a disponibilização dos documentos em qualquer fonte de publicação ou, até mesmo, a divulgação dos trabalhos de auditoria em saúde pública tem contribuído, sobremaneira, para a consolidação da atuação do profissional auditor. Além disso, esse recurso possibilita o reconhecimento desta categoria como apoio à gestão.

Para a atuação em auditoria, é válido discutir, ainda, que o processo de trabalho poderá ser orientado de diversas formas. Assim, poderá ser guiado por publicações que

orientem a sua rotina de trabalho, evidenciem onde estão as informações em saúde pública, analisem quais os pontos de avaliação e monitoramento e, ainda, demonstrem o impacto de suas ações em saúde. É por meio desse tipo de conhecimento que o auditor irá desenvolver ações e serviços pertinentes à sua atividade profissional e, dessa forma, justificar a tomada de decisões em saúde pública. É neste sentido que se fundamenta a auditoria como ferramenta de gestão.

Em se tratando do SUS, a auditoria tem papel relevante, já que possibilita o apoio à gestão por meio do levantamento de necessidades, identificação das distorções, irregularidades e não conformidades em relação à base normativa, elaboração de recomendações e

Quadro 2. Visão sinóptica dos artigos disponíveis na BVS entre os anos 2000 e 2010.

N	Fontes de localização dos artigos	Título	Ano de publicação	Objetivos	Metodologia	Conclusões
1	BVS / [LILACS ID: 359771]	Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG	2003	Avaliar a adequação do processo da assistência pré-natal oferecida às usuárias do SUS em Juiz de Fora/MG e comparar o atendimento nos principais serviços municipais	Estudo de corte transversal / retrospectivo	O pré-natal das usuárias do SUS na cidade deve ser revisto qualitativamente, recomendando-se avaliações periódicas como instrumentos imprescindíveis de aperfeiçoamento. Aos gestores e profissionais de saúde cabem ações que aumentem a adesão às normas/rotinas do programa – principalmente a solicitação/registo dos exames complementares básicos – e propiciem melhor utilização do pré-natal pelas pacientes.
2	BVS / [LILACS ID: 560810]	Refletindo sobre avaliação de desempenho do enfermeiro no contexto do Sistema Único de Saúde	2004	Discutir sobre avaliação de desempenho do enfermeiro no contexto do Sistema Único de Saúde	Revisão de Literatura	Desenvolve-se a necessidade de ampliação e aprofundamento do conhecimento de tema ainda tão pouco discutido: indicando mecanismos de avaliação não excludentes; destacando o profissional de saúde como participante da implementação das políticas de recursos humanos no contexto do SUS e o tornando membro ativo e participativo durante todo este processo.
3	BVS / [LILACS ID: 445527]	Relatório de gestão: instrumento de avaliação e planejamento dos sistemas de saúde	2006	Possibilitar o acompanhamento da conformidade da aplicação de recursos à programação aprovada	Revisão de Literatura	Acreditamos que se o Relatório de Gestão for utilizado na sua potencialidade poderá servir de base para a avaliação e planejamento das gestões de saúde como prática institucionalizada e sistemática.
4	BVS / [LILACS ID: 527709]	Auditoria e avaliação no Sistema Único de Saúde	2008	Distinguir os termos avaliação e auditoria, tomando como referência o Sistema Nacional de Auditoria	Revisão de literatura	Tanto a auditoria como a avaliação, no campo da saúde, podem ser entendidas como ações sociais, sendo que seus relatórios ou pareceres advêm da interpretação que se dá aos objetos auditados e avaliados; são ferramentas que buscam fornecer subsídios para a gestão no campo da saúde, objetivando sua melhoria.
5	BVS / [LILACS ID: 561401] MEDLINE PMID: 20964043	A prática da enfermeira em auditoria em saúde	2010	Conhecer a prática da enfermeira em auditoria em saúde.	Abordagem qualitativa num estudo de casos múltiplos	Na auditoria privada - interna e externa às organizações de saúde - as ações das enfermeiras se direcionam para atender aos interesses de seus contratantes, pouco se relacionando com a assistência prestada pela equipe de enfermagem e com as necessidades dos usuários dos serviços.
6	BVS / [LILACS ID: 572643]	Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro	2010	Avaliar a evolução da adequação do processo de atendimento às gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e consolidar metodologia para monitoramento da assistência pré-natal.	Estudo de séries temporais múltiplas	A persistência da baixa adequação, apesar da boa cobertura e da implantação do PHPN, confirmou a necessidade de incrementar a adesão dos gestores, profissionais de saúde e usuárias às normas/rotinas do atendimento, incluindo a institucionalização de um programa de monitoramento da assistência pré-natal.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 3. Visão sinóptica das monografias, dissertações e teses disponíveis na BVS entre os anos 2000 e 2010

N	Fontes de localização dos artigos	Título	Ano de publicação	Objetivos	Metodologia	Conclusões
1	BVS / [LILACS ID: 442358]	Sistema Único de Saúde: de que sistema se trata?	2006	Discutir as possibilidades e limites das mudanças organizacionais induzidas pela implementação do SUS na configuração dos sistemas loco-regionais de saúde, à luz das experiências internacionais e das contribuições mais recentes das teorias organizacionais, no contexto da transição do fordismo à acumulação flexível	Revisão de literatura	A necessária reforma do setor saúde demanda o fortalecimento de tecno-burocracia protegida contra injunções político-partidárias que possibilite a incubação uma cultura organizacional profissional em todas as esferas de governo e níveis de gestão e incentive um trabalho em saúde competente e moralmente comprometido com as finalidades do SUS nesse país.
2	BVS / [LILACS ID: 443494]	Evolução da adequação da assistência pré-natal prestada às usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora, MG: análise do processo	2006	Avaliar a evolução da adequação do processo da assistência pré-natal oferecida às usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) em Juiz de Fora, MG, com um intervalo de dois anos; foi realizado estudo de painéis repetidos por meio de auditoria nos cartões das gestantes	Estudos seccionais	Com a persistência da baixa adequação do pré-natal em Juiz de Fora, apesar da sua boa cobertura, confirmou-se a necessidade de uma revisão qualitativa da assistência no Município, sendo recomendáveis avaliações periódicas como instrumentos imprescindíveis de aperfeiçoamento. Os gestores e profissionais de saúde devem, também, criar mecanismos que aumentem a adesão às normas e rotinas do programa e possibilitem melhor utilização do pré-natal pelas pacientes.
3	BVS / [LILACS ID: 553830]	A educação à distância, com o método Moodle como ferramenta, na capacitação e treinamento continuado de agentes auditores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo	2009	Capacitar os agentes envolvidos da Auditoria da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, utilizando como ferramenta a Educação à Distância pelo método Moodle	Relato de Experiência	A aplicação dessas ferramentas irá contribuir para melhorar a gestão de qualidade dos setores da auditoria, proporcionando agilidade e segurança no acesso à informação e automatização de processos menos suscetíveis às variáveis resultantes da intervenção humana, possibilitando redução de custos. Isso deverá resultar no aumento da qualidade dos serviços prestados à população.
4	BVS / [LILACS ID: 638868]	Ajuste fiscal e o Sistema Único de Saúde na gestão estadual do Rio Grande do Sul: a política de saúde esvaziada pela ideologia neoliberal	2010	Analisar a gestão estadual do SUS vis-à-vis os pressupostos da doutrina neoliberal sobre o SUS do Rio Grande do Sul.	Pesquisa Avaliativa	O SUS padece com a hegemonia do pensamento neoliberal no Rio Grande do Sul ao longo das últimas gestões estaduais, em inequívoca relação entre o neoliberalismo vigente e o não cumprimento da Emenda Constitucional 29.

Fonte: Elaboração própria.

identificação dos destinatários para a correção ou adequação de cada um dos pontos verificados. Acredita-se que a divulgação de publicações com esta temática possibilitaria a troca de experiências entre os profissionais que atuam na auditoria e, ainda, enriqueceria a dinâmica de trabalho do auditor.

No que diz respeito à fonte de localização de publicações de interesse em saúde, concordou-se que a BVS constitui fonte de evidência relevante. Isso se justifica pelo fato de que essa fonte agrega confiabilidade e acessibilidade às publicações, além de se constituir em uma base de dados diversa. Dentre as principais bases de dados bibliográficas de interesse da área de saúde pública disponíveis para acesso na Biblioteca Virtual em Saúde Pública podem-se citar: LILACS (Sistema BIREME), AdSAÚDE (Rede Nacional de Administração em Saúde), MS (Acervo da Biblioteca do Ministério da Saúde), FSP (Acervo da Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública), ENSP (Acervo da Escola Nacional de Saúde Pública), REPIDISCA (Rede Pan-Americana de Informação e Documentação em Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente) e MEDLINE (Literatura internacional em Ciências da Saúde).

A BVS tem sido apresentada como modelo de gestão da informação e intercâmbio de conhecimento em saúde e, ainda, percebida como um espaço comum de convergência do trabalho cooperativo de produtores, intermediários e usuários de informação. Vale acrescentar que essa fonte tem promovido o desenvolvimento de uma rede de fontes de informação científica e técnica com acesso universal na internet (BIREME, 2005). Contudo, ainda não é uma realidade para a divulgação de publicações em auditoria no SUS. No que tange à esta temática, concorda-se que a BVS não constitui fonte de evidência significativa para a prática de auditoria em saúde pública, uma vez que foram identificadas somente 14 publicações com texto acessível na sua íntegra.

Da amostra selecionada, observou-se que a instituição que publicou o maior número de artigos sobre auditoria no SUS foi o Ministério

da Saúde, com quatro publicações. Esse fato se explica por se tratar de instituição responsável pela elaboração de normas e rotinas relacionadas ao trabalho do auditor no SUS, com impacto nas diferentes disciplinas da área.

Ao se analisar a amostra, verificou-se que a inexistência de um periódico específico de auditoria indexado, voltado para as ações e serviços no SUS, pode estar dificultando a divulgação do conhecimento produzido. A maioria dos artigos foi publicada em periódicos diversos, o que compromete, também, a rápida atualização do conhecimento.

Nesse contexto, após o ano 2000, constatou-se aumento no número de publicações sobre a temática. A partir de 2005, é válido destacar que houve fatos que justificam o destaque à auditoria no SUS: a implantação do Pacto pela Saúde em 2006; a sua incorporação como eixo da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (PARTICIPASUS) em 2007; e o fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria do SUS e a implementação de seu componente municipal por meio do eixo de Qualificação da Gestão do Programa Mais Saúde em 2008.

A proposta de Pacto pela Saúde, disposta na Portaria N° 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, apresenta a auditoria como uma frente de trabalho, tratando-a como ferramenta de gestão e enfatizando seu caráter educativo e orientador. Nesse sentido, considera a auditoria como ferramenta relevante para a detecção das distorções do SUS, bem como para a proposição de suas correções. Somase a isso o fato que a Auditoria também passou a ser eixo da PARTICIPASUS por meio da Portaria N.º 3.027, de 26 de novembro de 2007, e defendida como recurso para a qualificação da gestão por meio do Programa Mais Saúde em 2008.

Acredita-se, ainda, que a inserção no ensino de pós-graduação brasileiro também poderá ser agregada como fator determinante do desenvolvimento na área de auditoria em saúde pública. Isso poderá contribuir decisivamente para a construção do conhecimento.

No estado do Ceará, por exemplo, são três as instituições formadoras que ofertam vagas para auditoria de sistemas e serviços de saúde. Contudo, não houve ainda nenhuma citação dos trabalhos publicados nesse Estado.

Quanto à categoria profissional dos autores dos artigos, considerando-se apenas o primeiro autor de cada produção, observou-se que quatro eram médicos, seguidos por enfermeiros, com três publicações, cirurgião-dentista, psicólogo e técnico em radiologia, com uma publicação cada. Os profissionais da saúde dessas categorias, na condição de sujeitos da pesquisa, demonstram, assim, uma maior preocupação quanto aos saberes referentes ao processo de trabalho em auditoria do SUS, uma vez que nessa área há renovação frequente de toda a base normativa, exigindo do profissional a busca constante do conhecimento. Além disso, trata-se de um tema que exige atuação ativa de cada um dos profissionais, sendo, inclusive, objeto de cursos de especialização.

Na identificação das fontes para localização dos artigos, todos os artigos (n=6) são provenientes da rede Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Esse fato tem sido observado como fator relevante, uma vez que o banco de dados dessa rede oferece informação sobre documentos primários ou indicativos de diretórios e serviços constantes de fontes primárias (BIREME, 2005).

Quanto à divulgação das informações, a LILACS registra a literatura científico-técnica em saúde, produzida por autores latino-americanos e do Caribe e publicada a partir de 1982. Nesse sentido, constitui fonte de localização interessante no que diz respeito à evolução das políticas públicas no País e, em especial, da auditoria do SUS.

Quanto ao conteúdo expresso em cada artigo, verifica-se que todas as publicações (n=6) apresentam os objetivos do estudo de forma clara, ou seja, possibilitam o fácil entendimento do leitor. No entanto, uma maior ênfase deve ser dada para este item, uma vez que o

objetivo é a apresentação do que se pretende alcançar com a pesquisa. Constitui a ação proposta para responder à questão do estudo e é fundamental para a compreensão do estudo e do artigo publicado (STREUBERT, 2001). Sendo assim, faz-se necessária a atenção à composição dos artigos, bem como a apresentação de considerações finais pautadas no esclarecimento ou conclusão dos objetivos propostos.

Quanto ao tipo de publicação, duas delas são derivadas de teses. Outras duas são produtos de especialização (monografia) e mestrado (dissertação). Isso significa dizer que poucas publicações acadêmicas estão disponíveis com essa temática. Diante do exposto, questiona-se se o número reduzido é fruto de pouco interesse dos profissionais quanto à temática escolhida ou se há limitação quanto ao canal de publicação.

Em relação à temática, listam-se as categorias que compuseram nossa pesquisa: a) manuais de orientações técnicas; b) estudo de casos múltiplos; c) estudo de corte transversal / retrospectivo; d) relato de experiência; e) estudos seccionais; f) revisão de literatura; e, g) pesquisa avaliativa em saúde pública. A partir dos resultados observados, perceberam-se poucos estudos de caso e relatos de experiência. Em se tratando da construção do processo de trabalho, acredita-se que a publicação desses relatos pode contribuir significativamente para a melhoria contínua do trabalho e reconhecimento da atividade como ferramenta de gestão em saúde.

Conclusão

Na busca da melhor evidência disponível, conclui-se que esta revisão da literatura de base proporcionou a caracterização das publicações sobre auditoria no SUS. Pode-se observar, por meio deste estudo, que o número de publicações acerca dos descritores associados à auditoria no SUS ainda é incipiente. Em geral, uma pequena parcela de publicações relaciona os dois descritores.

Some-se a isso o fato que poucos textos estão disponibilizados na íntegra por meio da fonte proposta, BVS. Compreende-se que a pesquisa nacional em auditoria no SUS ainda está em construção. Contudo, é necessário

que as publicações sejam disponibilizadas em meio eletrônico e recebam mais atenção dos autores, editores, analistas e veículos de publicação, para que o rigor subsidie a troca de experiência em saúde pública. ■

Referências

BRASIL. *Portaria MS n. 1.069, de 19 de agosto de 1999*. Dispõe sobre proposta de reorganização das atividades de controle e avaliação e de auditoria no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/8478-1069.html>>. Acesso em: 03 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Normas de Auditoria*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 48 p.

_____. *Norma Operacional Básica - SUS N.º 1/96*. Brasília: Diário Oficial da União 1996.

_____. *Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 - NOAS-SUS 01/02*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. *Portaria GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Diário Oficial da União, 23 fev. 2006. seção 1, p. 43.

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

BRASIL. Presidência da República. *Decreto n. 809, de 24 de abril de 1993*. Aprova a Estrutura Regimental do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), para vigência transitória; altera o Anexo II, parte a e b, do Decreto N.º 109, de 2 de maio de 1991, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1993a. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/113258/decreto-809-93>>. Acesso em: 03 out. 2011.

_____. *Decreto n. 1.651, de 28 de setembro de 1995*. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/17_Dcreto_1651.pdf>. Acesso em: 03 out. 2011.

_____. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 03 out. 2011.

_____. *Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993*. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1993b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm>. Acesso em: 03 out. 2011.

_____. *Decreto n. 3.496 de 01 de junho de 2000*. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3496.htm>. Acesso em: 03 out. 2011.

CARVALHO, A.I. BARBOSA, P.R. *Políticas de Saúde: fundamentos e diretrizes do SUS*. Florianópolis: UFSC; Brasília: CAPES, 2010. 82p.

Colaboradores

Fábio Solon Tajra realizou a coleta, análise, interpretação de dados e redigiu o artigo. Geison Vasconcelos Lira, Angelo Brito Rodrigues e Leonardo Guirao Junior contribuíram significativamente na elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo, bem como participaram da aprovação da versão final do manuscrito.

CASTRO, D.P. *Análise de implantação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS: proposta de um instrumento de avaliação*. 2004. 127f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

CENTRO LATINO-AMERICANO E DO CARIBE DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (BIREME); *Guia da BVS 2011*. São Paulo: BIREME:OPAS:OMS, 2011. 50 p.

MENEGHINI, R. Avaliação da produção científica e o Projeto SciELO. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 27, n. 2, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-19651998000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Oct. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-19651998000200017>.

MOREIRA, W. Revisão de Literatura e Desenvolvimento Científico: conceitos e estratégias para confecção. *Janus*, Lorena, ano 1, n; 1, 2º semestre de 2004.

NORONHA, D.P.; FERREIRA, S.M.S.P. Revisões de literatura. In: CAMPELLO, B.S.; CONDÓN, B.V.; KREMER, J.M. (orgs.) *Fontes de informação para pesquisadores e profissionais*. Belo Horizonte: UFMG, 2000.

PELLIZZON, R.F.; POBLACION, D.A.; GOLDENBERG, S. Pesquisa na área da saúde: seleção das principais fontes para acesso à literatura científica. *Acta Cirúrgica Brasileira*, São Paulo, v. 18, n. 6, dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502003000600002-&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 out. 2011.

PERON, C. *Auditoria e Pacto de Gestão: Perspectivas e Desafios*. Artigonal – Diretório de Artigos Gratuitos. Publicado em: 02/09/2009. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/saude-artigos/auditoria-e-pacto-de-gestao-perspectivas-e-desafios-1188860.html>>. Acesso em: 03 out. 2011.

SANTOS, N.R. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 13-26, jan./abr. 2009. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/media/file/saudeemdebate81.pdf>> Acesso em: 29 nov. 2012.

STREUBERT, H.J. Avaliação do relatório de pesquisa qualitativa. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. (orgs.) *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. Rio de Janeiro: Guanabara. p. 255-67.

Recebido para publicação em abril de 2013
Versão final em janeiro de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Qualificação de processos de gestão e atenção no município de Caaporã, PB: relatos de tutoria de educação permanente em saúde

Qualification of management and attention processes in the city of Caaporã, state of Paraíba, Brazil: mentoring reports on permanent education in health

Yuri Wanderley Cavalcanti ¹, Wilton Wilney Nascimento Padilha ²

RESUMO: Objetivou-se relatar a formação em Educação Permanente em Saúde (EPS) de Equipes de Saúde da Família (ESF) do município de Caaporã - PB. Os problemas identificados dizem respeito a dificuldades de acesso dos usuários, fragilidade do vínculo com a comunidade e ausência de ações educativas e preventivas. As intervenções propostas envolvem a reorientação das estratégias de acesso, integração entre a ESF e comunidade e a redistribuição das tarefas entre os membros da ESF. Os resultados revelam a eliminação da fila de espera para o atendimento, o fortalecimento do vínculo com a comunidade e a introdução de ações preventivas na ESF. A EPS em Caaporã contribuiu para modificar as práticas de gestão e atenção em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Educação Profissional em Saúde Pública; Prática Profissional.

ABSTRACT: *The aim of this paper was to report the training on Permanent Education in Health (PEH) of Family's Health Teams (FHT) from the Municipality of Caaporã, State of Paraíba. The problems identified involved the difficulties to access health services, fragility of the link with the community, and lack of educational and preventive actions. The proposed interventions encompass redirection of access strategies, integration between ESF and the community, and redistribution of tasks among FHT members. Results show the elimination of queue for care service, strengthening of the link with the community, and introduction of preventive measures in the FHT. The PEH in Caaporã contributed to modify the management and health care practices.*

KEYWORDS: *Primary Health Care; Public Health Professional Education; Professional Practice.*

¹Pós-Graduando em Clínica Odontológica pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil. Tutor de Aprendizagem, Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde. yuri.wanderley@yahoo.com.br

²Doutorado em Odontologia em Clínica Integrada pela Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo, SP, Brasil. Professor Doutor Titular de Clínica Integrada do Departamento de Odontologia e Clínica Social. Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa, PB, Brasil. wiltonpadilha@yahoo.com.br

Introdução

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma política de gestão de serviços, na qual a qualificação dos processos de trabalho em saúde se dá a partir da problematização do cenário de práticas, tendo como objetivos a resolutividade, integralidade e humanização da atenção. O facilitador de EPS se propõe a enfrentar os obstáculos para a produção do cuidado integral e humanizado à saúde a partir da organização de coletivos de trabalho. Estes, partindo de reflexões críticas sobre o serviço, agem pela produção de intervenções destinadas a provocar mudança nas práticas do trabalho.

Conforme discutido por Cavalcanti e Wanzeler (2009), a formação de facilitadores em EPS tem permitido a análise dos processos de trabalho de estudantes, profissionais e gestores inseridos na rotina do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a introdução dessas práticas no cotidiano do trabalho dos serviços públicos de saúde tem contribuído para o desenvolvimento do trabalho em equipe; integração entre equipe e comunidade; interdisciplinaridade das ações; qualificação de recursos humanos destinados ao SUS; e cuidado integral à saúde dos usuários.

Assim, a EPS tem sido definida como um ato político em defesa do trabalho no SUS, onde o setor público de saúde enfrenta o desafio de atender às necessidades da população, conquistar a adesão dos trabalhadores e constituir processos vivos de gestão participativa e transformadora (CECCIM, 2005). Nesse contexto, o facilitador de EPS assume a função de acompanhar, estimular e facilitar a reflexão crítica sobre os processos de trabalho das equipes que operam no SUS, em todos os níveis, com o objetivo de contribuir na qualificação dos processos de gestão e atenção.

Atualmente, a EPS configura-se como uma política nacional que deve ser conduzida pelas esferas estaduais e municipais, implicadas na melhoria da gestão e atenção em saúde

(BRASIL, 2009). A formação em EPS no estado da Paraíba tem permitido a ampliação da interface ensino-serviço, a qualificação de recursos humanos e a qualificação das estratégias de gestão e atenção (CAVALCANTI; WANZELER, 2009).

O Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da UFPB vem produzindo, junto a Secretarias Municipais de Saúde (SMS) do Estado, ações de institucionalização da EPS como campo de prática no setor saúde e de educação em saúde, cujo processo de trabalho e sua transformação são objetos, meios e motivos do processo formativo (CAVALCANTI ET AL., 2008).

Neste relato, busca-se apresentar a experiência de formação em EPS desenvolvida pelo NESC/UFPB em parceria com a SMS de Caaporã, PB.

Metodologia

Caracterização do município de Caaporã

O município de Caaporã faz parte do estado da Paraíba (Brasil), e localiza-se no litoral sul a 45 Km da capital João Pessoa. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possui área territorial de 150 Km², população de 20.064 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,617.

A rede municipal de serviços de saúde de Caaporã é constituída por oito Equipes de Saúde da Família (ESF), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Referência em Saúde e um hospital-maternidade.

Formação de facilitadores em Educação Permanente em Saúde

A formação de facilitadores em EPS no município de Caaporã contou com a participação de membros da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e de trabalhadores das oito ESFs do Município. Componentes do NESC e do Grupo de Pesquisa em Odontopediatria e Clínica Integrada (GPOCI) formaram a equipe de

condução dos processos e cumpriram o papel de orientadores e tutores de aprendizagem.

O processo de formação em EPS em Caaporã foi conduzido por meio de reuniões presenciais quinzenais (com duração de 4 horas) e mensais (com duração de 8 horas). Por meio dessas reuniões periódicas e pelo cumprimento de atividades à distância, cada tutor de aprendizagem acompanhou o trabalho de duas ESFs. As ações de fortalecimento da EPS tiveram início em setembro de 2009 e conclusão em junho de 2010. Ao longo desse período foram realizadas 16 reuniões presenciais quinzenais e sete reuniões mensais.

A adesão dos trabalhadores dos serviços de saúde de Caaporã à formação em EPS foi voluntária e orientada pela SMS. A implantação das ações de EPS na rotina dos serviços de saúde da Atenção Básica de Caaporã foi adotada como política para mudança de práticas da gestão municipal de saúde.

De modo a apoiar encontros de tutoria com o grupo de facilitadores durante as reuniões presenciais quinzenais, foram utilizadas unidades de aprendizagem, ofertadas como subsídio conceitual e problematizador das práticas de produção do cuidado dos trabalhadores em formação.

Tais unidades de aprendizagem fazem parte do material didático do Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde promovido em parceria pelo Ministério da Saúde/Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde e a ENSP/FIOCRUZ (BRASIL, 2005). Como material de apoio didático, foram utilizados outros textos, filmes e casos do cotidiano, os quais serviram à problematização das práticas de trabalho.

De acordo com o módulo azul do curso de formação de facilitadores de EPS - Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde, a prática em educação permanente se constrói a partir da identificação

de problemas, problematização do contexto de trabalho, delineamento de propostas de intervenção, execução dessas propostas de intervenção para mudança de práticas e avaliação do processo de trabalho transformado (BRASIL, 2005).

Dessa forma, durante as reuniões presenciais entre tutores e facilitadores de EPS em formação, aprofundaram-se os debates, leituras e reflexões acerca do trabalho vivo em ato (MERHY, 1997) vivenciado pelos profissionais e gestores em cada cenário de prática das equipes de saúde. A partir dessas reuniões, facilitadores de EPS em formação definiram a proposta de intervenção sobre os problemas enfrentados no cotidiano do trabalho em saúde.

A tutoria deu suporte ao movimento de intervenção operado pelos facilitadores, proporcionando referencial teórico e instigando o debate de realidades pelo grupo. Os tutores coordenavam tais reuniões e orientavam de maneira mais próxima o processo de intervenção, com o auxílio dos orientadores (CAVALCANTI ET AL., 2009).

Sendo assim, os facilitadores de práticas em EPS deveriam identificar problemas das práticas do cotidiano de trabalho. A partir desses, deveriam elaborar e executar propostas de intervenção que pudessem atuar sobre tais problemas. Por fim, a análise do processo de intervenção indicaria os rumos da continuidade das práticas em EPS.

Ao longo do processo de formação em EPS no município de Caaporã, os trabalhadores das equipes de saúde foram convidados a cumprir as etapas de: caracterização do cenário de práticas; problematização do processo de trabalho; planejamento de estratégias de intervenção; implantação da intervenção em EPS; avaliação do processo de implantação da EPS; e elaboração de propostas de continuidade de práticas de EPS.

Coleta e análise dos dados

Os trabalhos de tutoria em EPS junto a duas equipes de saúde da família serviram como fonte de dados. Assim, os dados dessa pesquisa foram coletados a partir dos cadernos de campo dos tutores; relatórios das reuniões entre orientador, tutores e facilitadores de EPS; material produzido durante essas reuniões/oficinas, fruto das atividades de problematização das práticas de trabalho dos facilitadores; e dos trabalhos de conclusão do curso de formação em EPS.

Esses dados, colhidos durante a realização do processo de formação em EPS no município de Caaporã, foram arquivados pela Coordenação do Curso de Formação em EPS, tendo como sede o NESC-UFPB. Para utilização desse material, este trabalho recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba, sob o parecer nº 1207.349/10.

As informações, documentadas de forma direta ou indireta, passaram por análise descritiva desenvolvida pelos próprios autores, de forma a enfatizar conteúdos significantes e pertinentes na formação em EPS no município de Caaporã.

Relato da formação em Educação Permanente em Saúde

CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO E PROBLEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

Logo no início das atividades de formação dos facilitadores de EPS no Município, os trabalhadores dos serviços de saúde foram convocados a participar de reuniões em grupo com participação de toda a equipe de saúde e tutores de EPS com o objetivo de identificar barreiras, fragilidades ou dificuldades do processo de trabalho da equipe de saúde.

Franco e Merhy (2003) entendem a Estratégia Saúde da Família como sendo baseada nas diretrizes do acolhimento, vínculo/

responsabilização e autonomização do usuário. Definem acolhimento como a manutenção da unidade de saúde permeável a todos os usuários que dela necessitarem e a escuta qualificada. Já o vínculo, é o estabelecimento de referência dos usuários a uma dada equipe de trabalhadores e a autonomização é o resultado da produção de cuidados que represente ganhos de autonomia, melhorando as condições de ‘viver a vida’ de forma singular.

Diante da discussão sobre o processo de trabalho das equipes de saúde A e B, identificaram-se dificuldades diretamente relacionadas aos princípios do SUS. Dentre elas, observou-se deficiência na oferta de serviço humanizado, integral, resolutivo, e com possibilidade de acesso universal dos usuários. Dessa forma, foram singularizados os seguintes problemas (consolidado da reunião mensal 3, de 19.12. 2009):

Fila de espera na madrugada para adquirir ficha para o atendimento; a organização da fila não se dá pela necessidade do usuário e sim por ordem de chegada à unidade de saúde; a equipe tem dificuldades para fazer atividades educativas devido à irregularidade do cronograma de atendimento.

Apesar da identificação imediata das fragilidades do processo de trabalho da equipe, os trabalhadores do serviço consideraram tais dificuldades como

problemas sem solução, sobre os quais os trabalhadores não possuem ingerência ou capacidade de mudança; tratando-se, portanto, de uma questão cultural imutável.

Assim, “a cultura da comunidade em relação à fila” foi considerada desafio a ser enfrentado diante da implantação de práticas de EPS no cotidiano da equipe de saúde. Outras questões, como “o grande quantitativo de usuários e a elevada demanda para o atendimento clínico” também justificaram a ausência de atividades coletivas.

Os facilitadores em formação também reconheceram a fragilidade da equipe quanto à capacidade de discutir a realidade do usuário que enfrenta a fila, os problemas do dia a dia e as dificuldades do serviço. Consideraram que “a equipe discute pouco sobre os problemas que a fila traz” e, assim, possuem (os trabalhadores) “dificuldades para o desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento do problema”.

Os trabalhadores listaram como dificuldades a serem enfrentadas, para a equipe de saúde da família A (consolidado da reunião quinzenal 7, de 8.1.2010):

cultura da comunidade em relação à fila; capacidade reduzida da equipe de saúde em discutir os problemas do processo de trabalho; dificuldade da equipe quanto ao desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento dos problemas.

Com o objetivo de aprofundar a análise sobre o processo de trabalho da ESF A,

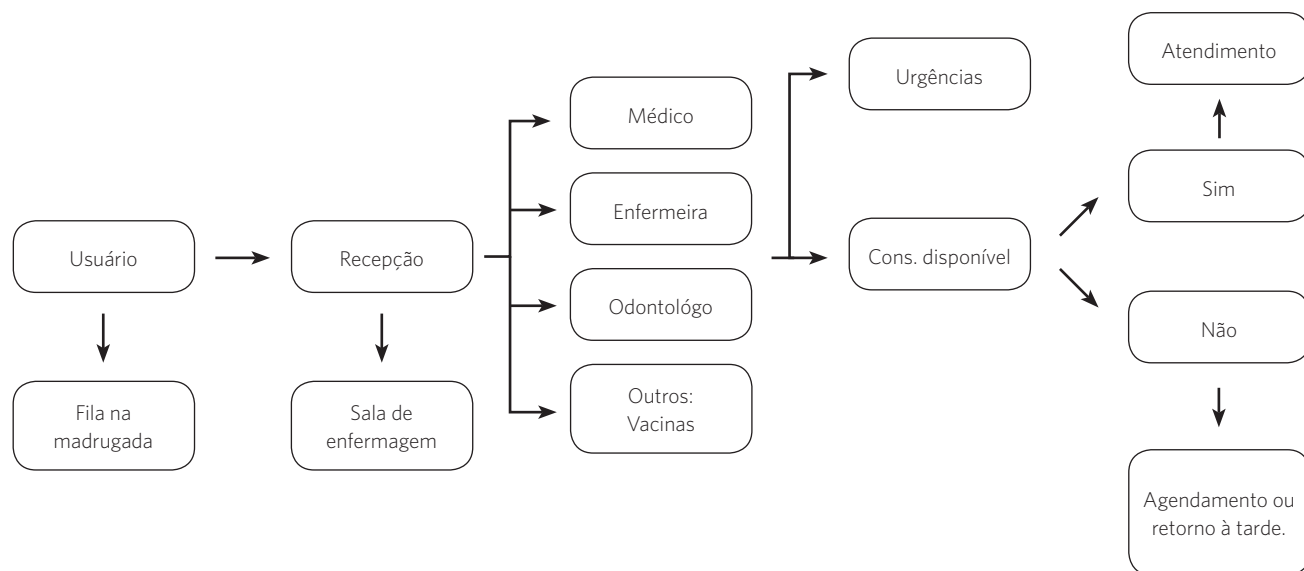
construiu-se um fluxograma (*figuras 1 e 2*). Segundo Franco e Merhy (2003), o fluxograma é uma ferramenta para representação gráfica de todas as etapas do processo de trabalho em saúde. A partir de sua utilização, busca-se identificar as principais dificuldades, ou nós críticos, a organização do serviço e os processos de decisão em saúde (FRANCO; MERHY, 2003).

Diante da análise dos fluxogramas, a “fila da madrugada” destaca-se como a primeira etapa necessária ao acesso dos usuários aos serviços de saúde. Tal situação representou a falta de humanização e de integralidade da atenção da equipe de saúde da família A, que visualizou a “fila da madrugada” como evento comum na rotina da ESF.

Para a equipe de saúde da família B, os trabalhadores listaram como dificuldades a serem enfrentadas (consolidado reunião quinzenal 7, de 8.1.2010):

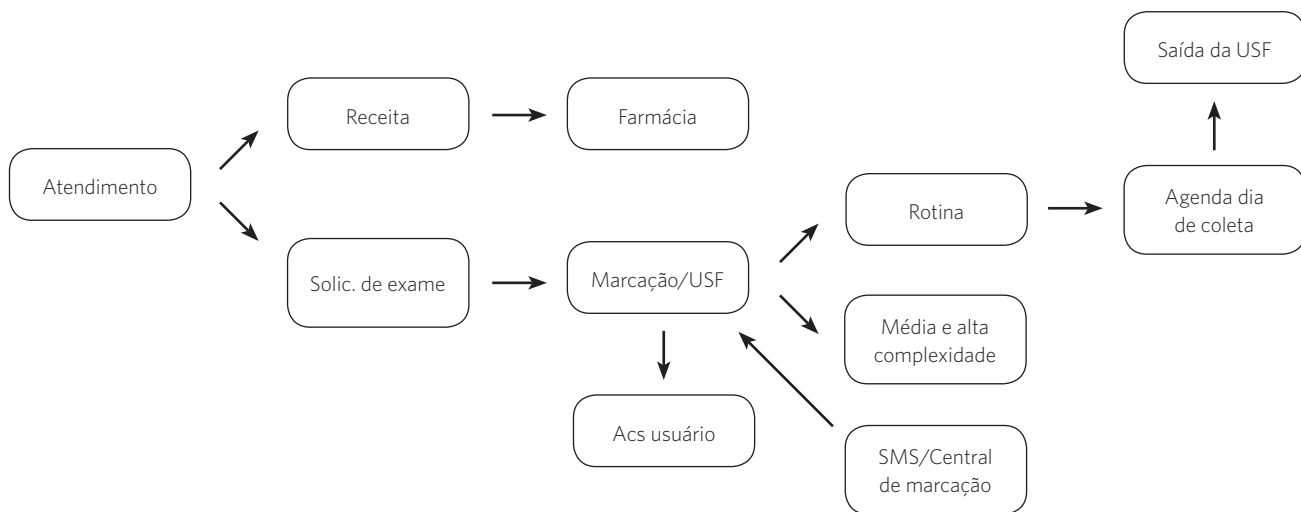
Irregularidade do fluxograma de trabalho (cronograma) da equipe; falta de

Figura 1. Fluxograma analisador do processo de trabalho da equipe de saúde da família A em Caaporã-PB. Roteiro cumprido pelo usuário que procura a unidade de saúde e deseja alcançar o atendimento



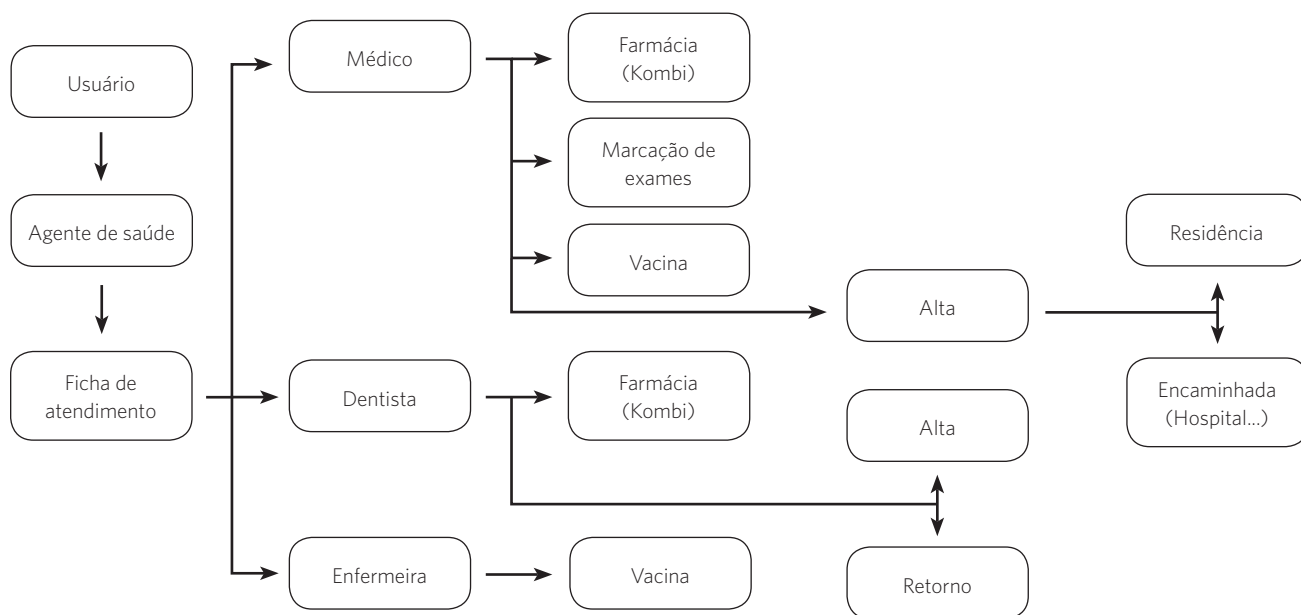
Fonte: Elaboração própria.

Figura 2. Fluxograma analisador do processo de trabalho da equipe de saúde da família A em Caaporã-PB. Roteiro cumprido pelo usuário do momento em que alcança atendimento até a saída do serviço.



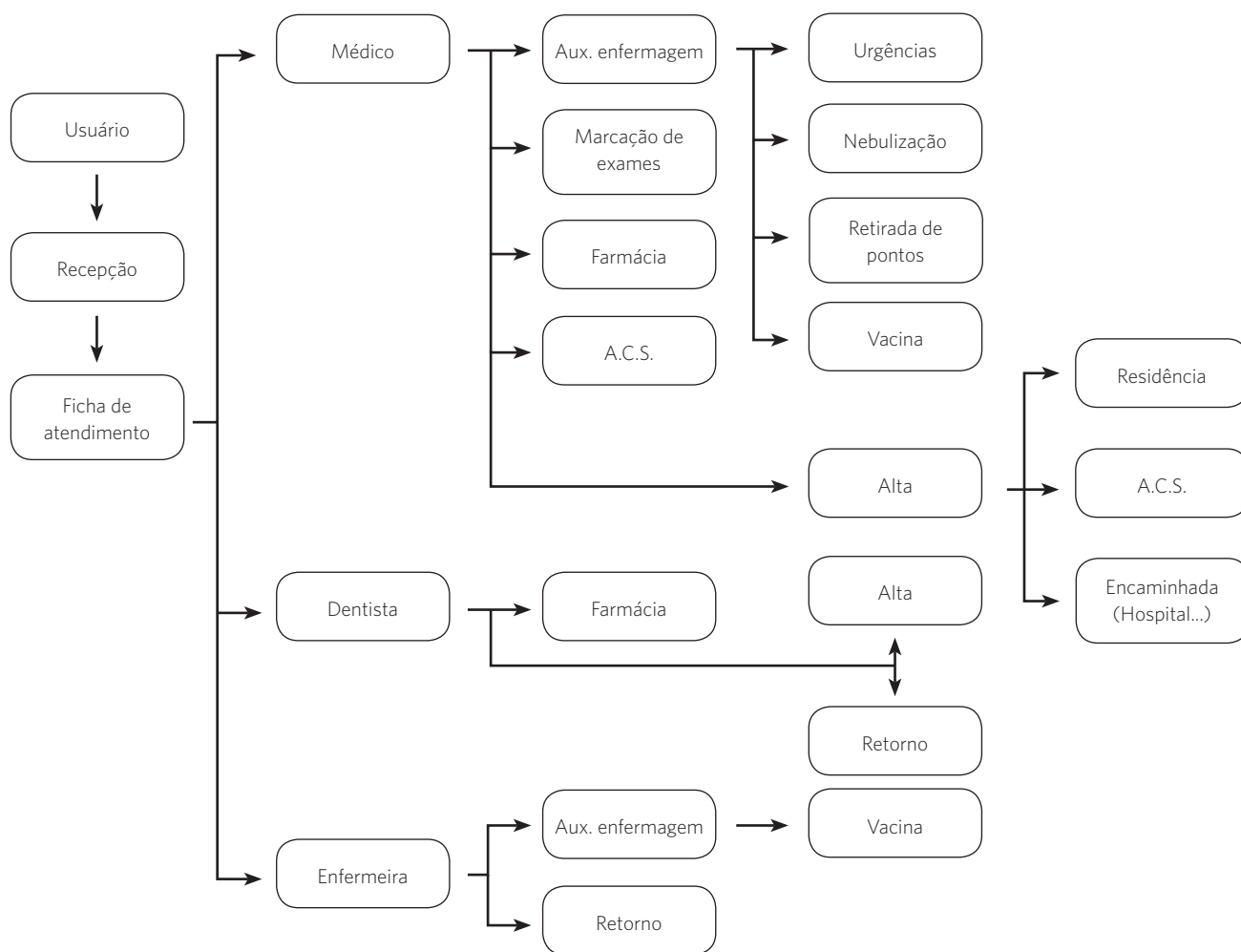
Fonte: Elaboração própria.

Figura 3. Fluxograma do processo de trabalho da equipe de saúde da família B em Caaporã-PB. Roteiro cumprido pelo usuário que procura a unidade de saúde em seu atendimento externo por meio de unidades âncoras.



Fonte: Elaboração própria.

Figura 4. Fluxograma analisador do processo de trabalho da equipe de saúde da família B em Caaporã-PB. Roteiro cumprido pelo usuário que procura a unidade de saúde e deseja alcançar o atendimento na unidade local.



Fonte: Elaboração própria.

prioridade para realização e participação em atividades preventivas; ampliação da fila e falta de educação em saúde; conciliação do atendimento clínico com as atividades educativas.

Nas *figuras 3 e 4*, ilustra-se o processo de trabalho da equipe de saúde B, segundo análise dos profissionais de saúde, para os atendimentos em unidades-âncora

(atendimento externo) e na unidade regional (atendimento local).

Diante da análise dos problemas levantados, todos se apresentaram com uma problemática pouco estruturada (MATUS, 1991), ou seja, cuja situação de enfrentamento é difusa, envolve diversos atores com interesses e escolhas próprias, acúmulos de conhecimento e disposição de recursos escassos. Os problemas colocados em situação de

enfrentamento envolveram sujeitos relacionados ética e politicamente. Assim, constituíram-se em formas de resolução complexa (CAVALCANTI; WANZELER, 2009).

Matus (1991) classifica como situações de resolução 'intermediária', na qual o facilitador de EPS deve operar no cotidiano organizacional do participante, de modo que, ao se interferir, produza-se efeito significativo sobre 'problemas finalísticos' (CECÍLIO, 1997). Esses atores-facilitadores de práticas de EPS objetivaram, em sua maioria, contribuir com o reordenamento do processo de trabalho desenvolvido pelos respectivos coletivos de trabalho.

EXECUÇÃO DAS PROPOSTAS PARA O ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA EM EPS

Diante da construção e problematização do cenário de práticas, os facilitadores em formação foram convidados a delinear e executar propostas de intervenção que atuassem sobre os problemas identificados na rotina da equipe de saúde.

Dessa forma, para a ESF A, foram propostas as seguintes estratégias para enfrentamento dos problemas (consolidado da reunião mensal 4, de 30.1.2010):

Reuniões semanais com a equipe para trabalhar a importância do vínculo com a comunidade e a integração da equipe; rodas de conversas com a equipe e a comunidade para ouvir suas necessidades e possíveis soluções para o problema; encontros presenciais com tutor da EP e profissionais da unidade, que, através das reflexões, ajudaram a nortear e visualizar estratégias e possibilidades de enfrentamento do problema; leitura de textos norteadores e problematizadores, que levaram a reflexão de novas práticas.

Para a ESF B, foram consideradas as seguintes estratégias de intervenção (consolidado da reunião mensal 4, de 30.1.2010):

Interagir com a comunidade e definir juntamente com eles quais os temas mais interessantes de acordo com cada realidade; integrar com profissionais da SMS para realização de palestras e oficinas; estabelecer parcerias com as associações locais; apoiar e preparar os ACS para realização de palestras.

Considerou-se que todas as intervenções dos facilitadores envolveram a abordagem sobre o próprio processo de trabalho. Essa é uma característica da EPS, conforme relatado por CECCIM (2005, p.01)

A Educação Permanente em Saúde consiste em um processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho - ou da formação - em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.

DIFICULDADES ENCONTRADAS NO PROCESSO DE FORMAÇÃO E INTERVENÇÃO EM EPS

Para as duas ESF, foram relatadas dificuldades diante da implantação e efetivação das propostas de intervenção em EPS. Dentre as questões mais frequentes, destacaram-se (consolidado da reunião mensal 9, de 19.6. 2010):

Pouca integração e participação de todos os membros da equipe no processo de educação permanente (sensibilização de profissionais de saúde); cultura da comunidade em relação à rotina de funcionamento do serviço (sensibilização dos usuários).

Assim, como relatado por Cavalcanti e Wanzeler (2009), verificou-se que os processos de intervenção desencadeados pela formação em EPS procuraram estabelecer acordos e modificar práticas de trabalho e atenção a partir da sensibilização, ou seja,

do ‘convencimento’ e articulação com outros atores - equipe de gestão, usuários ou profissionais de saúde.

Propostas de continuidade das ações de EPS

Assim, como relatado por Cavalcanti e Wanzeler (2009), diante das intervenções desencadeadas no processo de trabalho das equipes de saúde envolvidas, foram identificadas mudanças no modo como o trabalho se constitui após a EPS: formação de coletivos de avaliação, melhoria das condições de trabalho a partir da escuta, maior articulação entre equipe de trabalho e comunidade, planejamento de ações políticas do coletivo, qualificação do serviço, aprendizados sobre negociação, implantação de gestão conjunta do trabalho, institucionalização do acolhimento etc.

Para a Equipe de Saúde A (Caaporã-PB) o processo de mudança de práticas no trabalho atingiu os seguintes resultados (Consolidado de Reunião Mensal 9 – 19 jun. 2010):

Fim da fila na madrugada; Desenvolvimento de estratégias para implantação do Acolhimento; Melhoria da comunicação interna da equipe; Fortalecimento do vínculo e integração equipe-comunidade.

Para a equipe de saúde B (Caaporã-PB) o processo de mudança de práticas no trabalho atingiu os seguintes resultados (consolidado da reunião mensal 9, de 19.6. 2010):

Implantação de ações educativas durante o atendimento externo à unidade âncora a partir da atuação dos agentes comunitários de saúde; inserção dos agentes comunitários de saúde nas atividades de promoção e prevenção de saúde desenvolvida pela ESF; melhoria da comunicação interna da equipe; fortalecimento do vínculo e integração equipe-comunidade.

Dessa forma, as mudanças no processo

de trabalho das duas equipes de saúde permitiram a qualificação do serviço, redução de processos burocráticos (como a fila na madrugada), facilidade do acesso, humanização da atenção, fortalecimento do vínculo, maior integração da equipe de saúde e a introdução de novas estratégias de atenção pela ESF.

A seguir, apresentam-se alguns trechos dos relatos sobre avaliação do processo de mudança pelas ESF A e B (consolidado da reunião mensal 9, de 19.6.2010):

Hoje, como facilitadores da EPS, conseguimos problematizar nossa realidade e acreditar que poderíamos mudar nossas práticas de trabalho;

O processo de trabalho na unidade sofreu mudanças significativas (melhora na comunicação da equipe, integração);

Observamos o fortalecimento do vínculo equipe-comunidade;

A mudança mais significativa, no entanto, foi observar os usuários sugerindo assuntos para futuras palestras, deixando claro que entenderam sua importância e necessidade, conseqüentemente, fortalecendo o vínculo entre comunidade e equipe saúde da família;

A equipe pretende dar continuidade às propostas que surgiram durante o curso para diagnosticar e buscar soluções em equipe, com os recursos disponíveis, para outras dificuldades que surgirem.

De modo geral, os facilitadores em EPS avaliaram que as intervenções produziram resultados positivos sobre os cenários de práticas das equipes de saúde. Verificou-se que o vínculo entre os membros da equipe e entre equipe e a comunidade foi fortalecido, de modo que se observou motivação dos profissionais para a manutenção dos processos de mudanças de

práticas das relações de trabalho e atenção em saúde. Além disso, a motivação dos facilitadores em EPS culminou na disponibilidade e habilidade desses atores para desencadear novos processos de mudança de práticas.

Assim, o processo de continuidade das ações de EPS relatado pelos facilitadores está envolvido com a constatação da mudança de práticas no cenário de atuação e, por conseguinte, com o sucesso da intervenção como facilitador (CAVALCANTI; WANZELER, 2009). Cabe ao facilitador de EPS, portanto, identificar e intervir em novos problemas que afetam a rotina do trabalho vivo em ato.

Entende-se, portanto, que a EPS é um fenômeno político e pedagógico permanente, no qual a continuidade deve estar relacionada com a educação dos coletivos de trabalho no sentido de manter o que foi mudado. Dessa forma, considera-se que a diversidade de atores e discussões em roda ampliou a análise crítica do trabalho vivo em ato (MERHY, 1997), sendo possível a transformação de práticas de trabalho nos serviços de saúde do município de Caaporã.

Considerações finais

A formação em EPS no município de Caaporã contribuiu para provocar mudanças de práticas de gestão e atenção em saúde na rede de serviços do SUS municipal. Dessa forma, por meio de ações de mudança, a EPS se configura como estratégia de qualificação dos serviços de saúde pública.

A participação dos profissionais e gestores do serviço público de saúde no processo de formação em educação permanente estimulou a reflexão crítica dos atores envolvidos, o que impulsionou transformações na micropolítica das relações e dos cenários de práticas, resultando na qualificação do trabalho em saúde e da atenção prestada à população, conforme discutido por Cavalcanti e Wanzeler (2009).

Diante dos resultados baseados no processo de formação em EPS no município de Caaporã, destaca-se que a Política de Educação Permanente para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde deve ser fortalecida em âmbito regional e nacional, na perspectiva do fortalecimento do SUS e, consequentemente, na qualificação da atenção prestada aos usuários. ■

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento da Gestão da Educação na Saúde. *Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 382p.

———. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

CAVALCANTI, Y.W. *et al.* Qualificando uma estratégia formadora: a proposta dos estágios da graduação em Odontologia da UFPB. *Revista de Iniciação Científica em Odontologia*, João Pessoa, v. 6, n. 1, p. 1-8, jan./dez. 2008.

CAVALCANTI, Y.W., WANZELER, M.C.C. Educação Permanente em Saúde na qualificação de processos de trabalho em Saúde Coletiva. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, João Pessoa, v. 13, n. 1, jan./abr. 2009, p. 13-20.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004 /fev. 2005.

CECÍLIO, L.C.O. Uma sistematização e discussão da tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, F. *Praxis en salud: un desafio para lo público*. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1997. 345p.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras dos serviços de saúde: o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP. In: MERHY, E. E. *et al. O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC, 2003.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. *O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

MATUS, C.O. Plano como Aposta. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 5, n. 4, p. 28-42, out./dez. 1991.

MERHY, E.E. Em Busca do Tempo Perdido, o trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, F. *Praxis en salud: un desafio para lo público*. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1997. 345p.

Recebido para publicação em junho de 2013

Versão final em dezembro de 2013

Conflito de interesse: não houve

Suporte financeiro: inexistente

As dimensões do cuidado e sua incorporação no ambiente do estágio curricular

The dimensions of care and its absorption by traineeship

Roselane Gonçalves¹, Jacqueline Isaac Machado Brigagão²

RESUMO: O artigo discute as dimensões do cuidado a partir da experiência das autoras na docência em obstetrícia. Apresentam-se as estratégias utilizadas na supervisão de estágio relativas a duas dimensões do cuidado humanizado: a relação profissional-usuário e a organização dos serviços em dois hospitais. Inicialmente, faz-se uma breve leitura sobre a humanização do cuidado e a configuração de um novo paradigma de atenção à saúde. A seguir, problematiza-se a incorporação dessa dimensão nos processos de ensino-aprendizagem a partir de duas situações-problema vivenciadas durante os estágios. Observou-se que alguns profissionais dos hospitais onde os estágios são realizados incorporam as práticas desenvolvidas, e, gradativamente, a organização do serviço e as relações de cuidado em saúde vão se transformando.

PALAVRAS-CHAVES: Obstetrícia; Humanização da Assistência; Ensino; Obstetrizes.

ABSTRACT: *This paper discusses care dimensions from the authors' experiences on obstetrics teaching. It presents the strategies applied in the traineeship supervision as for two dimensions of humanized care: the dealing professionals-women and the organization of services in two hospitals. Initially, a brief reading is made on Health Humanization Police and on the shape of a new health care paradigm. Hence, it discusses the absorption of this dimension in the teaching-learning processes from two situations experienced during the traineeships. The analysis showed that some hospital professionals where traineeships are held absorbed the practices developed, and that service organization and health care practices are gradually being transformed.*

KEYWORDS: *Obstetrics; Humanization of Assistance; Teaching; Midwives.*

¹Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil. Professora do curso de Obstetrícia da Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil.
roselane@usp.br

²Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil. Professora da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil.
jac@usp.br

Introdução

A humanização do cuidado em saúde, de conceituação e abrangência amplas, tem sido discutida há mais de cinco décadas. Deslandes (2006), ao analisar o debate sobre humanização, toma como marco o simpósio norte-americano *Humanizing Health Care* (Humanizando o Cuidado em Saúde), ocorrido em São Francisco (EUA) em 1972, demonstrando a influência nesse debate de diversos teóricos da sociologia, que, em décadas anteriores, já haviam apontado a necessidade de humanização na saúde.

Desde o início, o foco do debate foram as práticas desumanizadoras oriundas do modelo biomédico de atenção à saúde, que considera a doença um problema somente do 'corpo físico', uma vez que parte do princípio cartesiano de que a mente e o corpo devem ser tratados como entidades separadas, ignorando as dimensões psicossociais da pessoa. Desse modo, terapêuticas são dirigidas para os aspectos orgânicos sem o dimensionamento dos seus efeitos na vida. Nesse modo de pensar, os processos saúde-doença têm muitos efeitos, como, por exemplo, a medicalização da vida (TRAVERSO-YEPEZ, 2007).

Outro aspecto dessa discussão são as relações de poder entre profissionais de saúde e usuários:

De qualquer modo, tende-se a qualificar de desumanas relações sociais em que há um grande desequilíbrio de poder e o lado poderoso se aproveita desta vantagem para desconsiderar interesses e desejos do outro, reduzindo-o a situação de objeto que poderia ser manipulado em função de interesses e desejos do dominante. Partindo deste pressuposto, não há como haver projeto de Humanização sem que se leve em conta o tema da democratização das relações interpessoais (...) a Humanização depende, portanto, do aperfeiçoamento do sistema de gestão compartilhada, de sua

extensão para cada distrito, serviço e para as relações cotidianas. (CAMPOS, 2005, P.399).

O autor enfatiza a necessidade de empoderamento dos usuários dos serviços, em detrimento do poder abusivo do saber-poder profissional. Defende a implementação de mecanismos preventivos para o abuso de poder tais como a valorização da presença do acompanhante nos processos de tratamento e a flexibilização das regras de funcionamento das instituições de saúde, como condições que viabilizam o exercício dos direitos dos usuários.

A discussão sobre cuidado está intimamente articulada à busca de diálogo o mais simétrico possível entre usuários e profissionais e a uma leitura compartilhada das queixas e das possíveis soluções para as demandas dos usuários (AYRES, 2004).

O governo brasileiro tem procurado incorporar as discussões sobre humanização e cuidado nas políticas de saúde. Em 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) com o objetivo de transformar as práticas de atendimento à saúde na rede hospitalar. Em 2003, o programa foi substituído pela Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde, cujo objetivo é melhorar o acesso, o acolhimento e a qualidade dos serviços no Sistema Único de Saúde como um todo. Essa política está orientada pelos princípios da inseparabilidade da gestão dos processos de produção de saúde; da transversalidade da humanização nos dispositivos e concepções que permeiam todos os programas e políticas de saúde; e da autonomia e protagonismo dos trabalhadores e usuários no processo de cogestão do sistema de saúde (BRASIL, 2009).

Assim, a política de humanização propõe um novo modelo de atenção à saúde, pautado no reconhecimento dos usuários e dos profissionais como cidadãos com direitos e desejos e no estabelecimento de relações de cuidado que não anulem as subjetividades e

as socialidades. Essa perspectiva implica, necessariamente, investir na reorganização do sistema e na formação profissional em saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Nesse contexto, o estágio sobre o qual tratar-se-á neste artigo configura-se como uma estratégia facilitadora de ensino, por meio da qual estudantes e professores constroem o saber a partir das situações vividas no cotidiano das instituições de saúde. Entende-se que é na reflexão e na teorização das ações da prática profissional, preferencialmente realizadas em situações reais do trabalho, que estudantes e docentes constroem e desenvolvem capacidades (LIMA, 2005). O que define o sentido da formação profissional é, predominantemente, a relação que se estabelece nos espaços em que se materializa a educação (FAGUNDES; BURNHAM, 2005).

A perspectiva da integralidade no cuidado em saúde exige abordagem transdisciplinar, daí a importância de articular conhecimentos das ciências sociais, humanas e biológicas, de modo a possibilitar a reflexão sobre o cuidado em saúde não somente como conceito, mas como práticas relacionais entre pessoas sensíveis e que produzem novos modos de ser no mundo. Nesse sentido, o curso de Obstetrícia tem como modelo orientador a integralidade em saúde e a humanização do cuidado.

Assim, ao assumir a tarefa de formar profissionais de saúde nesse modelo, assume-se, também, a posição de combate às desigualdades e, ao mesmo tempo, de promoção da inserção das múltiplas dimensões do humano nos processos de saúde. Isso, porque acreditamos que não é possível ser neutro na docência:

...não posso ser professor se não percebo cada vez melhor que, por não poder ser neutra, minha prática exige de mim uma definição. Uma tomada de posição. Decisão. Ruptura. Exige de mim que escolha entre isto ou aquilo. (FREIRE, 1996, P.115).

Além disso, todos nos posicionamos, também, como aprendizes quando partimos dos princípios de uma educação dialógica e nos abrimos para as múltiplas aprendizagens que as atividades docentes nos possibilitam:

Desta maneira, o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os 'argumentos de autoridade' já não valem. Em que, para ser-se, funcionalmente, autoridade, se necessita de estar sendo com as liberdades e não contra elas (FREIRE, 2005, P. 79).

Sob essa perspectiva, este artigo tem como objetivo discutir as estratégias utilizadas no processo de ensino-aprendizagem no cotidiano das ações do estágio curricular realizado em dois hospitais públicos situados na cidade de São Paulo, na área de assistência ao parto. Focalizar-se-ão duas dimensões do cuidado humanizado: a relação profissional-usuário no cuidado das parturientes realizado pelos estagiários e o modo como os serviços estão organizados nos dois hospitais.

Metodologia

Este artigo foi escrito a partir da experiência docente na supervisão de estágios de alunos do oitavo semestre do curso de obstetrícia. Buscou-se demonstrar as estratégias metodológicas utilizadas para desenvolver a atitude cuidadora em estudantes que atuam como estagiários no cuidado à mulher durante o trabalho de parto e no parto. Procurou-se, também, demonstrar a importância da organização dos serviços para o cuidado em saúde.

As atividades de estágio são realizadas em hospitais da rede pública de saúde, nos quais a gestão das rotinas de trabalho é de responsabilidade única da direção dos serviços, sem que os docentes participem do processo. No

cotidiano das ações, esse é um desafio a ser superado, já que, muitas vezes, impossibilita intervenções diretas na organização dos serviços, como ver-se-á a seguir.

O estágio que se descreve aqui foi realizado com um grupo de cinco estudantes sob a supervisão direta de um docente. O objetivo do estágio é possibilitar que os alunos realizem práticas humanizadas de cuidado à mulher, à família e ao recém-nascido, no momento do parto e no puerpério imediato. As atividades são organizadas a partir do princípio de que a aprendizagem e a produção de conhecimentos estão intimamente relacionadas à experiências de troca que possibilitam articular vivências significativas com conteúdos teóricos. O estágio é o momento em que os estudantes realizam o cuidado direto à mulher, ao bebê e à família.

Utilizou-se como recurso metodológico a descrição de duas situações-problemas que ocorreram no cenário de prática. Por meio dessa discussão, foi possível demonstrar as estratégias desenvolvidas pelos estudantes e docente no cotidiano dos campos de prática. A discussão norteou-se pelos pressupostos da integralidade e da humanização do cuidado em saúde; as estratégias utilizadas são o foco para que esses desafios auxiliem no processo ensino-aprendizagem sobre a potencialidade do cuidado humanizado.

A relação estagiário-usuário nos serviços de saúde

O parto e o nascimento são eventos extremamente significativos na vida da mulher e da família e podem ser vividos respeitando-se o ritmo do corpo feminino, bem como seus desejos. Assim, o acolhimento é fundamental. Nos estágios, desde o primeiro contato com os usuários dos serviços, procura-se conversar e discutir com a mulher como será o trabalho em conjunto, enfatizando sempre que o parto é dela e que a sua participação é fundamental. Às vezes, as mulheres chegavam

ao hospital assustadas e receosas em função dos diversos mitos difundidos sobre o parto; era preciso acolhê-las e mostrar-lhes que não estavam sozinhas. Fazia-se isso esclarecendo o processo, desenvolvendo um plano de parto, conversando tanto com a gestante como com seu acompanhante, na tentativa de estabelecer vínculos de confiança.

Muitas vezes, os estudantes ficavam confusos diante das mudanças de comportamento das mulheres ao longo do processo. Algumas parturientes tinham momentos de irritação e revolta, noutros, assumiam uma posição passiva de “eu quero ser cuidada e, por favor, tirem essa dor de mim”.

Vale lembrar que, para a maioria das pessoas, lidar com a dor do outro não é uma tarefa fácil e acompanhar o processo de parto pode gerar muita ansiedade. Assim, se conversava sobre os modos de lidar com esses diversos sentimentos, nossos e do outro. Tentava-se encontrar, juntos, algumas estratégias para lidar com essas emoções, sugeria-se que caminhar poderia facilitar o processo nos momentos de raiva e irritação. O simples ato de ficar ao lado da mulher, ouvindo-a, também pode ser terapêutico. O vínculo estabelecido propiciava às mulheres a aceitação do cuidado. Então, ofereciam-se massagens, porque o contato físico auxilia não só na diminuição da dor e no relaxamento como também na ampliação da sensação de estar acompanhada. Sempre que possível, o companheiro ou acompanhante também era convidado a participar do cuidado.

Outros recursos que se utilizava eram o estímulo à mudança de posição, deambulação e caminhada, balanço pélvico, bola de Bobat, agachamento, estímulo à respiração ritmada e confortável, banhos quentes. Muitas dessas práticas são recomendadas como facilitadoras para o controle da dor e ansiedade durante o trabalho de parto (MACEDO ET AL., 2005).

Ao realizar essas práticas, todos estavam totalmente presentes e se colocando ao lado da mulher, acolhendo e compartilhando suas dores, seus medos e suas angústias. Às vezes,

durante esse processo, algumas contavam histórias de momentos significativos de suas vidas e falavam das expectativas em relação ao bebê. Esse modo de estar junto e auxiliar a mulher na vivência do processo de parto está orientada pela perspectiva de que o parto é um evento que envolve a mulher como um todo, e que mente e corpo são indissociáveis. Acredita-se que, nesse processo, a mulher também tenha a possibilidade de resgatar a noção do seu corpo como um todo. O foco do cuidado não está na região da bacia materna e na cabeça fetal. Está na mulher e no bebê (BRIGAGÃO; GONÇALVES, 2010). A noção clássica da obstetrícia de que o parto significa o equilíbrio perfeito entre trajeto (pelve) e objeto (feto) passa a ser desconstruída, e entram em cena a mulher e o bebê como sujeitos centrais do cuidado. Para tanto, torna-se essencial a sua participação ativa, assumindo o controle da situação de tal forma que haja a apropriação de seu corpo durante o parto e o nascimento (DAVIS-FLOYD ET AL., 2010).

Situação-problema 1: a história do cuidado com Maria

Maria estava na sua primeira experiência de gestação e parto e havia sido internada na fase ativa do trabalho de parto, com contrações regulares, ritmadas e efetivas, bem como dilatação cervical adiantada. No período final, já com dilatação total e necessidade de descida do feto pela pelve, estava começando a se desesperar e dizia: “*Eu não vou conseguir*”. Estava ficando visivelmente irritada com as dores e repetia que não ia conseguir. A aluna perguntava: “*Você quer conseguir?*” Ela assentia que sim com a cabeça sem muita convicção. A aluna continuava: “*Se você quer conseguir vamos fazer juntas um exercício*”. E, então, demonstrou como abaixava e levantava. Solicitava à mulher que ela fizesse os movimentos junto. Gradativamente, ela foi fazendo o exercício e, à medida que o fazia, foi adquirindo entusiasmo e energia.

Em aproximadamente 30 minutos o bebê nasceu. A aluna que a acompanhava ao final do parto disse: “*Hoje, finalmente, compreendi o que é o empoderamento sobre o qual as professoras tanto falam... é exatamente o que aconteceu com a Maria quando ela aprendeu o exercício e passou a ter mais controle sobre seu próprio corpo*”.

Essa experiência motivou muitas reflexões entre o grupo de estudantes sobre o poder exercido pelos profissionais de saúde, sobre os corpos dos indivíduos, usuários dos serviços e, ao mesmo tempo, sobre a impotência que, muitas vezes, os levam a se submeterem passivamente às tecnologias e intervenções implementadas nos serviços, sem que isso implique sua participação direta como sujeito ativo do processo. Brigagão (2010) comenta que, apesar de o parto ser da mulher, ao longo do tempo, os processos de hospitalização e de medicalização retiraram dela o protagonismo, deslocando-o para os profissionais de saúde que assistem ao parto. Revisitando a história, percebe-se que, à medida que os corpos das mulheres tornam-se um lugar privilegiado de exercício do poder-saber da medicina, gradativamente aprimoram-se e desenvolvem-se intervenções e tecnologias oriundas do saber biomédico, que, no cotidiano das práticas em saúde, configuram-se como estratégias de exercício do poder dos profissionais de saúde e de controle e sujeição das mulheres por parte destes (BRIGAGÃO; GONÇALVES, 2010).

No cotidiano da formação profissional, a promoção da integralidade no cuidar em saúde apresenta-se como um desafio, uma vez que propicia, em determinado tempo e lugar, que grupos e indivíduos, denominados por Merhy (2006, p.98) de

(...) portadores de futuro, envolvam-se com a construção social de um ‘com-viver’ solidário e igualitário, por meio das práticas em saúde ... maneiras de se poder criar e recriar os desejos e suas concretizações,

com a aposta de que (...) somos responsáveis pelo que construímos e estamos profundamente implicados com a produção da igualdade como a aceitação da singularidade do outro.

Concorda-se com a premissa de Merhy (2006) de que as práticas de saúde são espaços privilegiados de construção de novas formas de convivência e de relações de respeito às múltiplas singularidades presentes no contexto das instituições de saúde. Assumir e ensinar essa postura nem sempre é uma tarefa fácil: há muitas resistências em aceitar as diferenças e tendência em acreditar que os saberes importantes para o cuidado em saúde são apenas os dos profissionais. Ou seja, os usuários ainda são entendidos como ‘pacientes’ submetidos aos saberes e intervenções dos profissionais.

Kennedy, Rousseau e Low (2003), discutindo o cuidado prestado por obstetrias, ressaltam a importância de compartilhar as decisões com as mulheres e suas famílias. O cuidado da obstetriz, segundo os autores, é adequado para atender às necessidades individuais da mulher e de sua família. Há o objetivo de ajudar a mulher a se sentir segura e satisfeita com o cuidado, sobretudo por meio da tomada de decisão compartilhada entre a profissional e a mulher ou sua família.

A organização dos serviços e a relação de cuidado

O fato de os estágios serem realizados em hospitais da rede pública é vantajoso, porque possibilita aos alunos um contato com a realidade dos serviços no Brasil. Por outro lado, por não se tratarem de hospitais-escola, o modelo de gestão não permite aos docentes fazer intervenções diretas no ambiente e no modo de organizar os serviços. Porém, como se está comprometido com o modelo de humanização do cuidado, busca-se, nos diversos contextos da assistência, humanizar as

práticas e sensibilizar os outros profissionais para esses modos de ação.

Situação-problema 2: o cotidiano do cuidado num dia de estágio

No centro obstétrico onde se realiza o estágio, havia um espaço denominado pré-parto: um amplo quarto coletivo com seis leitos, todos ocupados por mulheres em trabalho de parto. Os estudantes assumiram as atribuições designadas pela docente e começaram o dia de trabalho. Nesse serviço, o acompanhante não era autorizado a permanecer no pré-parto. Assim que chegamos, observamos que as mulheres estavam todas com um semblante de dor, parecia ser algo contagiante, pois os lamentos e gemidos eram reproduzidos, às vezes, em uníssono. A rotina do estágio é que cada aluno assumia o cuidado de uma mulher e iniciava as atividades tomando ciência do histórico de internação, do cartão e exames do pré-natal, bem como da evolução registrada no decorrer do trabalho de parto. Fazem os exames referentes à avaliação da atividade uterina, vitalidade materna e fetal e propõem as estratégias de cuidado para aquela mulher. Como se disse anteriormente, as recomendações quanto à mudança de posição e deambulação, assim como a oferta de banhos quentes e massagens fazem parte de um elenco de procedimentos e tecnologias usualmente implementado. Nesse local, o modo de cuidar desenvolvido pelos alunos e pela docente gerava especulações por parte dos profissionais, que questionavam: *“Por que vocês deixam essas mulheres andando para lá e para cá? Por que colocam as mulheres de cócoras ou em quatro apoios sobre as camas?”*. Ou ainda: *“Por que ocupam a área do banho por tanto tempo? Por que este arrasta-arrasta de biombos para lá e para cá?”*

Nesse hospital, o fluxo de atendimento estava organizado para que o parto fosse realizado em área restrita, onde as mulheres passavam a maior parte do trabalho de parto nas camas. Uma das argumentações para não permitir a presença do acompanhante era a falta de espaço físico. Os banheiros eram de uso coletivo e as mesas ginecológicas, com perneiras para o momento do parto. Com essas características, o ambiente não é acolhedor nem facilita o processo do parto e do nascimento. A equipe de saúde que atua no setor, além de ser reduzida, segue as rotinas e os protocolos instituídos.

Nesse cenário, o desafio é duplo. Por um lado, auxiliar os estudantes a construir estratégias de cuidado humanizado em um ambiente pouco facilitador e, por outro, realizar, por meio de ações dos docentes, micropolítica que gradativamente vai demonstrando novas formas de fazer e de cuidar que rompem com o instituído.

A micropolítica opõe-se à política das vigências disciplinares, das racionalidades hegemônicas, é a política do minoritário, das forças minoritárias, resistência aos instituídos, resistência ao saber-poder-desejo hegemônico, disputa por outros modos de ser-existir-agir, inventivos, criativos, em ato. A noção esvaziada da micropolítica refere-se à análise das decisões ideológicas, dos modos culturais locais, das regras de exercício da profissão ou do trabalho, onde as diferenças quase individualizantes teriam um peso mais significativo. A micropolítica não é local/individual, é força instituinte, transversalidade de processos e projetos, luta contra-hegemônica e anti-hegemônica (CECIM; MERHY 2009, P.532).

No estágio, ao mesmo tempo em que se implementam as tecnologias e práticas humanizadoras, estabelece-se diálogo interdisciplinar com a equipe que atua no contexto institucional. Aos poucos, percebe-se que as evidências científicas que fundamentam a

atuação dos docentes vão sendo apreciadas com menor resistência e pode-se vislumbrar um campo fértil para a instituição da micropolítica descrita anteriormente por Cecim e Merhy (2009).

Pode-se observar que essa micropolítica tem tido alguns efeitos e, com o passar do tempo, os comentários feitos pelos profissionais tornaram-se mais amenos, arrefecendo a inquietação inicial. Foi possível observar que alguns profissionais da equipe daquele centro obstétrico passaram a sugerir algumas das práticas realizadas por nós no cotidiano dos estágios. Em determinado dia, chegando ao serviço, havia duas mulheres apoiadas sobre os membros, em quatro apoios sobre a cama, exatamente como a equipe faz. Uma auxiliar de enfermagem explicou que havia presenciado o cuidado prestado pela equipe em outros momentos e aprendeu esse novo modo para ajudar a mulher a lidar com a dor. Nesse sentido, entende-se que:

(...) a humanização depende ainda de mudanças das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, da possibilidade de redução do grau de alienação e da transformação do trabalho em processo criativo e prazeroso (CAMPOS, 2005, P.406).

Dessa forma, no contexto dos estágios, fica evidente que o processo de ensino-aprendizagem é um trabalho que envolve muitos atores: docentes, estudantes, profissionais de saúde, gestores de instituições de ensino e de assistência e usuários dos serviços, dentre outros. Nesse processo, há a oportunidade de discutir, argumentar, fazer perguntas, construir conhecimentos relevantes para sua experiência e para desafiar e desenvolver a prática.

A experiência com os estágios tem demonstrado que é possível, mesmo em hospitais públicos sem estrutura física adequada (espaço para os acompanhantes, espaços individualizados para o trabalho de parto e parto, banheiras etc), incorporar um modelo de cuidado em saúde baseado nos

pressupostos da humanização a partir de um diálogo constante com os diversos atores envolvidos no processo. Ou seja, trata-se de reconhecer a importância da transformação das práticas e da organização dos serviços com base no princípio da integralidade do SUS (MATTOS, 2009).

Considerações finais

As vivências durante o estágio possibilitaram muitas discussões sobre o papel dos profissionais de saúde, especificamente dos obstetristas. Ou seja, o quanto é importante ouvir e acolher as mulheres e os seus acompanhantes no momento do parto, possibilitando que elas assumam o seu protagonismo. Ao mesmo tempo, é imprescindível que tanto as mulheres como os acompanhantes sintam-se seguros ao serem acompanhados por profissionais competentes que utilizam os seus saberes para auxiliá-los nessa experiência singular, empoderadora e rica em sentidos para todos os envolvidos.

Lidar com as rotinas das instituições de saúde onde ocorrem os estágios, que, na maioria das vezes, estão organizadas e impregnadas de práticas que conflitam com as diretrizes das políticas públicas de saúde para o parto normal e com os princípios da

humanização do parto, configura-se, para os docentes e discentes, um grande desafio no processo de ensino-aprendizagem. Os profissionais de saúde muitas vezes se identificam com os modelos instituídos e, frequentemente, adotam atitudes irrefletidas, manifestam resistências em ver o parto como evento da mulher e da família e insistem em assumir posturas intervencionistas e de desrespeito aos direitos das mulheres. A superação dessas resistências para a transformação do cotidiano exige esforços contínuos de todos os envolvidos. As práticas desenvolvidas nos estágios têm contribuído nesse processo, porque possibilitam negociações e diálogos com os profissionais que atuam nos hospitais e favorecem a observação de práticas em obstetrícia que incluem as múltiplas dimensões do humano.

Assim, uma das principais lições que se apreende nos contextos hospitalares com assistência obstétrica é que, para a plena implementação dos princípios do SUS, faz-se necessária a abertura para uma nova maneira de se apresentar ao outro e ao mundo. Na condição de profissionais, é preciso lutar e acreditar no potencial que se tem para transformar modelos de cuidado em saúde massificados e despersonalizados em espaços edificantes que valorizem, sobretudo, a pessoa acima de rotinas e protocolos. ■

Referências

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.8, n.14, p.73-91, 2004.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde um novo modismo? *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.9, n.17, p.389-406, mar./ago. 2005.

BRIGAGÃO, J.I.M. Gênero e as Políticas de Saúde. In: ABREU, M.A. *Redistribuição, Reconhecimento e Representação: diálogos sobre igualdade de gênero*. Brasília: IPEA, 2010, p. 57-66.

BRIGAGÃO, J.I.M.; GONÇALVES, R. O uso das tecnologias em obstetrícia: uma leitura crítica. *Fazendo Gênero 9: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*, Florianópolis: UFSC, 2010. Disponível em: <<http://www.fazendo->

genero.ufsc.br/9/resources/anais/1278302832ARQUI-VOfg9textoCompleto[Brigagao;Goncalves].pdf>. Acesso em: 20 fev. 2012.

CAMPOS, G.W.S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu,, v.9, n.17, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200016&lng=en>. Acesso em: 20 fev 2012.

CECIM, R.B.; MERHY, E.E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.13, p. 531-542, 2009.

DAVIS-FLOYD, R. *et al.* The International MotherBaby Childbirth Initiative: A Human Rights Approach to Optimal Maternity Care. *Revista Tempus Acta Saúde Coletiva*, Brasília, v.4, n.4, p.93-103, 2010.

DESLANDES, S. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: _____. (org). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

FAGUNDES, N C., BURNHAM, T.F. Discussing the relation between space and learning in the training of health professionals. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.9, n.16, p.105-114, 2005.

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

_____. *Pedagogia do Oprimido*. 42. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

KENNEDY, H.P., ROUSSEAU, A.L., LOW, L.K. An exploratory metasynthesis os midwifery practice in the United States. *Midwifery, London*, v.19, p. 203-214, 2003.

LIMA, V.V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.9, n.17, p.369-379, 2005.

MACEDO, P.O. *et al.* Percepção da dor pela mulher no pré-parto: a influência do ambiente; *Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro*, v.13, n.3, p.306-312, 2005.

MATTOS, R.A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.13, supl., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 maio 2012.

MERHY, E.E. Integralidade: implicações em xeque. In: PINHEIRO, R, FERLA, A.A., MATTOS, R.A. (orgs). *Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio Grande do Sul; Rio de Janeiro: EdUCS/UFRS; IMS/UERJ; CEPESC, 2006.

Recebido para publicação em novembro de 2012

Versão final em dezembro de 2013

Conflito de interesse: inexistente

Suporte financeiro: Não houve

Revista Saúde em Debate

Instruções aos autores para preparação e submissão de artigos

ATUALIZADA EM DEZEMBRO DE 2013

A Revista Saúde em Debate (RSD), criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo das políticas de saúde nacionais e internacionais.

Política editorial

Publicada trimestralmente desde 2010, nos meses de março, junho, setembro e dezembro, é distribuída a todos os associados em situação regular com o CEBES. Além dos números regulares, a RSD publica números especiais que seguem o mesmo processo de avaliação e publicação dos números regulares.

A RSD aceita trabalhos inéditos sob a forma de artigos originais, ensaios, revisão sistemática, relato de experiência, artigos de opinião, resenhas de livros de interesse acadêmico, político e social, além de depoimentos e documentos. Os trabalhos devem contribuir com o conhecimento científico já acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à Revista não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

O CEBES não cobra taxas dos autores que submetem trabalhos à RSD. A produção editorial da entidade é resultado de trabalho coletivo e de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a Revista continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde pode se dar por meio da associação ao Centro no site <http://www.cebes.com.br>.

Modalidades de trabalhos aceitos para avaliação

1. Artigo original: resultado final de pesquisa científica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e internacional. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

3. Revisão sistemática: revisão crítica da literatura sobre tema atual, utilizando método de pesquisa. Objetiva responder a uma pergunta de relevância para a saúde, detalhando a metodologia adotada. O texto deve conter entre 12 e 17 laudas.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo

Editor Científico, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Neste formato não são exigidos resumo e abstract.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com tamanho entre 10 e 12 laudas.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área de políticas públicas de saúde, a critério do Conselho Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige em até três laudas.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Conselho Editorial.

O número máximo de laudas não inclui a folha de apresentação e referências.

Direitos autorais

Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da Revista, transferidos por meio de Declaração de Transferência de Direitos Autorais assinada por todos os autores, conforme modelo disponível na página da Revista. É permitida a reprodução total ou parcial dos trabalhos desde que identificada a fonte e a autoria.

Submissão e processo de julgamento

Os trabalhos devem ser submetidos exclusivamente pelo site: www.saudeemdebate.org.br.

Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão receberá login e senha. Ao submeter o texto, todos os campos obrigatórios da página devem ser preenchidos com conteúdo idêntico ao do arquivo a ser anexado.

Fluxo dos originais submetidos à publicação

Todo original recebido pela secretaria do CEBES é submetido à análise prévia. Os trabalhos não selecionados nessa etapa são recusados, e os autores, informados por mensagem do sistema. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da Revista são devolvidos aos autores para adequação. Antes de se enviar aos pareceristas, encaminha-se o trabalho ao Conselho Editorial para avaliação de sua pertinência temática aos objetivos e linha editorial da Revista.

Uma vez aceitos para apreciação, os originais são encaminhados a dois membros do quadro de pareceristas da Revista, que são escolhidos de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, priorizando-se os de estados da federação diferentes daquele dos autores. A avaliação dos trabalhos é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes

dos autores permanecem em sigilo até a aprovação final do trabalho. Caso haja divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro parecerista para desempate. Da mesma forma, o Conselho Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer.

O formulário para o parecer está disponível para consulta no site da Revista. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: (1) aceito para publicação; (2) aceito para publicação com 'sugestões não impeditivas'; (3) reapresentar para nova avaliação depois de efetuadas as modificações sugeridas; (4) recusado para publicação.

Quando a avaliação do parecerista indicar 'sugestões não impeditivas', o parecer será enviado aos autores para correção do trabalho, com prazo para retorno em até vinte dias. Ao retornar, o trabalho volta a ser avaliado pelo mesmo parecerista, que terá prazo de 15 dias, prorrogável por mais 15 dias, para emissão do parecer final. O Editor Científico possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como das alterações efetuadas.

No caso de solicitação para 'reapresentar para nova avaliação depois de efetuadas as modificações sugeridas', o trabalho deverá ser reencaminhado pelo autor em no máximo dois meses. Ao fim desse prazo, e não havendo qualquer manifestação dos autores, o trabalho será excluído do sistema.

Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da Editoria serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação via site ou e-mail. Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho.

O modelo de parecer utilizado pelo Conselho Científico está disponível em: www.saudeemdebate.org.br.

Os trabalhos enviados para publicação são de total e exclusiva responsabilidade dos autores, não podendo exceder a cinco autores por trabalho.

Registro de ensaios clínicos

A RSD apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. O número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Formatação do trabalho

- O texto deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx.

- Padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

- O corpo de texto não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições.

- O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês

- Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, deve contemplar elementos convencionais como:

- Introdução com definição clara do problema investigado e justificativa.
- Métodos descritos de forma objetiva.
- Resultados e discussão podem ser apresentados juntos ou em itens separados.
- Conclusão.
- Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes do texto.

- O texto completo deve conter:

- Folha de apresentação com o título, que deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo no máximo 15 palavras.
- Os textos em português e espanhol devem ter título na língua original e em inglês. Os textos em inglês devem ter título em inglês e português.
- Nome completo do(s) autor(es). Em nota de rodapé colocar as informações sobre filiação institucional e titulação, endereço, telefone e e-mail para contato.
- No caso de resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e o número do processo.
- Resumo em português e inglês ou em espanhol e inglês, com no máximo 700 caracteres, incluídos os espaços, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho.
- Não são permitidas citações ou siglas no resumo, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.
- Ao final do resumo, de três a cinco palavras-chave, utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br. Em seguida apresenta-se o texto.

- Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais. Exemplo: Reforma Sanitária¹.

- Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico.

- Para as palavras ou trechos do texto destacados, a critério do autor, utilizar aspas simples. Exemplo: 'porta de entrada'.

- Utilizar revisor de texto para identificar erros de ortografia e de digitação antes de submeter à Revista.
- Figuras, gráficos e quadros devem ser enviados em arquivo de alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza, em folhas separadas do texto, numerados e titulados corretamente, com indicações das unidades em que se expressam os valores e as fontes correspondentes. O número de figuras, gráficos e quadros deverá ser, no máximo, de cinco por texto. Os arquivos devem ser submetidos um a um, ou seja, um arquivo para cada imagem, sem identificação dos autores, citando apenas o título e a fonte do gráfico, quadro ou figura. Devem ser numerados sequencialmente, respeitando a ordem em que aparecem no texto. Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Exemplos de citações

Para as citações utilizar as normas da ABNT (NBR 10520)

Citação direta

Já o grupo focal é uma “técnica de pesquisa que utiliza as sessões grupais como um dos foros facilitadores de expressão de características psicossociológicas e culturais”. (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

Citação indireta

Segundo Foucault (2008), o neoliberalismo surge como modelo de governo na Alemanha pós-nazismo, numa radicalização do liberalismo que pretende recuperar o Estado alemão a partir de nova relação Estado-mercado.

Exemplos de referências

As referências deverão ser apresentadas no final do artigo, seguindo as normas da ABNT (NBR 6023). Devem ser de no máximo 20, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

Livro:

FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

Capítulo de livro:

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

Artigo de periódico:

ALMEIDA-FILHO, N.A. Problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, set./dez. 2010, p. 349-370.

Material da internet:

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Normas para publicação da Revista Saúde em Debate*. Disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas_publicacoes.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2010.

Documentação obrigatória

Os documentos relacionados a seguir deverão ser assinados e postados nos correios ou digitalizados e anexados como arquivo:

1. Declaração de autoria e responsabilidade.

Segundo o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, os autores devem contemplar as seguintes condições: a) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento do trabalho ou para a análise e a interpretação dos dados; b) contribuir significativamente na elaboração do manuscrito ou revisão crítica do conteúdo; c) participar da aprovação da versão final do manuscrito. Para tal, é necessário que todos os autores e coautores assinem a Declaração de Autoria e de Responsabilidade, conforme modelo disponível em: <<http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>>

2. Conflitos de interesse

Os trabalhos encaminhados para publicação deverão conter informação sobre a existência ou não de conflitos de interesse. Os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas ao financiamento direto da pesquisa, mas também ao próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, inserir a informação “Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho” na folha de apresentação do artigo será suficiente.

3. Ética em pesquisa

No caso de pesquisa que envolva seres humanos nos termos do inciso II da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais-, deverá ser encaminhado documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que a aprovou.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Revista Saúde em Debate

Instructions to authors for preparation and submission of articles

UPDATED ON DECEMBER 2013

The Health in Debate Review (Revista Saúde em Debate - RSD), first printed in 1976, is a publication of the Brazilian Center for Health Studies (Centro 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.sau-deemdebate.org.br.

After its registration, the author responsible for submission will receive a login and password. By submitting the text, all mandatory fields of the page must be filled in with identical content to the file to be attached.

Flow of originals submitted for publication

Every original received by CEBES is subjected to prior analysis. The work not selected in this step is refused, being the authors informed by the system message. The work that does not conform to the Review publication norms are returned to the authors for adequateness. Before forwarding to reviewers, the work is sent to the Editorial Board for assessment of its relevance to the Review goals and editorial policy.

Once accepted for appraisal, the originals are forwarded to two reviewers, who are chosen according to their expertise on the work topic, prioritizing those reviewers outside the authors' federation states. The work assessment applies the blind review method, i.e., the authors' names remain confidential until the work final approval.

In case of divergence between reviewers, the work will be forwarded to a third reviewer for decision. Similarly, the Editorial Board may, at

its discretion, issue a third opinion.

The assessment form is available at the Review website. The assessment output necessarily presents one of the following conclusions: (1) accepted for publication; (2) accepted for publication with 'non-restrictive suggestions'; (3) resubmit for further assessment after modifications suggested; (4) rejected for publication.

When the reviewer's assessment concludes for 'non-restrictive suggestions', the opinion must be forwarded to the authors for correction of the work, which must be returned within twenty days. Upon return, the work is reassessed by the same reviewer within a period of fifteen days, extendable for a further fifteen days, to issuance of the final assessment. The Scientific Editor has full authority to decide also on the final acceptance of the work as on the changes.

In the case of request to 'resubmit for further assessment after modifications suggested', the work must be forwarded by the author within two months. At the end of this term, and in the absence of any manifestation by the authors, the work shall be deleted from the system.

Any suggestions for modifications of structure or content by the Editorship will be previously agreed with the authors by means of communication via website or email. No additions or modifications will be received after the work final approval.

The opinion form used by the Scientific Council is available at <http://www.saudeemdebate.org.br>.

The works submitted for publication are the authors' exclusive responsibility and must not exceed five authors per work.

Clinical trial registry

RSD supports the policies for registration of clinical trials of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), so recognizing their importance to the registry and international dissemination of knowledge on clinical trials. Accordingly, clinical researches must bear the identification number in one of the Clinical Trial registries validated by WHO and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. The identification number must appear at the end of the Abstract.

Format of work

- The text must be forwarded in Microsoft® Word or compatible software, saved in doc or docx formats.
- Standard A4 (210X297mm), 2.5cm margin on each side, font Times New Roman size 12, 1.5 line spacing.
- The text must not contain any information that identifies the authors or institutions.

- The text can be written in Portuguese, Spanish or English.

- The style and creativity of authors as for the text composition are respected, however, it must include elements such as:

- Introduction with clear definition of the problem investigated and its groundings.
- Objective description of the methods.
- Results and comments can be approached in a same item or separately.
- Conclusion.
- The repetition of data or information in different parts of the text must be avoided.

- The full text must contain:

- Coversheet with the title, which must express clearly and briefly the content of the text, within no more than fifteen words.
- Texts in Portuguese and Spanish must be titled in the original language and in English. Texts in English must be titled in English and Portuguese.
- Author(s) full name. The information about institutional affiliation and title, address, telephone number and e-mail must be added in a footnote.
- In the case of funding research, inform the funder.
- Quotes or acronyms are not allowed in the Abstract, with the exception of worldwide recognized abbreviations.
- At the end of the Abstract, three to five keywords must be inserted using the terms contained in the structured vocabulary (DeCS), available at <http://decs.bvs.br>. Then follows the text.

- Footnotes are not allowed in the text. Footnotes markings, if absolutely necessary, must be overwritten and sequential. Example: Sanitary Reform1.

- Testimonials must be italicized and follow the body of the text, without indentation.

- Highlighted words or text excerpts, at the discretion of the author, must use single quotation mark. Example: 'gateway'.

- Spellchecking is strongly suggested so to identify misspellings and typing mistakes before submitting the work to the Review.

- Pictures and tables must be sent in a high resolution file, black and white or grayscale, apart from the text, numbered and titled properly, with indication of the units in which values are expressed, adding the respective sources.

- The total of pictures and tables allowed must be five per text.

- Files must be submitted one by one, i.e., a file for each image, without the identification of authors, containing just the title and the source of the picture or table.

- They must be numbered sequentially in the same order they appear in the text.
- In the case of photos, persons cannot be identified unless they authorize, in writing, for the purposes of scientific dissemination.

Examples of quotation

For guidelines on quotations, please address to the norm NBR 10520 of 'Brazilian Association of Technical Norms' (Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT).

Direct quotation

The 'Healthcare Operational Norm' (Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS) asserts that the 'Regionalization Plan' (Plano Diretor de Regionalização - PDR) "is based on the form of functional and resolving healthcare systems by means of the organization of state territories in regions/micro-regions and assistance modules" (BRAZIL, 2002, p.9).

Indirect quotation

Breihl and Grenda (1986) noted that the health-disease process results from a set of ascertainments that operate in a particular society, propitiating in different social groups the occurrence of perils that arise in the form of profiles or patterns of illness.

Examples of references

References must be inserted at the end of the article and follow ABNT (NBR 6023) norms. The number of references must not exceed 20, except for the case of systematized review. Only the last name of the author is written in full, being the name and middle names abbreviated by the first letter.

Book

CALFEE, R.C.; VALENCIA, R.R. *APA guide to preparing manuscripts for journal publication*. Washington: American Psychological Association, 1991.

Book chapter

O'NEIL, J.M.; EGAN, J. *Men's and women's gender role journeys: A metaphor for healing, transition, and transformation*. In: WAINRIB, B.R. (ed.). *Gender issues across the life cycle*. New York: Springer, 1992. p. 107-123.

Journal

PETITTI D.B. *et al. Blood pressure levels before dementia*. *American Neurological Association*, Chicago, v. 62, n. 1, p. 112-116, jan 2005.

Internet source

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Norms for submission of papers to Health in Debate Review*. Available at: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas_publicacoes.pdf>. Access on: 9 jun. 2010.

Mandatory documents

The documents listed below must be signed and posted or digitalized and attached as a file:

1. Statement of authorship and responsibility

According to the International Committee of Medical Journal Editors' authorship criteria, authors must fulfil the following conditions: a) make a substantial contribution to the work design and planning or to the analysis and interpretation of data; b) make a substantial contribution to the manuscripts or to the critical review; c) participate in the approval of the manuscript final version. To this end, it is necessary that the author and co-authors sign the 'Statement of Authorship and Responsibility', as the model available at <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>.

2. Conflict of interests

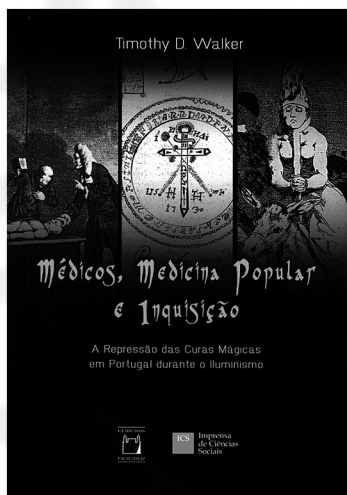
The work submitted for publication must contain information on conflict of interests. Financial conflicts of interests, for example, are not only strictly related to the research financing but also to the very nature of the employment. If there is no conflict, the information "I declare that there was no conflict of interests in the fulfilment of this work" suffices and must appear on the cover-sheet.

3. Ethics in research

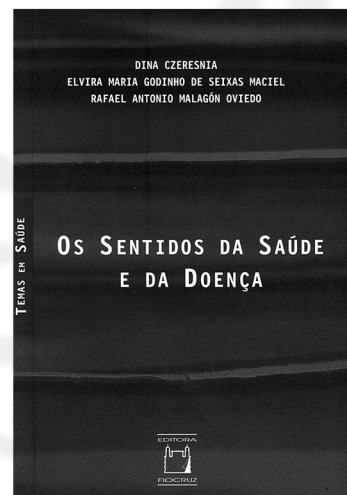
In the case of research involving humans under the subsection II of Resolution 196/96 of the National Health Council - research that involves the human being, individually or collectively, directly or indirectly, in its entirety or in part, including the handling of information or materials -, a research approval document must be forwarded by the 'Committee of Ethics in Research' (CEP) responsible for the approval.

Mailing address

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Mangueiras, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br



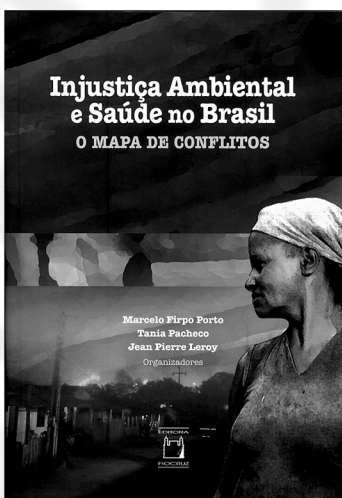
MÉDICOS, MEDICINA POPULAR E INQUISIÇÃO:
A REPRESSION DAS CURAS MÁGICAS EM PORTUGAL DURANTE O ILUMINISMO
Timothy D. Walker
Coedição com a Editora do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
423p.
Preço: R\$60



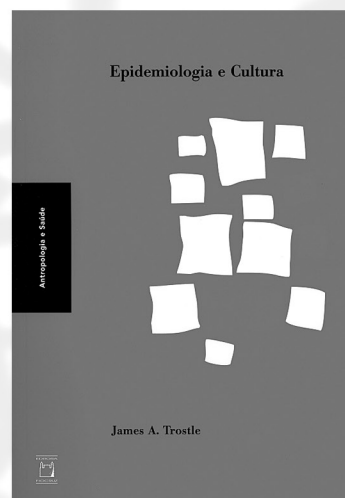
OS SENTIDOS DA SAÚDE E DA DOENÇA
COLEÇÃO TEMAS EM SAÚDE
Dina Czeresnia, Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel, Rafael Antonio Malagón Oviedo
119p.
Preço: R\$15



AS ILUSÕES DA LIBERDADE
3ª EDIÇÃO (REVISTA E ATUALIZADA)
Mariza Corrêa
389p.
Preço: R\$54



INJUSTIÇA AMBIENTAL E SAÚDE NO BRASIL:
O MAPA DE CONFLITOS
Marcelo Firpo Porto, Tania Pacheco, Jean Pierre Leroy
306p.
Preço: R\$ 44



EPIDEMIOLOGIA E CULTURA
James A. Trostle
258p.
Preço: R\$ 42

Diagramação e editoração eletrônica

Layout and desktop publishing

modesign - www.modesign.com

Imagem de capa

Cover image

Priscila Manzini

Normalização e revisão de texto

Normalization and proofreading

Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa

Impressão

Printing

Walprint

Tiragem

Number of Copies

1.300 exemplares/copies

Esta revista foi impressa no Rio de Janeiro em janeiro de 2014

Capa em papel cartão supremo 250 g/m²

Miolo em papel kromma silk 90g/m²

This publication was printed in Rio de Janeiro in January, 2014

Cover in premium card 250 g/m²

Core in kromma silk 90g/m²

Fax.: (21) 2260-3782

Site: www.cebes.com.br ▪ www.saudeemdebate.org.br

E-mail: cebes@cebes.org.br ▪ revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES - n.1 (1976) - São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, 2013.

v. 38. n. 100; 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 | www.saudeemdebate.org.br