



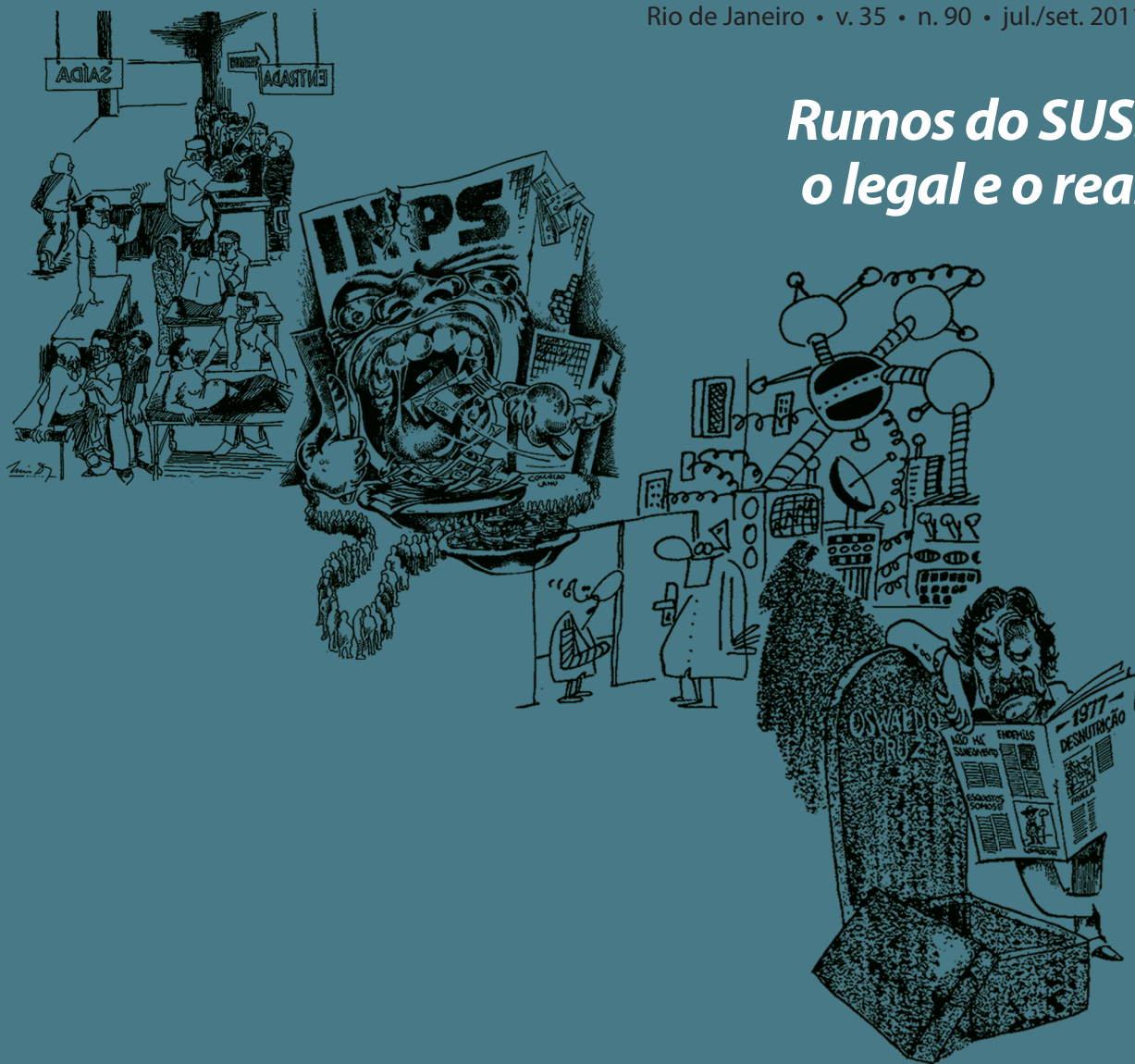
saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

Rio de Janeiro • v. 35 • n. 90 • jul./set. 2011

*Rumos do SUS:
o legal e o real*



saúde

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2011-2013) NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2011-2013)

Presidente:	Ana Maria Costa
Vice-Presidente:	Alcides Silva de Miranda
Diretora Administrativa:	Aparecida Isabel Bressan
Editor de Política Editorial:	Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Diretores Executivos:	Eymard Mourão Vasconcelos Luis Bernardo Delgado Bieber Lizaldo Andrade Maia Maria Lucia Frizzon Rizzotto Pedro Silveira Carneiro
Diretores Ad-hoc:	Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato Paulo Navarro

CONSELHO FISCAL • FISCAL COUNCIL

Armando Raggio
Fernando Henrique de Albuquerque Maia
Júlio Strubing Muller Neto

CONSELHO CONSULTIVO • ADVISORY COUNCIL

Ary Carvalho de Miranda
Cornelis Van Stralen
Eleonor Minho Conill
Eli Iola Gurgel Andrade
Felipe Assan Remondi
Gustavo Machado Felinto
Jairnilson Silva Paim
Ligia Bahia
Luiz Antônio Silva Neves
Maria Fátima de Souza
Mario Cesar Scheffer
Nelson Rodrigues dos Santos
Rosana Tereza Onocko Campos
Sílvio Fernandes da Silva

SECRETARIA • SECRETARIES

Secretária Geral: Gabriela Rangel de Moura
Pesquisadora: Suelen Carlos de Oliveira

SAÚDE EM DEBATE

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

EDITOR CIENTÍFICO • CIENTIFIC EDITOR

Paulo Duarte de Carvalho Amarante (RJ)

CONSELHO EDITORIAL • PUBLISHING COUNCIL

Alicia Stolkner – UBA (Argentina)
Angel Martinez Hernaez – Universidad Rovira i Virgili (Espanha)
Carlos Botazzo – USP (SP/Brasil)
Catalina Eibenschutz – UAM-X (México)
Cornelis Johannes Van Stralen – UFMG (MG/Brasil)
Diana Mauri – Universidade de Milão (Itália)
Eduardo Maia Freese de Carvalho – CPqAM/FIOCRUZ (PE/Brasil)
Giovanni Berlinguer – Università La Sapienza (Itália)
Hugo Spinelli – UNLA (Argentina)
José Carlos Braga – UNICAMP (SP/Brasil)
José da Rocha Carvalheiro – FIOCRUZ (RJ/ Brasil)
Luiz Augusto Facchini – UFPel (RS/Brasil)
Maria Salete Bessa Jorge – UECE (CE/Brasil)
Paulo Marchiori Buss – FIOCRUZ (RJ/Brasil)
Rubens de Camargo Ferreira Adorno – USP (SP/Brasil)
Sonia Maria Fleury Teixeira – FGV (RJ/Brasil)
Sulamis Dain – UERJ (RJ/Brasil)

EDITORA EXECUTIVA • EXECUTIVE EDITOR

Marília Fernanda de Souza Correia

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
Sumários de Revistas Brasileiras - SUMÁRIOS

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 – sala 802 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141
Fax.: (21) 2260-3782
Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br
E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

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



Apoio



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

Rio de Janeiro • v. 35 • n. 90 • jul./set. 2011

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

346 EDITORIAL • EDITORIAL

352 APRESENTAÇÃO • PRESENTATION

ARTIGO ORIGINAL • ORIGINAL ARTICLE

Ensaio

356 **Sistema Único de Saúde de todos: o legal e o real**

Brazilian National Health System of everybody: the legal and the real one

Nelson Rodrigues dos Santos

Ensaio

366 **Deliberação política nos espaços de participação social do Sistema Único de Saúde do Brasil**

Politically deliberation within the spaces for social participation in the Brazilian Unified Health System

Jorge Otávio Maia Barreto, Guiomar de Oliveira Passos

Ensaio

376 **Responsabilização por competição administrada no Sistema Único de Saúde**

Accountability by managed competition in the Public Unified Health Care System

Maria Arlete Duarte Araújo

Pesquisa

387 **Reforma Sanitária no Ceará: lutas e conquistas em um cenário adverso**

Health Reform in Ceará: struggles and achievements in an adverse scenario

Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Ana Ester Maria Melo Moreira, Érico Dias Costa, Fabíola de Lima Gonçalves, Lizaldo Andrade Maia, Maria Sônia Lima Nogueira, Roxane de Alencar Irineu

Pesquisa

396 **A violência de gênero na concepção dos profissionais de saúde da Atenção Básica**

The violence of gender from the standpoint of health professionals of Basic Attention

Luana Rodrigues de Almeida, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva, Cesar Cavalcanti da Silva, Jackeline Abílio de Sousa, Kerle Dayana Tavares de Lucena

Pesquisa

405 **Mulheres hipertensas com complicações associadas cadastradas no Hiperdia: aspectos sociodemográficos e clínico-epidemiológicos**

Hypertensive women with complications associated registered in Hiperdia: socio-demographic, clinical and epidemiological aspects

Vanessa Barreto Bastos Menezes, Thereza Maria Magalhães Moreira

Pesquisa

417 **Três olhares sobre a reorganização da atenção primária: percepção sobre o novo modelo de saúde bucal em um município do estado do Rio Grande do Sul**

Three perspectives on the reorganization of the primary care: the perception on the new model of oral health in a city of the State of Rio Grande do Sul

Aline Krüger Batista, Beatriz Unfer

Pesquisa

426 **Propostas de inclusão dos trabalhadores informais e desempregados nas políticas públicas brasileiras: breve análise a partir das Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador**

Proposals for inclusion of informal workers and unemployed in Brazilian public policy: a brief analysis from the National Conferences on Occupational Health

Isabella de Oliveira Campos Miquilin, Heleno Rodrigues Corrêa Filho

Ensaio

- 437 **O cuidado de enfermagem no campo da saúde pública: reflexões sobre suas possibilidades**

The care of nursing in the field of public healthcare: reflections on their chances

Vanessa de Almeida Ferreira, Luciana Valadão Alves Kebian, Sonia Acioli

Pesquisa

- 445 **Subjetividades produzidas no cotidiano do CAPS: sujeitos, práticas e relações**

Subjectivities produced in CAPS's daily routine: subjects, practices and relationships

Juliana Mara de Freitas Sena, Maria Salete Bessa Jorge

Pesquisa

- 454 **Programa de reabilitação para profissionais de segurança pública usuários de álcool**

Rehabilitation program for public safety officers alcohol users

Rubens José Loureiro

Pesquisa

- 462 **Obesidade e cirurgia bariátrica no olhar dos ex-obesos mórbidos**

Obesity and bariatric surgery from the perspective of morbidly ex-obese

Ana Valéria Carvalho Pires Yokokura, Antônio Augusto Moura da Silva, Gutemberg Fernandes de Araújo, Lia de Oliveira Cardoso, Licianne Cristine Monteiro Menezes Barros, Santana Maria Alves de Sousa

Pesquisa

- 470 **A satisfação no trabalho dos profissionais de saúde no ambulatório de Cardiologia de um Hospital de Ensino**

Satisfaction at work of health professionals in Cardiology ambulatory of a Teaching Hospital

Casiana Tertuliano Chalegre de Paula, Hilda Silva Carrilho Barbosa, Lúcia Roberta Rego Villachan, Rejane Vasconcelos Lima

Pesquisa

- 477 **Atenção à saúde bucal dos portadores de insuficiência renal crônica: interfaces com a rede de atenção à saúde**

Oral health care of the chronic renal failure patients: the health care network

Ana Luiza de Souza, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, Daniela Lemos Carcereri, João Carlos Caetano, Heloisa Godoi

RESENHA • CRITICAL REVIEW

- 485 **Análise Sociológica das Políticas de Saúde**

Jeni Vaitsman

DOCUMENTOS • DOCUMENTS

- 487 **El debate y la acción frente a los determinantes sociales de la salud**

Documento de posición conjunto de ALAMES y CEBES

- 490 **El debate y la acción sobre la determinación social de la salud**

Posición desde los movimientos sociales

- 496 **O Debate e a Ação sobre os Determinantes Sociais da Saúde**

Posição dos Movimentos Sociais

Editorial

O impasse atual do processo de votação da regulamentação da Emenda Constitucional (EC) 29 pelo Congresso Nacional mais uma vez exhibe as fragilidades e riscos na sobrevivência do projeto político da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS). A defesa de uma fonte estável de financiamento para a saúde sempre constituiu uma bandeira de luta para o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e demais entidades que lutam pelo direito à saúde. O significado dessa conquista é a possibilidade de transformar o direito universal à saúde e o SUS em real política de estado, não vulnerável às mudanças das políticas econômicas dos governos nacionais.

Entretanto, desde o seu surgimento, o financiamento do SUS tem sido mantido graças à força política de arranjos provisórios, fruto da organização da sociedade, das entidades do movimento sanitário e de dirigentes comprometidos com a saúde. Foi assim que a nossa luta no início dos anos 1990 resultou na aprovação da CPMF e da própria EC29, em 2000. Desde então, ao lado de outros atores, nosso alvo é a regulamentação da EC29. O que aconteceu, ao longo dos sucessivos governos, foram várias tentativas de impedir o avanço de nossas propostas, além de um esvaziamento do orçamento da saúde com a fragilização do financiamento do SUS, o desvio dos gastos da arrecadação que seria destinada à saúde e ainda, posteriormente, a extinção da CPMF. Paralelamente, desde o surgimento do SUS, as políticas governamentais atuaram com franco favorecimento do setor privado fortalecendo o crescimento do mercado da saúde.

A Política Econômica, praticada ao longo dos últimos governos, vem privilegiando o pagamento de juros de dívidas e o superávit primário em detrimento de políticas sociais para a garantia dos direitos sociais. As políticas de redistribuição de renda adotadas nos últimos anos ocasionaram um grande impacto no país; porém, toda a movimentação do governo foi direcionada ao consumo a partir do aumento do poder aquisitivo de uma determinada classe social.

O SUS que nasceu para ser único, operar e regular todas as relações entre o público e o privado, mediado pelo interesse público, foi gradualmente submetido a uma convivência com o emergente setor privado dos planos de saúde que recebe benefícios generosos para o seu fortalecimento como a renúncia fiscal ou a regulação permissiva. A cada dia esse mercado faminto dos planos privados oferece maior diversidade no seu cardápio de produtos e, atualmente, cerca de 30% da população nacional compõe a sua clientela.

Apesar de todos esses golpes no seu financiamento, o SUS sobrevive e se consolida como um sistema público universal, que se aperfeiçoa continuamente para além de seus núcleos de excelência. O fôlego demonstrado pelo SUS surpreende o mundo como o sistema universal com menor gasto per capita em saúde, inferior mesmo àqueles países que não oferecem atenção universal, como é o caso da vizinha Argentina. Desde o ano 2000, a regulamentação da EC29 peregrina

no Congresso, mostrando o pouco caso dos políticos com a saúde e o SUS. Depois de votado na Câmara Federal não há outro caminho senão a aprovação do financiamento do projeto pelo Senado. A não aprovação dos 10% da Receita Corrente Bruta da União (RBU) atestará um retrocesso e uma derrota alarmantes para o povo brasileiro. O esperado é um investimento adequado em saúde, contemplando pelo menos 10% da RBU, cuja origem não penalize a população mais carente, reajustável às necessidades concretas, gerido com transparência e controle interno da sociedade.

É sempre importante lembrar que a luta pela saúde envolve a luta pelo SUS, mas é necessário e imperativo que se estenda à garantia de acesso ao conjunto das políticas sociais para a qualidade de vida e, conseqüentemente, à saúde. A democracia será consolidada em nosso país apenas quando os direitos sociais forem garantidos.

A consciência popular sobre os direitos sociais e, particularmente, sobre o direito à saúde, tem motivado cada vez mais a adesão de movimentos sociais. Na convergência dos interesses políticos destes movimentos, a defesa do SUS ganha importância e a luta pelo financiamento da saúde faz crescer o poder de contraposição à tendência hegemônica atual. Nessa atual conjuntura de consenso sobre a falta de recursos para a saúde existe uma pressão política sem precedentes pela regulamentação da EC29. Diante desta iminência, o próprio governo assume que faltam recursos para a saúde. Se hoje é ponto pacífico que a saúde precisa de mais recursos, é inaceitável o argumento de que eles não existem. Para nós da sociedade civil, que defendemos o direito universal à saúde, é urgente a discussão sobre as alternativas. A Saúde não pode esperar mais.

Desta forma, o CEBES defende os princípios imprescindíveis deste debate:

1. Que haja urgente solução do financiamento, e seja retomado o debate do Projeto de Lei do Senado (PLS) n° 121/2007, do Senador Tião Viana;
2. Que o financiamento tenha progressividade baseada na elevação dos custos e crescimento populacional;
3. Que a população carente, hoje os maiores usuários do SUS, não seja penalizada com qualquer contribuição;
4. Que haja uma fonte de financiamento que seja exclusiva para a saúde que deve ser destinada diretamente aos Fundos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde;
5. Que o financiamento seja sustentável e suficiente;
6. Que seu uso seja transparente e controlado pelos mecanismos de controles internos e externos.

É urgente um novo pacto da sociedade brasileira com os direitos sociais e com o SUS. Resgatar o seu caráter de política integrada à seguridade social tendo como princípio e base a solidariedade e promover a emancipação e cidadania é fundamental nesse momento histórico. O povo brasileiro não pode ter seu direito à saúde reduzido a um mero direito de consumidor de ações e serviços de saúde

conforme a sua capacidade de compra. Para fazer valer a Constituição de 1988, que garantiu a saúde como direito universal, é preciso fortalecer e consolidar o SUS, comprometido com o interesse público. É preciso que a população se identifique com o SUS como recurso público para a garantia de seu direito à saúde e construir alternativas de atenção à saúde para a população e não aprofundar a sua dependência da assistência aos planos privados.

A 14ª Conferência Nacional de Saúde se apresenta como uma grande oportunidade de fortalecimento da mobilização social em defesa da saúde. É importante destacar algumas iniciativas de movimentos na sociedade civil que vêm demonstrando sinais de novos tempos em prol da luta pelo direito à saúde: o processo de construção e disseminação da Agenda Estratégica para a Saúde e a Primavera da Saúde. Além desses, também se destaca o projeto de formação política do CEBES, voltado para a retomada do debate sobre temas importantes e estratégicos para a reforma sanitária sob a forma de cursos presenciais realizados pelos núcleos da entidade nos Estados e de fóruns de debates com especialistas. Nos dois casos, estão sendo produzidos vídeos que serão disseminados pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) e outras entidades. Nesse processo participam lideranças de movimentos sociais, estudantes e demais interessados e a expectativa é que o debate possa se qualificar e que a saúde possa compor a pauta dos movimentos sociais.

A Agenda Estratégica vem nesse contexto consolidar o resultado de diversas reuniões de um conjunto de entidades do movimento da reforma sanitária, que entenderam a necessidade de se reagrupar e se fortalecer politicamente para retomar o debate da saúde e produzir avanços e melhorias no SUS. Neste processo, o CEBES articulado à Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCOCO), Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), Rede Unida, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e outras entidades produziram um documento que vem sendo amplamente discutido em diversos cenários, na expectativa de ampliar a agenda para o setor.

Motivada pelo processo de votação da regulamentação da EC29, a Primavera da Saúde vem promovendo articulações e eventos com grande participação popular. Sua importância presente é a retomada das mobilizações sociais históricas no processo pela conquista do direito à saúde. Ela tem levado às ruas as entidades que atuam no campo da saúde e os movimentos sociais, expressando a indignação com a precariedade médico sanitária e a ausência de soluções definitivas para os problemas atuais. Aliado às entidades que fazem essa Primavera, o CEBES espera que ela tome não só as ruas, mas as escolas, as igrejas, as artes e que ela avance por tantas primaveras, como verões, outonos e invernos na tomada de consciência sanitária e na luta por seus direitos.

A Diretoria Nacional

Editorial

The current impasse in the voting process for the regulation of the constitutional amendment 29 by the National Congress once again shows its fragilities and risks as to the survival of the political project of sanitary reform and the National Public Health System (SUS). The vindication of a stable financing source for health has always been a struggle for the Brazilian Center for Health studies (CEBES) and other institutions that fight for the right to health. This accomplishment is translated into the possibility of turning the universal right to health and SUS into a real state policy, which is not vulnerable to political and economical changes in national governments.

However, from the beginning, the financing of SUS has been provided due to the political force of temporary arrangements, as a result of the organization of the society, institutions involved in the sanitary movement and managers who are committed to health. This is why our struggle in the early 1990s resulted in the approval of CPMF (Brazilian tax) and constitutional amendment 29, in 2000. Since then, together with other members, our goal is to regulate the constitutional amendment 29. The fact is that many attempts to stop the development of our proposals have been made in the subsequent governments, besides the low budget for health, the weakened financing for SUS, the misuse of funds that should be addressed to health and, also, the extinction of CPMF. Also, since SUS was structured, government policies have favored the private sector, strengthening the increase of the health market.

The economic politics which has been put in practice for the last governments has been favoring the payment of interests of debt and the primary surplus at the expense of social policies to ensure social rights. The politics of income redistribution that have been adopted in the past few years have caused a great impact in the country; however, all the actions of the government were directed to consumption due to the increased purchasing power of a certain social class.

SUS was structured to be unique, to operate and regulate all the relations between the public and the private, mediated by the public interest. Then, it was gradually submitted to the emerging private sector of health insurance plans, which receive generous benefits to develop, such as tax exemption or permissive regulation. Each day, this market of private plans offers a wider range of products, and, currently, about 30% of the national population is a client.

Despite all these financing issues, SUS survives and is established as a universal public system, which is always improving not only in its centers of excellence. The resistance of SUS surprises the world as the universal system with lowest health expenditure per capita, inferior to those countries that do not provide universal care, as our neighbor, Argentina. Since 2000, the regulation of the constitutional amendment 29 has been in Congress, which demonstrates that politicians despise health and SUS. After the Federal Chamber of Deputies,

there is no other destination but the financing approval by the Senate. The non-approval of 10% of the gross current revenue will confirm an alarming setback for the Brazilian population. A proper investment in health is expected, with at least 10% of the gross current revenue, and its origin could not harm the poorer population, being adjustable to concrete needs, managed with transparency and the internal control of society.

It is always important to emphasize that the struggle for health involves the struggle for SUS, but it is imperative that the access be extended to the social policies as to quality of life, and, consequently, health. Democracy will only be consolidated in Brazil when social rights can be assured.

The popular consciousness regarding social rights and, especially, the right to health, has motivated the participation of social movements. In the convergence of political interests of these movements, the vindication of SUS becomes important, and the search for health financing increases the power of contraposition to the current hegemonic trend. In the current scenario concerning the lack of resources for health, there is an unprecedented political pressure for the regulation of the constitutional amendment 29. Thus, the government itself admits that health lacks resources.

If it is common sense that the health system requires more resources, the argument that they do not exist is unacceptable. For us, member of the civil society, who defend the universal right to health, it is urgent to discuss the alternatives. Health can no longer wait.

Thus, CEBES defends the principles to this debate:

1. The financing issue should be solved, and the debate regarding the Senate law project n. 121/2007, by senator Tião Viana, should be brought up;
2. The financing should be developed based on high costs and population growth;
3. The poor population that uses SUS should not be penalized with any contribution;
4. There should be an exclusive financing source directed to health, that should be directly addressed to the National, State and Municipal Health Funds;
5. Financing should be sustainable and sufficient;
6. Its use should be transparent and controlled by internal and external mechanisms.

A new pact of the Brazilian society with the social rights and SUS is urgent. At this historical moment, it is necessary to rescue its political character integrated to social security, based on solidarity and promoting the emancipation and citizenship. Brazilians could not have their right to health reduced to mere consumer rights, of those who consume health services according to their purchasing power. According to the Constitution of 1988, in which health is characterized as a universal right, SUS has to be stronger and consolidated, committed to the public interest. The population needs to see SUS as a public resource to ensure their right to health and develop alternatives that provide health care for the population, without increasing their dependency on private health insurance plans.

The 14th National Healthcare Conference is a great opportunity to strengthen the prohealth social mobilization. It is important to emphasize some initiatives of civil society movements which have been demonstrating signs of new times for the right to health: the process of construction and dissemination of the Strategic Agenda to Health and Spring of Health (Primavera da Saúde). Besides, the political project of CEBES is also important, thus being addressed to the debate of essential and strategic themes for the sanitary reform by means of courses performed in the State centers of the institution, and debates with experts. In both cases, we are producing videos to be disseminated by Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) and other institutions. Leaderships of social movements and students participate in this process, and the expectation is that the debate can achieve more quality, and that health can guide the social movements.

In this context, the strategic agenda consolidates the result of different meetings of a group of institutions related to the sanitary reform; they understand the need to gather and gain political power to bring up the health debate and establish improvements for SUS. In this process, CEBES was articulated with Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABRES), Rede Unida, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), and, together with other institutions, produced a document which has been increasingly discussed in different scenarios, in order to develop the agenda for the sector.

Motivated by the voting process to regulate the constitutional amendment 29, Primavera da Saúde has been promoting events with great popular participation. Its importance is brought up by the historical social mobilizations in the process of acquiring the right to health. It has taken the institutions that work in the health field and the social movements to the streets, in order to express the indignation as to the precarious conditions of the sanitary doctor and the absence of definite solutions for the current problems. Together with the institutions that compose Primavera, CEBES expects it takes not only the streets, but schools, churches, arts, and many other springs, summers, autumns and winters in order to raise awareness regarding the sanitary consciousness and the fight for the rights.

The National Board

Este é o terceiro número comemorativo dos 35 anos da Revista *Saúde em Debate*, em plena Primavera da Saúde em que o movimento da Reforma Sanitária retoma fôlego e ressurgue como um dos mais importantes atores no campo das políticas públicas de saúde.

Neste sentido, cumpre destacar o sucesso e o significado assumido pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) pelo fato de ter organizado o 2º Simpósio de Política e Saúde, no período de 7 a 9 de julho, que reuniu alguns dos mais importantes formadores de opinião no campo das políticas de saúde, em nosso país. O evento mereceu destaque, não apenas pela alta qualidade das exposições e dos debates, com participantes oriundos do movimento social, da academia e da gestão, mas também pelo caráter inovador de sua concepção, que foi iniciado com a apresentação de teses previamente elaboradas por Alcides Miranda, Ana Maria Costa, Lenaura Lobato, Nelson Rodrigues dos Santos, Roberto Nogueira e Sonia Fleury e disponibilizadas na página do CEBES, na internet, para que todos pudessem tomar conhecimento e expressar suas opiniões, antes mesmo do simpósio.

O temário procurou refletir os aspectos mais contundentes da atual conjuntura, reunindo-se em três mesas redondas, que abordaram, respectivamente, os seguintes temas: Saúde, Desenvolvimento e Democracia (da qual participaram Roberto Passos Nogueira/CEBES), Sonia Fleury/Fundação Getúlio Vargas, Plínio de Arruda Sampaio/ABRA, Rudá Ricci/Instituto Cultiva, José Ruben Bonfim/SOBRAVIME; O Primado do Interesse Público na Saúde (com Lenaura Lobato/CEBES, Lígia Bahia/Universidade Federal do Rio de Janeiro e ABRASCO, Fausto dos Santos/MS, Marcelo Firpo/ENSP-FIOCRUZ, Angélica dos Santos/ENSP-FIOCRUZ) e, por fim, Direito Universal ao Acesso a Serviços de Saúde de Qualidade (com Ana Maria Costa/CEBES, Jairnilson Paim/Universidade Federal da Bahia e CEBES, Ângelo d'Agostini Júnior/CUT, Alcides Miranda/Universidade Federal do Rio Grande do Sul e CEBES e Nelson Rodrigues dos Santos/IDISA e CEBES). As teses e os documentos apresentados por todos os expositores, assim como o Relatório Final do 2º Simpósio continuam disponíveis na página do CEBES (www.cebes.org.br). Confira!

Queremos ainda ressaltar nosso contentamento, sob dois aspectos. Primeiro, por esta promissora estação de Primavera da Saúde, em que se pode constatar um notável crescimento da mobilização social em torno, não apenas do redirecionamento do SUS, mas de rediscussão da questão da saúde no âmbito das políticas e do desenvolvimento social, e desejar que esta primavera seja a mais duradoura e consistente possível. Segundo, por estarmos num período de consolidação da nossa revista, mantendo a regularidade e periodicidade mas, fundamentalmente, a qualidade dos artigos que seguimos publicando.

Conforme anunciamos nos números anteriores, estamos inspirando nossas capas deste ano comemorativo em ilustrações de quatro revistas históricas de nossa coleção. As ilustrações, todas elaboradas por grandes artistas, estão sendo apresentadas em sistema de rodízio, de forma que em cada número uma fique à frente. A deste número é da revista número 4, de autoria do grande cartunista Laerte. O Editorial explica aos leitores a ilustração da capa, referindo-se à realização do XIX Congresso Brasileiro de Higiene e do histórico I Congresso Paulista de Saúde Pública, em outubro de 1977. Curiosamente, o editorial considera ser “bastante significativa a escolha da maior área metropolitana do país para sede de uma reunião de profissionais da saúde pública. É nela onde aparecem de modo mais gritante as contradições do chamado ‘modelo de desenvolvimento brasileiro’, lado a lado estão a miséria e a opulência, a poluição ambiental, a assistência médica mais sofisticada, as empresas de medicina de grupo, a insuficiente rede de saneamento básico e a precária rede de postos de saúde”. Isto foi escrito há 34 anos! Que sirva para refletirmos questões contemporâneas publicadas neste número.

Boa leitura!

Paulo Amarante
Editor Científico

This is the third special issue regarding the 35 years of the journal *Saúde em Debate*, in this *Primavera da Saúde (Health Spring)*, when the Sanitary Reform stands out as one of the most important actors of the field of public health policies.

Thus, it is essential to bring out the success and the significance of *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)*, since it organized the 2nd Symposium of Politics and Health, from July 7 to 9, which gathered some of the most important opinion makers in the field of health policies in Brazil. This event was important not only due to the high quality of the debates and lectures, with participants coming from the social movement, universities and management, but also because of its innovative conception. It started with the presentation of theses that had been previously elaborated by Alcides Miranda, Ana Maria Costa, Lenaura Lobato, Nelson Rodrigues dos Santos, Roberto Nogueira and Sonia Fleury, and were available in CEBES website, so that everyone could know about them and express their opinions, even before the symposium.

The themes were related to the most important aspects of the current conjuncture; they were discussed in three panels concerning the following subjects: Health, Development and Democracy (of which took part Roberto Passos Nogueira/CEBES, Sonia Fleury/Fundação Getúlio Vargas, Plínio de Arruda Sampaio/ABRA, Rudá Ricci/Instituto Cultiva, José Ruben Bonfim/SOBRAVIME); The Primacy of Public Interest in Health (with Lenaura Lobato/CEBES, Lígia Bahia/Universidade Federal do Rio de Janeiro and ABRASCO, Fausto dos Santos/MS, Marcelo Firpo/ENSP-FIOCRUZ, Angélica dos Santos/ENSP-FIOCRUZ) and, finally, the Universal Right to the Access to Quality Health Care (with Ana Maria Costa/CEBES, Jairnilson Paim/Universidade Federal da Bahia and CEBES, Ângelo d'Agostini Júnior/CUT, Alcides Miranda/Universidade Federal do Rio Grande do Sul and CEBES, and Nelson Rodrigues dos Santos/IDISA and CEBES). The theses and documents presented by all the lecturers, as well as the final report of the event, are still available on CEBES website (www.cebes.org.br).

We also want to point out our satisfaction with two aspects. First of all, with this promising *Primavera da Saúde*, in which it is possible to notice the increasing social mobilization not only towards the redirection of SUS, but also towards a new discussion regarding health in relation to policies and social development, wishing this spring could be as lasting and consistent as possible. Also, because we are consolidating our journal, keeping its regularity and periodicity, but, especially, maintaining the quality of the published articles.

As announced in previous issues, we have been developing this year's covers inspired by illustrations of four historical journals of our collection. The illustrations were created by great artists and are being presented one at a time, repeatedly. This issue's illustration is from journal number 4, created by the great cartoonist Laerte. The editorial explains the cover illustration to the readers, referring to the XIX Brazilian Congress of Hygiene and the historical I *Congresso Paulista de Saúde Pública*, in October 1977. Curiously, the editorial considers it is very significant to "choose the biggest metropolitan area in the country to be the central office of a reunion of public health professionals. This is where the contradictions of the so called 'Brazilian development model' become evident, along with misery and opulence, pollution, sophisticated health care, medical groups, the insufficient basic sanitation and the poor health network". This was written 34 years ago! Let it be useful for our reflections concerning the contemporaneous issues published in this journal.

Enjoy your reading!

Paulo Amarante
Scientific Editor

Sistema Único de Saúde de todos: o legal e o real

Brazilian National Health System of everybody: the legal and the real one

Nelson Rodrigues dos Santos¹

¹ Doutor em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo. Membro do Conselho Consultivo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); Consultor do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); Presidente do Instituto do Direito Sanitário Aplicado (IDISA). nelson@idisa.org.br

RESUMO As políticas públicas de Estado e Governo na saúde são abordadas sob a percepção de como o poder Executivo vem assumindo sua responsabilidade constitucional de formular e realizar estratégias implementadoras do Sistema Único de Saúde desde 1990: as congruentes e as incongruentes com os princípios e as diretrizes constitucionais da seguridade social e da saúde. A prática cotidiana desse contraditório e sua resultante sugere a possibilidade real da vigência de outra política pública de saúde, 'compensatória' aos 78% da população, não-afiliada aos planos e seguros privados de saúde e complementar aos 22% afiliados, com acessibilidade estratificada segundo os vários segmentos sociais. São também reconhecidos insuficiências e equívocos na implementação das estratégias por parte dos entes federados (gestores e controle social), do movimento da Reforma Sanitária e das próprias entidades e movimentos sociais quanto à politização. Ao final, são apresentadas recomendações com base na ampliação do debate político, envolvendo os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, o Ministério Público e as entidades e movimentos da sociedade civil. Este texto objetiva consolidar textos anteriores de contribuição ao II Simpósio Nacional do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, à Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil e à preparação da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Rumos do SUS; Política Pública; Política de Saúde.

ABSTRACT *The State and Government health public policies are approached under the perception of how the Executive has been assuming its constitutional responsibility of forming and carrying out strategies that implement the Brazilian National Health System since 1990: the consistent and inconsistent ones with the constitutional principles and guidelines of social security and of health. The daily practice of this contradictory and its result suggest a real possibility of force of another health public policy, which is 'equalized' to the 78% of people that are not affiliated in health insurance private plans and to complement the 22% that are affiliated, with a stratified accessibility, according to several social segments. Insufficiencies and mistakes are also recognized in the implementation of strategies from federated states (managers and social control), from the Sanitary Reform movement and from entities and social movements as to make politics. Finally, recommendations based on enlargement of the political discussion have also been presented, involving Executive, Legislative, and Legal, the Public Prosecution Service, and civil society bodies and movements. This text aims at improving previous texts to contribute for the II National Symposium of CEBES, to the Strategic Health Agenda for Brazil and for the elaboration of the 14th Health National Conference.*

KEYWORDS: *Brazilian National Health System courses; Public Policy; Health Policy.*

O rumo maior e as estratégias

O ponto de partida deste artigo é o entendimento do rumo maior da política pública de saúde no país ser dado pelos princípios e diretrizes da Constituição Federal de 1988 e Lei Orgânica da Saúde de 1990. Sua implementação, nestes 20 anos, é realizada pelo Poder Executivo, que tem a prerrogativa legal de formular estratégias implementadoras dos dispositivos constitucionais e das leis.

As estratégias implementadoras do sistema único de saúde

As estratégias congruentes com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) apontam para a mudança do modelo de atenção à saúde, baseado nas necessidades e nos direitos da população, com fortalecimento da Atenção Básica e com projeção da cobertura em aproximadamente 90% da população, da resolutivez em aproximadamente 90% das necessidades de saúde, e seu papel de ser porta de entrada preferencial, orientadora e ordenadora das linhas de cuidado integral, incluindo a assistência de média e alta densidade tecnológica. Neste modelo – SUS legal –, o acesso é gratuito, humanizado, equitativo, de qualidade e responde ao direito humano de cidadania. Seguem alguns exemplos de estratégias congruentes:

- elevação contínua e acentuada do componente municipal do financiamento do SUS;
- criação das Comissões Intergestores (CIT) e Intergestores Bipartite (CIBs) e ordenamento do processo descentralizador por meio de pactuações;
- criação dos Fundos de Saúde e dos repasses fundo a fundo;
- implantação da Direção Única em cada ente federado que incluiu a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS);
- criação e funcionamento dos conselhos de saúde nos estados e municípios;
- inusitada elevação da capacidade gestora e da produtividade na gestão descentralizada (Municípios

e Estados) com elevada produção de ações e serviços de saúde, que foi capaz de incluir no sistema público, em pouco mais de uma década, metade da população nacional antes excluída de qualquer sistema de saúde;

- assunção da Atenção Básica universal, resolutivez, porta de entrada preferencial e estruturante do modelo de atenção com base nas necessidades e direitos da população;
- reconhecimento e estímulos a experiências exitosas de implementação do SUS, objeto de mostras nacionais ou estaduais, as quais não conseguiam passar do nível local ou programático e grande parte reversível;
- mais recentemente, o início das articulações pactuadas ao nível regional em função da diretriz da regionalização e avanços no processo da contratualização, além da criação das comissões intergestores regionais (CIR).

A formulação e realização das estratégias congruentes pelos gestores e controle social do SUS foi ocorrendo na prática, com a visão inicial de que dificuldades e reações contra o SUS legal, próprias dos interesses adquiridos, fossem superadas gradativamente na medida das forças sociais e políticas do SUS legal, isto é, uma construção incremental do SUS, passo a passo. A seguir estão exemplos de estratégias incongruentes:

- retração contínua nos 20 anos do financiamento federal, proporcional ao crescimento do estadual e, principalmente, do municipal, sendo que em vários anos o componente federal cresceu menos que o da população e da inflação. O Brasil permanece entre os piores financiamentos públicos de saúde no mundo, com apenas 340 dólares públicos *per capita* ano e 3,4% do produto interno bruto (PIB) de recursos públicos para o sistema público de saúde, contra média de 2.000 dólares públicos *per capita* ano e 7 a 8% do PIB, nos países com sistemas públicos que dão certo, nos quais aproximadamente 90% da população optam pelos serviços públicos e não por planos e seguros privados de saúde.
- Subsídios públicos à produção e ao consumo privados dos serviços de saúde, somando as deduções

no Imposto de Renda das Pessoas Físicas (IRPF) e no Imposto de Renda das Pessoas Jurídicas (IRPJ), as isenções tributárias especiais a hospitais privados de grande porte, o cofinanciamento público de planos privados à totalidade dos servidores e empregados públicos dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, e o não-ressarcimento ao SUS pelas operadoras privadas dos planos de saúde. Tal fato é obrigado em lei, ou seja, dos serviços públicos prestados aos afiliados a essas operadoras. Esses subsídios públicos correspondem anualmente a mais de 25% do faturamento das operadoras privadas, o que corresponde a mais de 40% dos gastos anuais do Ministério da Saúde (MS) e mais de 70% dos recursos federais adicionais, caso seja aprovada à regulamentação da Emenda Constitucional (EC) 29, com 10% da Receita Corrente Bruta Federal para o SUS. Em uma pesquisa entre 2003 e 2007, somente as deduções e isenções (gastos tributários) na saúde cresceram em 73,6%, enquanto os gastos do MS cresceram em 49,9%.

- A blindagem, durante os 20 anos, do Estado contra a reforma administrativa e democrática, estruturando-o para cumprir o disposto na Constituição, especialmente quanto às políticas públicas voltadas para os direitos sociais de cidadania. Permanece a estrutura centralizadora, burocratizada e ineficiente de Estado Unitário, com as atividades-meio sufocando as finalísticas e os consequentes desperdícios, na administração pública direta e autárquica, em que habita a cultura política no atendimento dos direitos sociais do ‘finge que paga e finge que trabalha’. É uma das principais causas das terceirizações para contratação de recursos humanos com desastrosa precariedade, tanto dos empregados terceirizados (mais de 50% do total) como dos servidores e empregados públicos estatutários e celetistas. Permanece ainda a remuneração de serviços assistenciais por produção, por meio da perversa tabela de procedimentos e valores, assim como a terceirização para entes privados do gerenciamento de estabelecimentos públicos de saúde, parte deles vendendo serviços públicos no mercado com uma segunda porta de admissão.

A formulação e realização das estratégias incongruentes com os princípios e as diretrizes do SUS ocorreram durante os últimos 20 anos sem a participação dos gestores do SUS e dos conselhos de saúde. Ocorreu como política de Estado e não de Governo nos Ministérios da Fazenda, da Casa Civil, do Planejamento e do antigo MARE (Administração e Reforma do Estado), atravessando todos os governos durante as duas décadas. Esta política sugere o Estado como aparelho criador de mercado na produção de bens e serviços.

Consequências no cotidiano do exercício da gestão pública

As estratégias congruentes e incongruentes, apesar da grande tensão e conflito entre si, são inexoravelmente realizadas na prática de modo simultâneo, imbricado e confuso, pelos gestores, prestadores, trabalhadores de saúde, com controle pelos conselhos de saúde. Porém, ressalta-se uma resultante marcada pela hegemonia das incongruentes sobre as congruentes, perceptível por meio de algumas sinalizações.

Continuidade do modelo ‘da oferta’ com base nos interesses do mercado de medicamentos, equipamentos, próteses e outros insumos dos prestadores privados remunerados por produção; crescimento explosivo de entes privados fornecedores de pessoal de saúde aos gestores do SUS; crescimento do gerenciamento de estabelecimentos públicos de saúde por entes privados e, nestes, o crescimento de uma segunda porta de entrada para o mercado e de um acentuado corporativismo em grande parte das categorias profissionais e de especialidades médicas.

Apesar do esforço incansável de ‘tirar água das pedras’ e da experiência e da competência nacional e internacionalmente reconhecidas do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), das Equipes de Saúde de Família (ESF), do conjunto dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Departamento de Atenção Básica (DAB)/MS, da Academia, da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), a Atenção Básica não consegue ter seu desenvolvimento

apontado para a universalidade, mantendo-se abaixo da linha da pobreza, nem para a alta resolutividade. Por isso, nem para vir a ser porta de entrada preferencial, perdendo a condição de orientar e ordenar as linhas de cuidado nos níveis do sistema, com possibilidade de se estabilizar, na média nacional, em caráter apenas ‘compensatório’, o mesmo que parece atingir a assistência de média e alta densidade tecnológica com alta repressão de demanda à população que depende somente do SUS.

A universalidade efetiva parece se consolidar na Vigilância em Saúde (incluindo a sanitária), na atenção às urgências (pré-hospitalar e hospitalar) e nas imunizações, que são áreas de prestação de serviços de menor interesse do mercado. A universalidade na Atenção Básica e na média e alta complexidade permanece extremamente iníqua e precária, aparentemente se estabelecendo nesse patamar.

Há a possibilidade real do sistema público de saúde estar se estabilizando em pobre e compensatório para os 78% da população não-afiliados aos planos privados de saúde e complementar, com acesso facilitado de modo estratificado aos 22% afiliados.

Foi neste modelo de atenção ‘da oferta’ que a gestão descentralizada com controle social se viu compelida a operar nos anos 1990, que foi a grande inclusão de metade da população, atuando quase heroicamente com inusitada elevação da produtividade.

Neste modelo – SUS real –, o acesso é segmentado conforme os estratos sociais, incluindo os afiliados aos planos privados, desigual e desumano aos que só dependem do SUS.

Gilson Carvalho, uma das maiores acumulações, coerência e guia na militância da Reforma Sanitária e do SUS, ao referir-se à geração que adentrou os anos 1990 na gestão, no controle social, na academia e nos movimentos sociais, pergunta, com a pureza que lhe é peculiar: “em quais curvas do caminho perdemos o pé e desviamos?”.

Não por coincidência, o Relatório do Banco Mundial (BIRD) de 1995 já apontava as bases do que viria a ser o ‘SUS real’:

1. Desaconselha a descentralização com acesso universal e equidade, pois não haverá recursos governamentais.

2. Propõe revisão constitucional e institucional para: fortalecer os Estados a assumirem os serviços assistenciais clínicos, fugindo da inexperiência e corrupção das Secretarias Municipais de Saúde; assunção pelo Governo Federal do papel de regulamentar políticas de contenção de custos e de restrição do acesso, e estimular o copagamento e a instituição de mercados internos nos sistemas públicos; extinguir a preferência às entidades filantrópicas sem fins lucrativos; estimular a ampliação de planos e seguros privados; reduzir os investimentos públicos em assistência médica e enfatizar as ações preventivas; focalizar os serviços públicos à população pobre e, para tanto, reformar instituições e o sistema financeiro; e aumentar a produtividade e limitar a tecnologia ou o seu acesso (RIZZOTO, 2000).

Consequências no movimento da reforma sanitária, nos conselhos e conferências de saúde e nas entidades da sociedade civil

No decorrer dos últimos 20 anos, paralelamente à implementação incremental das estratégias congruentes, as dificuldades e reações contra o SUS foram crescendo e ganhando consistência e competência estratégica, que acabou revelando a formulação de outro sistema público sob outra lógica e cooptou a construção incremental do SUS legal, tornando-se ‘compensatório’ desse outro sistema.

A classe média e os trabalhadores formais (dos setores privado e público, servidores e empregados públicos), nestes 20 anos, migram totalmente para os planos privados, buscando contemplar suas necessidades assistenciais de saúde sob o suporte dos sindicatos, federações e centrais sindicais.

Como parte da sociedade, nestes 20 anos, o movimento da reforma sanitária e o controle social no SUS também passaram por equívocos, confusões e desvios para o pragmatismo gestor e operacional, para o corporativismo, para um possível constrangimento de integrantes se afiliarem a planos privados, para cooptações no exercício de poder em governos, para o

elitismo academicista, para o apego imobilizador ao marco estruturalista, pela desistência ou abdicação pelos conselhos de saúde de priorizar sua atuação na formulação de estratégias, sua primeira atribuição legal etc., incluindo satanizações entre si. Afora poucas exceções, os equívocos e desvios são em regra inevitáveis, mas reversíveis, no complexo aprendizado da militância pelo SUS legal.

Houve o descolamento do SUS da condição inicial de meio de realização do direito universal com qualidade para atual de sistema público delimitado pela lógica da oferta e do mercado. Por isso, não deve ser defendido como está, como uma finalidade em si mesma, o que seria no mínimo ufanista, mas sim resgatar sua origem constitucional no seu cotidiano e nos posicionamentos políticos pelos seus valores.

Vários sofismas de influência negativa para a responsabilidade social e pública do Estado confundem e fragilizam no SUS lideranças sociais, parlamentares, gestores e conselhos de saúde, sofismas cabalmente desmascarados pelas sociedades e Estados de Proteção Social, os quais continuam realizando os melhores sistemas públicos de saúde (estados europeus, Canadá, Japão, Coreia, Austrália, Nova Zelândia, Costa Rica e outros). Exemplos:

- até as sociedades mais desenvolvidas com os melhores sistemas públicos de saúde não suportam mais que 9 a 10% do PIB para a saúde, e nós já estamos com 8,4%: precisamos é 'elevar a eficiência e qualidade dos gastos'. Escamoteamento: dentro dos 9 a 10%, dessas sociedades, há 7 a 8% de origem pública, e dentro dos 4%, em nosso país, há somente 3,4% de origem pública, o que resulta em, respectivamente, 2.000 dólares públicos p.c./ano para elas, e 340 para nós.
- O desafio imediato é elevar a eficiência e não o financiamento, nem reformar o Estado;
- A eficiência deve ser obtida independente da origem do 'prestador de serviços';
- O mercado desafoga financeiramente o SUS;
- O Estado é por definição mau gerente dos recursos públicos e as entidades privadas, por definição, melhores gerentes;
- O SUS ficará bom quando conseguir fazer mais com menos.

Breve contextualização das tendências mundiais

Partindo das tendências mundiais e no Brasil, verificou-se que, nos anos 1980, revelou-se em escala planetária a hegemonia do capitalismo financeiro especulativo sobre o industrial, assim como as consequências dessa hegemonia sobre os tesouros nacionais e bancos centrais das nações em desenvolvimento e as mais desenvolvidas.

Desde então, os Estados de Proteção Social, com prerrogativa de agente econômico, vêm sendo fortemente compelidos a se limitarem a árbitro ou gerente das relações econômicas do mercado e reduzirem ou abdicarem das políticas públicas de proteção social universalistas como saúde, previdência, educação, meio ambiente e outras. No Brasil, que nessa mesma década emergia da ditadura, as mobilizações sociais e a Constituição resistiram e apontaram para o Estado de Proteção Social, seguindo movimento similar das sociedades portuguesa e espanhola, as quais superaram suas ditaduras ao final dos anos 1970. De certo modo, a hegemonia financeira neoliberal aportou em nosso país a partir de 1989, com uma década de 'atraso'.

Nestes Estados de Proteção Social, a consciência e mobilização social em função dos direitos de cidadania vêm resistindo ao retrocesso e pressionando pela reprodução dos pactos sociais com os agentes de mercado que detêm o grande capital e seus prepostos no Estado, ainda que estes agentes tenham se fortalecido a partir da crise de 2008.

É importante lembrar que tais pactos começaram a ser engendrados ao longo das lutas trabalhistas europeias, antes da Primeira Guerra Mundial, sistematizaram-se mais no pós-guerra (ver formulação de Dawson na Inglaterra), após a Segunda Guerra Mundial, expandem-se como alternativa ao socialismo soviético e da Europa oriental, reciclam-se e resistem à queda desse socialismo e à emergência do neoliberalismo, e até este momento, à crise de 2008 e seus desdobramentos, merecendo acompanhamento cuidadoso na Grécia, em Portugal, na Irlanda, na Espanha e na Itália. No Brasil, com grau bem menor de consciência e mobilização, o conflito Direito Constitucional *versus* Economia Real certamente justifica os seguintes comentários de Jairo Bisol, que é presidente da Associação dos Membros do

Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA): Diante das grandes mudanças econômicas globais a partir dos anos 1980, o Direito mais uma vez revela sua história de namorar em sua juventude com a Justiça, mas acabar casando com o Poder.

Nessa citação, o entendimento de Justiça é como um valor inerente aos poderes Executivo, Legislativo Judiciário, e é possível observar a questão do poder originar-se e realizar-se nas disputas de interesses e aspirações dentro da sociedade, entre suas classes e segmentos, sendo o Estado o palco privilegiado dessas disputas. Portanto, não é poder, mas as ferramentas de exercício do poder: arrecadação, normatização, gastos públicos, polícia, justiça etc. Citando Bisol (2009) novamente:

Onde concentra o poder concentra o embuste, e assim devem ser entendidas a Constituição Federal instituída e a Constituição real, e a Justiça acaba por se balizar na normatividade do Estado-Poder.

Para finalizar, vale lembrar que se a política brasileira de Estado insistir em assemelhar-se ao modelo dos EUA, como % de recursos públicos de saúde no PIB, % de recursos públicos nos recursos totais para saúde e fortes subsídios públicos à produção e ao consumo de serviços privados de saúde, à margem de qualquer outra semelhança social, econômica, cultural e histórica, ter-se-á, então, nada mais que uma caricatura do sistema de saúde daquele país.

Recomendações

O desafio do movimento da Reforma Sanitária e das entidades e movimentos da sociedade e das conferências e conselhos de saúde, para resgatar e reconstruir seu significado histórico, é eminentemente político. Este movimento, próprio da dinâmica da sociedade, não se esgota, mas deve transformar-se permanentemente, sempre acumulando novos desafios, tais como politizar-se e integrar-se no esforço do debate geral e amplo da sociedade por um projeto de nação capaz de articular: desenvolvimento econômico; a democracia participativa; os movimentos e entidades da sociedade; a realização

de políticas públicas universalistas, com base nos direitos sociais de cidadania por meio de sistemas públicos de qualidade e eficientes; as transferências de renda para os estratos sociais excluídos com vistas à formação do mercado interno e do processo produtivo formal.

Atuar na realização do 'SUS legal'

Todas as estratégias congruentes devem ter sua implementação intensificada com 'persistência histórica', mesmo que rudemente prejudicadas ou cooptadas pelas incongruentes, pois o objetivo maior a ser assumido deverá ser eminentemente político: o esforço pelos avanços técnicos, gerenciais e operacionais nos possíveis espaços, delimitados pelas estratégias incongruentes, deverão ser objeto de farta transparência, informação, divulgação, politização, acumulação de experiências, forças e mobilização, com vistas ao desgaste da hegemonia atual e do seu modelo de saúde. Os atores básicos a serem envolvidos nesse processo seriam as comissões intergestores regionais, os colegiados da gestão descentralizada, os conselhos de saúde, as entidades dos usuários e dos trabalhadores de saúde, as entidades e lideranças parlamentares, a mídia clássica e a internauta, e as centenas de 'nichos locais' de experiências práticas exitosas e de resistência ao desmanche do ideário da Reforma Sanitária no âmbito da micropolítica e do microprocesso de trabalho.

Atuar nas relações com o Poder Legislativo

O refrão de que o 'Poder Legislativo é a caixa de ressonância da sociedade' é historicamente verdadeiro sempre que a sociedade se mobiliza fortemente com consciência política dos seus direitos, e a convocação da Assembleia Nacional Constituinte, em 1986/1987, ocorreu sob força política da sociedade que acabava de derrotar a ditadura, assim como o debate e aprovação do Título da Ordem Social que contém a Seguridade Social que contém o SUS.

Anteriormente, o movimento da Reforma Sanitária e a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados realizaram, em 1979 e 1982, dois simpósios nacionais sobre política de saúde, com centenas de participantes, cujo impacto foi decisivo na realização da Oitava Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e nos debates constitucionais. Após a Constituição, a protelação do Governo de enviar ao Congresso o projeto de Lei Orgânica da Saúde

foi superada pela realização, em 1989, de um novo simpósio nacional de saúde, pela Comissão de Saúde da Câmara e pelas entidades da Reforma Sanitária, cujo relatório final foi a base das leis 8.080 e 8.142/1990. Uma década após, deliberações, mobilizações e articulações do Conselho Nacional de Saúde geraram na Câmara dos Deputados um seminário com mais de 600 participantes, que levou o Presidente da República a retirar o projeto de lei do Governo, o qual privatizava as empresas públicas municipais e estaduais de saneamento básico. No Senado, houve um simpósio com mais de 800 participantes sobre a Medida Provisória do Governo, que criava planos privados subsidiados com recursos públicos e preços acessíveis à classe média baixa, em substituição ao SUS, defendida pelo Ministro da Saúde, o qual redundou na retirada dessa medida provisória (MP).

Finalmente, um novo simpósio sobre política de saúde, realizado na Câmara dos Deputados, em 2005, pelas entidades da Reforma Sanitária e pela Comissão de Seguridade Social e Família e Frente Parlamentar da Saúde, com mais de 800 participantes, resgatou os princípios e diretrizes do SUS legal contra o SUS real, e respaldou o debate e a aprovação do Pacto pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão.

Atuar perante a política de estado e de governo

Na implementação do SUS real, a predominância do impacto das estratégias incongruentes sobre o impacto das congruentes revela a força e duração da política de Estado acima da de Governo. Por isso, os militantes do SUS legal devem manter a necessária clareza onde está a política de Estado no cotidiano, na qual não deve-se ceder, conciliar e tergiversar, alertando e denunciando em todas as ocasiões e eventos, e onde está a política de Governo, que se realiza, na saúde, em estreito espaço governamental delimitado pela política de Estado sob a pena da equipe do Ministério da Saúde se desestabilizar ou desestabilizar o Governo. Desde as equipes mais coniventes que passam pelo Ministério da Saúde até as mais coerentes, experientes e consistentes com o SUS legal, como a atual equipe, o espaço no governo permanece muito estreito, com pequena margem de manobra. Por isso, as lideranças e os intelectuais orgânicos do movimento sanitário e do controle social, na sua imprescindível e inabdicável análise crítica e propositiva, devem também refletir

o que melhor fariam nesse estreito espaço no lugar dos integrantes da atual equipe, tendo em vista o desafio de, nesse espaço, acumular ações de governo, com o objetivo de mudar o rumo da política de Estado.

Exemplo 1

A regulamentação da Emenda Constitucional 29, com financiamento federal de pelo menos 10% da receita corrente bruta ou similar, significará a passagem de 340 a patamar abaixo de 500 dólares públicos *per capitalano* (padronizados pelo poder de compra), ou dos atuais 3,4% a pouco mais de 4% do PIB para a saúde, ainda muito aquém da média de 2.000 e 7 a 8% nos países com os melhores sistemas públicos de saúde. Contudo, serão capazes de respaldar a retomada do rumo da construção do SUS legal, obviamente, concomitante à efetivação da elevação da eficiência e eficácia da gestão pública, com nova política pública de recursos humanos e meta de chegar a médio prazo a 1.000 dólares públicos *per capitalano*.

Exemplo 2

Reforma da estrutura administrativa do gerenciamento público dos serviços de saúde, ampliando a descentralização com autonomia gerencial aos distritos e unidades de saúde e contrato público-público de metas e desempenho, com base nas necessidades da população sob controle social.

Exemplo 3

Redução escalonada até a eliminação de todas as formas de subsídios públicos aos produtores privados de serviços de saúde e seus consumidores.

Exemplo 4

Assunção pelo CNS, pela CIT e pela Agência Nacional de Saúde (ANS) do marco regulatório da relação público-privado ao nível nacional, e pelo Conselho Estadual de Saúde (CES), pela CIB e pela ANS ao nível estadual.

Exemplo 5

Elevação da cobertura e resolutividade da Atenção Básica por etapas até por volta de 90% da população e das necessidades de saúde.

Exemplo 6

Efetivação de pacto e contratualização exclusiva com o SUS das entidades de saúde sem fins lucrativos para cumprimento de metas e qualidade, segundo as necessidades da população, definidas pelo gestor do SUS e remuneradas com repasses globais a valores não-inferiores aos custos com qualidade, sob anuência e controle dos conselhos de saúde.

Exemplo 7

Implantação do cartão-saúde do cidadão.

Atuar nas relações com o Poder Judiciário, tribunais de contas (Legislativo) e Ministério Público

Persiste a dúvida de como estas instâncias do Estado vêm, nos mais de 20 anos do SUS, assumindo as prerrogativas e responsabilidades constitucionais perante a aplicação dos princípios e das diretrizes constitucionais do Direito de Todos e Dever do Estado da Relevância Pública, Universalidade, Igualdade, Integralidade, Descentralização, Regionalização e Participação, em função de: o paradoxo do mesmo Poder Executivo formular e realizar estratégias congruentes e incongruentes com esses princípios e diretrizes; a implementação estimulada do aumento da cobertura (universalidade) e descentralização, com ênfase na municipalização, e desestimulada dos demais princípios e diretrizes; a necessidade de novas jurisprudências referentes aos direitos difusos, coletivos e sociais, além dos direitos individuais; e a evolução da concepção e das práticas do Estado de Direito. Os Conselhos Nacionais de Justiça (CNJ), do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) e do Conselho Nacional dos Procuradores Gerais (CNPJ) já criaram instâncias estaduais na área de saúde, mas não estão sendo construídos espaços compartilhados com os colegiados do SUS, de gestores e de controle social.

Atuar nas relações dos conselhos de saúde com as entidades e movimentos da sociedade

Os conselhos e conselheiros de saúde talvez não tenham conseguido ou persistindo na transmissão de informações e convencimento das entidades e segmentos da sociedade, a respeito das análises e posicionamentos produzidos e debatidos mensalmente em suas reuniões, para a implementação, ou não, do SUS legal.

Sob esse ângulo, desenvolveu-se um possível descolamento entre os conselhos de saúde e as entidades e segmentos da sociedade neles representados. Por outro lado, as estratégias implementadoras do SUS real, incongruentes com os princípios e as diretrizes do SUS legal, ao serem formuladas 'acima' dos conselhos de saúde e dos próprios gestores do SUS, expõem estas duas instâncias centrais do SUS, as quais, apesar deste ponto comum, continuam descoladas entre si, sem articular e somar esforços para participar e atuar na formulação dessas estratégias. Este duplo descolamento dos conselhos de saúde, das entidades e dos movimentos da sociedade neles representados, no campo da informação, politização e mobilização, assim como dos gestores no campo da atuação na formulação de estratégias, talvez seja uma das questões mais candentes a serem pautadas e superadas nas conferências e nos conselhos de saúde. Em princípio, é a sociedade, suas entidades e movimentos, com consciência política e mobilização, que reúnem forças historicamente capazes de influir no rumo das políticas de Estado e de Governo, e em função disso é que devem ser formulados os papéis das conferências e dos conselhos de saúde, sem o equívoco de pretender substituir a própria sociedade.

Atuar no projeto nacional de desenvolvimento econômico-social**Político**

Novo equilíbrio entre a democracia representativa e a participativa a favor desta. Redução e contenção da promiscuidade mafiosa que se avoluma nas relações Estado – Grande Capital Empresarial – e entre os poderes Executivo, Judiciário e Legislativo, sob os moldes republicanos do capitalismo de Estado. Na política administrativa, a modernização e simplificação do secular centralismo, burocratismo, desperdício e ineficiência da máquina estatal, reestruturando-a para gerir e dar conta, com qualidade, das complexas demandas sociais básicas, sem a atual promiscuidade predatória de terceirizações privatizantes, nem satanização de possíveis parcerias público-privadas de interesse público.

Econômico

Geração e incorporação intensiva de ciência, tecnologia, inovação e valor agregado na produção industrial e

agropecuária, alternativa à inaceitável dependência da exportação de matérias-primas ou *commodities*. Inversão das vantagens financeiras e desvantagens nas importações e sobretaxação nas exportações. Reversão da profunda regressão do sistema tributário e fiscal. Deve-se investir muito mais nas políticas públicas de proteção social, enquanto estratégia básica do desenvolvimento econômico. Relativizar a dependência atual do enorme crescimento da dívida pública sob as maiores taxas de juros e outras taxas de risco, como grande e único eixo de controle da inflação. Em 2010, o Orçamento Geral da União destinou 44,93% aos juros, às amortizações e ao refinanciamento da dívida pública, comprimindo drasticamente os gastos sociais e de investimento no desenvolvimento: 3,9% para a Saúde, 2,8% para a Educação, 0,5% para a Segurança, 0,04 para a Energia, 0,7% para transporte etc.

Social

Implementação de políticas públicas universalistas de proteção social em áreas básicas como educação, saúde,

previdência social, segurança pública, habitação e outras, sem prejuízo dos programas de transferência de renda e ativação do mercado interno.

Tarefa

Geir Campos (anos 60 em Montes Claros)

*Morder o fruto amargo e não cuspir
Mas avisar aos outros quanto é amargo,
Cumprir o trato injusto e não falhar
Mas avisar aos outros quanto é injusto,
Sofrer o esquema falso e não ceder
Mas avisar aos outros quanto é falso;
Dizer também que são coisas mutáveis...
E quando em muitos a noção pulsar
- do amargo e injusto e falso por mudar –
Então confiar à gente exausta o plano
De um mundo novo e muito mais humano. ■*

Referências

- ALBUQUERQUE, C. *et al.* A situação atual do mercado na saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, 2008.
- BAHIA, L. A questão democrática na área da saúde no Brasil do século 21. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, 2009.
- _____. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, 2008.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. *O Desenvolvimento do SUS: Avanços, Desvios e Reafirmação dos seus Princípios e Diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- CAMPOS, G.W.S. Modo de co-produção Singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, 2009.
- CARVALHO, G.C.M. *Consolidado das Domingueiras*. Disponível em: <www.idisa.org.br>. Acesso em: 10 jul 2011.
- FLEURY, S. Que Proteção Social para qual Democracia? *Saúde em Debate*, v. 34, n. 85, abr./jun., 2010.
- _____. Revisitando a questão democrática na área da saúde: quase 30 anos depois. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, 2009.
- MARQUES, B.M. Breve crônica sobre o Sistema Único de Saúde 20 anos depois de sua implantação. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, 2009.
- OCKÉ-REIS, C.O.; ANDREAZZI, M.F.S.; SILVEIRA, F.G. Mercado de Planos de Saúde no Brasil: Uma Criação do Estado? *Economia Contemporânea*, v. 10, n. 1, jan./abr., Rio de Janeiro, 2006.
- OCKÉ-REIS, C.O.; SOPHIA, D.C. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, 2009.
- OCKÉ-REIS, C.O. SUS: O Desafio de ser Único. *Valor Econômico*, São Paulo, n. 12, set., 2009.
- OCKÉ-REIS, C.O.; dos SANTOS, F.P. *Mensuração dos Gastos Tributários em Saúde – 2003-2006*. Brasília: IPEA, 2011.
- PAIM, J.S. *Direito Universal ao Acesso a Serviços de Saúde de Qualidade*. In: II Simpósio Nacional do CEBES, jul., 2011.
- _____. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, 2009.
- RIZZOTO, M.L.F. *O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos anos 90: Um projeto de desmonte do SUS – Tese (Doutorado) – UNICAMP, 2011.*

SANTOS, I.S. *O Mix Público – Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: Elementos para a Regulação da cobertura Duplicada*. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz, ago., 2009.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. Vinte Anos do SUS: O Sistema de Saúde no Brasil no Século 21. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 82, 2009.

SANTOS, N.R. O Estado que Temos e os Rumos que Queremos. Contribuição para Posicionamento com os novos Governos: Federal e Estaduais. *Saúde em Debate*, v. 34, n. 87, out./dez, 2010.

_____. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, 2009.

SANTOS, N.R.; AMARANTE, P.D.C. *Gestão Pública e Relação Público-*

Privado na Saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2011. 300p.

SILVA, S.F. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, 2009.

SOARES, I.S.; UGÁ, M.A.D.; PORTO, S.M. O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 5, 2008.

Recebido para publicação: Setembro/2011

Versão definitiva em: Setembro/2011

Conflito de interesses: Inexistente

Suporte financeiro: Não houve

Deliberação política nos espaços de participação social do Sistema Único de Saúde do Brasil

Politik deliberation within the spaces for social participation in the National Health System

Jorge Otávio Maia Barreto¹, Guiomar de Oliveira Passos²

¹ Doutorando em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí (UFPI); Secretário Municipal de Saúde de Piri-piri (PI).
jorgeomaia@hotmail.com.

² Doutora em Sociologia pela Universidade de Brasília (UnB); Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI).
guiomar@ufpi.edu.br.

RESUMO São examinados aspectos normativos dos espaços participativos do Sistema Único de Saúde (SUS), discutindo os sentidos da deliberação política. O objetivo é investigar a natureza política da atuação deliberativa das instâncias participativas da política de saúde. Foram identificadas fontes normativas da constituição e operacionalização desses espaços, as quais foram analisadas com referência em três autores da corrente deliberacionista: Jürgen Habermas, Joshua Cohen e James Bohman. Divergências nos sentidos de deliberação coletiva entre as normas da constituição e atuação dos espaços participativos do SUS foram identificadas, prevalecendo a perspectiva habermasiana.

PALAVRAS-CHAVE: Participação social; Formulação de políticas; SUS; Sociedade civil.

ABSTRACT *This paper examines normative aspects of participatory spaces of the National Health System, discussing the meanings of political deliberation. The objective was to analyze the political nature of the performance of deliberative participatory models of health policy. Normative sources of the constitution and operation of these facilities were identified, which were analyzed with reference to three authors of the current of deliberative democracy: Jürgen Habermas, Joshua Cohen and James Bohman. Divergences in the senses of collective deliberation among the rules of the constitution and operation of participatory spaces in the National Health System were been identified, prevailing the habermasian perspective.*

KEYWORDS: *Social participation; Policy making; Unified Health System; Civil society.*

Introdução

O Estado brasileiro, reformulado pela Constituição Federal de 1988, tem a democracia entre seus princípios fundamentais, estando garantida a participação do povo na proposição e condução das políticas públicas. Na política de saúde, a participação popular é uma das diretrizes organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS), consignada no art. 198 da Constituição Federal e regulamentada pela Lei Federal 8.142, de 1990, que instituiu os espaços coletivos de participação na gestão do SUS, conferindo-lhes poder de deliberar sobre diretrizes, estratégias e controle da execução da Política de Saúde. A previsão normativa é a base para a discussão sobre os sentidos previstos para a deliberação política nos espaços de participação social no SUS.

De uma forma geral, por deliberação entende-se o processo decisório de discussão, exame ou reflexão sobre uma decisão a ser tomada. Contudo, no SUS, o sentido e o alcance da deliberação popular não se apresentam como tema pacífico considerando-se as várias fontes normativas que tratam de tais espaços. Tais divergências são identificadas por Guizardi *et al.* (2004) em análise delineada a partir dos relatórios das conferências nacionais de saúde sobre a participação da comunidade no SUS. Os autores apontam deslocamentos dos sentidos da participação social desde a VIII Conferência Nacional de Saúde e destacam a relevância da discussão acerca dos espaços institucionais existentes, especialmente quanto à operacionalização dessas arenas, a fim de viabilizar o princípio participativo e a produção do SUS pela comunidade (GUIZARDI *et al.*, 2004).

Este texto tem o objetivo de discutir os sentidos da deliberação política nos espaços coletivos institucionalizados do SUS a partir da dimensão normativa constitucional e legal, à luz das teorias de Habermas (1990; 2004), Cohen (1999) e Bohman (2000), especialmente quanto às suas concepções acerca das decisões coletivas, as quais se inscrevem na corrente deliberacionista.

Conforme Faria (2000), esses autores discutem o alcance e a natureza das decisões políticas coletivas para a democracia e oferecem subsídios importantes para a análise do papel reservado aos espaços públicos de participação popular em face do Estado. Em termos perfunctórios, as concepções analisadas partem dos

processos argumentativos influenciadores da opinião pública (HABERMAS, 1990; 2004), passando pela Poliarquia Diretamente Deliberativa de Cohen (1999), até a proposta dialógica de Bohman (2000) para o mecanismo de ajuste de interesses na construção de consensos colaborativos nos espaços de participação social.

Para o escopo pretendido, inicialmente foram expostos elementos das teorias dos três autores estritamente relacionados com a natureza e alcance da deliberação política coletiva. Em seguida, tendo-os como referência, se analisou como a perspectiva normativa da constituição e operacionalização dos espaços de participação popular do SUS tratou os processos de deliberação política, enfocando seus sentidos na concretização do princípio participativo na política de saúde no Brasil.

Democracia deliberativa em Habermas, Cohen e Bohman

A teoria democrática tradicional baseia-se no princípio de que a vontade da maioria legitima a decisão colegiada, onde deliberação assume sentido decisionista, importando na submissão de todos à vontade da maioria (AVRITZER, 2000). Assim, decisões coletivas seriam tomadas com base no princípio numérico e quantitativo, resolvendo de forma simples e prática a questão da legitimidade da decisão, já que prevê a prevalência da vontade da maioria, presumida como vontade geral. O processo de decisão colegiada, porém ensejou também outras abordagens.

A teoria democrática formulada por Habermas (1990; 2004) estabelece outras bases para a legitimação de uma deliberação: qual a decisão livre de indivíduos em espaços institucionalizados que possibilitem o debate e a negociação para construção de um consenso racional através da argumentação. Esse processo comunicativo teria o poder de influenciar a decisão governamental, legitimando-a.

Habermas rompe radicalmente com a teoria democrática tradicional e trata da legitimação da democracia a partir da institucionalização de procedimentos e condições de comunicação em nível social. A institucionalização da comunicação pela canalização da opinião pública informalmente constituída e conseguinte

racionalização dessa argumentação, influenciariam o sistema administrativo dos governos.

Segundo essa concepção, os processos de deliberação assumiriam uma forma argumentativa pública, no qual a troca de razões e informações se daria sem nenhuma restrição à participação, ou seja, livre de qualquer tipo de coerção interna ou externa. O resultado do processo seria o consenso racionalmente fundamentado acerca do objeto da discussão, o qual poderia abranger todos e quaisquer assuntos acerca dos quais caiba deliberação. Entretanto, o resultado desse processo deliberativo não condicionaria a tomada de decisão do governo, mas seria elemento fundamental para sua legitimação social.

A deliberação em Habermas (1990; 2004) é, portanto, o processo de argumentação para a construção de consenso de opinião, consistente em acordo racionalmente motivado, e a inferência desse consenso sobre o processo decisório governamental. Nisso residiria a legitimidade da tomada de decisão no âmbito do governo, ou seja, no alinhamento das decisões do governo com o consenso construído nos espaços deliberativos.

Cohen (1999) ampliou a proposição de Habermas a partir da sua idéia de Poliarquia Diretamente Deliberativa, que postula a operacionalização dos espaços democráticos de deliberação política de forma a propiciar a discussão engajada, não apenas para a construção de consensos que influenciem a decisão política do governo, mas também para a transferência do poder decisório para as instâncias coletivas. Para esse autor, Habermas falhou ao limitar a deliberação apenas à instância discursiva, configurando-a como condição por si suficiente à legitimação da democracia.

Na operacionalização dos espaços deliberativos, Cohen (1999) defende que as decisões acerca de questões afetas aos cidadãos sejam por estes tomadas, não se restringindo à discussão e consensos com poder de influenciar a decisão governamental. Sua proposta é de constituição de arenas políticas abertas onde se exercite a deliberação coletiva no sentido de decisão direta.

A Poliarquia Diretamente Deliberativa implica, portanto, na participação direta nos espaços de decisão institucionalizados, que devem conectar-se entre si, possibilitando a troca de informações, experiências e a construção de consensos, para decidir em última

instância sobre questões de interesse comum, de forma a condicionar a ação dos governos.

A operacionalização proposta por Cohen (1999) desloca o foco decisório da burocracia governamental para os espaços deliberativos democráticos, certamente conferindo muito poder aos espaços coletivos, mas não trata de romper em definitivo com a perspectiva do consenso baseado na vontade da maioria, ainda sobrevivendo a necessidade de reconhecimento de uma vontade geral nos processos decisórios. Somente com Bohman (2000) o processo de deliberação ganha acepção dialógica, tornando a operacionalização dos espaços democráticos mais livres da idéia de consenso mandatário, legitimador das decisões governamentais no Estado democrático.

O ponto de partida de Bohman é o mesmo dos anteriores: o processo de tomada de decisão no âmbito das políticas públicas faz-se tanto mais legítimo quanto mais seguir o julgamento livre e crítico dos cidadãos, todavia, acrescenta o sentido de intercâmbio de razões (BOHMAN, 2000).

O autor inova ao fundamentar a deliberação política no processo dialógico de construção do consenso pela influência mútua de razões, numa acepção mais afeita à atividade cooperativa para a solução de problemas. Com isso, Bohman (2000) superou a proposição discursiva de Habermas (1990; 2004) e a participação direta de Cohen (1999).

É que, para Cohen, os espaços de deliberação democrática são para solucionar problemas ou conflitos através de processos coordenados e colaborativos de argumentação e decisão que decorrem do consenso com o qual os participantes colaboram para a produção do resultado, mesmo quando dele discordam. Bohman (2000) assume que o próprio processo discursivo é um início de processo dialógico, pois a comunicação de argumentos já o produziria.

O diálogo em Bohman (2000) difere do discurso quanto ao seu desenvolvimento, uma vez que este último tende a se fechar, enquanto o primeiro, a se ampliar. Os desfechos também são diversos. Segundo esse autor, o discurso habermasiano não possibilita a construção de consensos cooperativos, mas favorece o consenso fundamentado numa decisão de opções, de toda forma prevalecendo uma vontade da maioria. Já no diálogo a

vontade da maioria perde seu papel no processo decisório, uma vez que a deliberação dialógica propõe mútua e múltipla influência dos argumentos na construção de um consenso que sintetize, no sentido dialógico, os interesses dos grupos envolvidos possibilitando a expectativa de que as decisões políticas contemplarão em alguma medida os interesses envolvidos.

Além da possibilidade da construção do consenso pelo processo dialógico, Bohman (2000) propõe também que a institucionalização dos espaços públicos deliberativos seja feita por cada agente operacionalizador, conciliando a complexidade social com a possibilidade de exercício deliberativo dialógico e dando materialidade à soberania popular.

Verifica-se, assim, que a deliberação política coletiva como elemento do exercício da democracia e de legitimação das ações de um governo é comum no pensamento dos três autores, todavia, esses a concebem de modo diferente. Para Habermas (1990; 2004) a deliberação consiste no processo argumentativo, discursivo, fundamentalmente influenciador da opinião pública e legitimador de decisões, porém não decisório. Cohen (1999) acrescentou o poder de decisão, transferindo-o do governo para os próprios cidadãos nos espaços públicos institucionalizados e Bohman (2000) introduziu o diálogo na construção de um consenso colaborativo em que se contemplem todos os interesses na decisão.

Os espaços institucionais de deliberação coletiva no SUS

A participação da comunidade na Política de Saúde, reclamada pela sociedade brasileira, especialmente no 'Movimento Sanitarista', tem início no contexto das lutas pela redemocratização do Estado brasileiro. Em meio à forte repressão política, as experiências das comunidades eclesiais de base, pastorais da igreja, associações de bairro e sindicatos, foram precursoras dos conselhos populares de saúde, que se tornaram ativos em meados da década de 1970 (ROMÃO NETTO, 2006).

Os movimentos de articulação da vontade social para a inserção da comunidade na Política de Saúde culminaram na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que desenhou o projeto institucional do SUS fundamentado

na compreensão da saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente [...] e na participação da população” (BRASIL, 1986, p. 4). Essa se previu que seria plena, abrangendo “o planejamento, execução e controle dos programas de saúde” (BRASIL, 1986, p. 18).

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) consagrou a compreensão de saúde como um processo social amplo e complexo e o modelo institucional participativo. No artigo 196 da CF/88, a saúde foi considerada um direito universal garantido:

mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2007a, p. 141).

O modelo participativo está resguardado no inciso III do artigo 198 da CF/88, ao estabelecer a participação comunitária na gestão e controle dos serviços e ações de saúde como diretriz fundamental do SUS (BRASIL, 2007a).

Verifica-se que os debates iniciados nos movimentos sociais acerca da saúde alcançaram os espaços institucionalizados de discussão coletiva, tais como a Conferência Nacional de Saúde, e acabaram por afetar o âmago do Estado, causando mudanças na sua organização, modo de agir e de se relacionar com a sociedade. Desse modo, introduzia-se em âmbito constitucional, a possibilidade de deliberação coletiva em espaços institucionalizados, ao lado dos mecanismos tradicionais de decisão na política de saúde do Estado brasileiro.

Nesse processo de interação comunicativa entre sociedade e Estado identificam-se elementos da concepção habermasiana (HABERMAS, 1990; 2004) acerca da deliberação coletiva, uma vez que os debates travados nos espaços coletivos acabaram por constituir um amplo consenso social em torno do escopo da ação do estado em relação à saúde e a forma de implementá-la.

A legislação complementar à CF/88, consistente nas leis federais 8.080/90 e 8.142/90, denominadas de Leis Orgânicas da Saúde, definiu a configuração, abrangência e atribuições dos espaços de participação social no SUS. A Lei Federal 8.080/90 instituiu a conferência e os

conselhos de saúde, tornando a participação da comunidade um princípio organizacional do SUS (BRASIL, 1990a). A partir de então, essas instâncias se tornariam obrigatórias nos três níveis de governo: municipal, estadual e federal. Por seu turno, a Lei Federal 8.142/90 teve por escopo principal a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências financeiras intergovernamentais, aludindo expressamente à obrigatoriedade do funcionamento das instâncias colegiadas do SUS, apontando diretrizes para sua composição e tratando, ainda que de forma não detalhada, dos procedimentos participativos inerentes à operacionalização destes espaços.

Segundo estes dispositivos, as conferências de saúde, em cada nível de gestão, se reúnem a cada quatro anos e são compostas por representações de vários segmentos sociais. O papel normativo previsto para as conferências de saúde, segundo a Lei Federal 8.142/90, é avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde (BRASIL, 1990b). Suas atribuições, portanto, são propositivas, e não decisórias. Além disso, sua atuação foi circunscrita ou limitada pelas atribuições do poder legislativo, as quais foram preservadas, de forma a não causar sobreposição e garantir a autonomia entre poderes e tripartição das funções estatais.

Nesse ponto, deve-se reconhecer que a proposição normativa da Lei Federal 8.142/90 para a atuação das conferências de saúde se alinha ao processo comunicativo de influência pelo discurso de Habermas (1990; 2004), pois sobressai o papel propositivo pela operacionalização de processos comunicativos que envolvem debates para a formação de consensos a fim de influenciar a decisão dos governos.

Todavia, estudos como o de Guizardi e colaboradores (2004), que analisaram os relatórios das conferências nacionais realizadas após a VIII, apontaram que o consenso social sobre a natureza e alcance da deliberação política nos espaços coletivos institucionalizados diverge da proposição normativa federal. Verificou-se que as conferências de saúde se reconhecem como espaços de deliberação coletiva das diretrizes estruturantes e condutoras do SUS com caráter decisório explícito, e não apenas propositivo, na configuração da política de saúde (GUIZARDI *et al.*, 2004).

Segundo os autores, esse anseio está expresso nos relatórios analisados, mas é forçoso reconhecer que o

papel deliberativo das conferências não se sobrepõe às instâncias legislativas ou à própria gestão do executivo, o que significaria a extrapolação do seu papel propositivo e para assumir aspectos mandatários na política de saúde.

Assim, esse posicionamento das conferências de saúde, apontado por Guizardi *et al.* (2004), acabaria por se afastar do espírito normativo da Lei Federal 8.142/90, ao buscar atribuir à deliberação política nesses espaços um caráter decisório e vinculador da ação dos governos. Essa posição, que também se contrapõe à visão constitucional, que previu papel propositivo e não decisório para a conferência de saúde, expõe uma perspectiva coletiva construída no âmbito das conferências mesmo, que demandam por maior poder decisório nessa instância de participação popular do SUS.

Nesse aspecto, parece que o consenso social sobre o papel das conferências apontado por Guizardi *et al.* (2004) se alinha ao mecanismo deliberativo proposto por Cohen (1996), ao postular a transferência da tomada de decisão na política de saúde para a deliberação direta dos cidadãos dentro dos espaços públicos institucionalizados, como a conferência de saúde.

Em que pesem as posições conflitantes, a previsão normativa aponta que as conferências de saúde têm papel propositivo, não determinando estritamente a ação do governo. Não foram, portanto, as conferências concebidas para extrapolar a função de espaço de formação de opinião coletiva, mas adotaram o sentido de canalizar a opinião pública formalmente constituída de modo a influenciar, orientar ou ainda legitimar decisões governamentais relacionadas com a Política de Saúde. Essa compreensão se aproxima muito da perspectiva habermasiana (HABERMAS, 1990; 2004).

Os conselhos de saúde, por seu turno, diferem das conferências, pois na sua previsão normativa, expressa na Lei Federal 8.142/90, há um caráter deliberativo próprio. Os conselhos são órgãos colegiados permanentes e obrigatórios nas três esferas de governo, compostos por representantes do governo, provedores e sociedade civil organizada, para atuarem nas etapas de formulação e controle da política de saúde em cada instância (BRASIL, 1990b).

Para Martins *et al.* (2008), os conselhos de saúde são espaços deliberativos da máquina político-institucional do SUS, consistindo em instrumentos a favor dos direitos

dos cidadãos, superando as tradicionais formas de gestão e possibilitando a ampliação dos espaços de decisão e ação do poder público. Os conselhos possuem caráter decisório na formulação e controle da execução da política de saúde, para além do papel propositivo das conferências.

O exercício dessa deliberação foi normatizado por leis e decretos executivos em cada instância de governo, que trataram da operacionalização e funcionamento dos conselhos. No âmbito federal, o Decreto Federal 99.438, de 7 de agosto de 1990, antes mesmo das posteriores leis complementares, definiu, dentre outras competências do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a atuação na formulação e fiscalização da Política Nacional de Saúde no nível federal (BRASIL, 1990c). Além de conter a formulação mais tarde repetida na Lei Federal 8.142/90, esse decreto executivo trouxe também a composição do CNS e criou suas comissões intersetoriais e remeteu para o regimento interno a sua operacionalização e funcionamento (BRASIL, 1990c).

Alterações no Decreto 99.438/90 foram inseridas pelos posteriores decretos federais 571/92, 1.353/94, 1.440/95, 2.979/99, 1.974/96, 3.496/00 e 4.070/03, todos tratando da composição do CNS (BRASIL, 1990c); até que, em 2006, novo decreto federal revogou toda a normatização anterior, mas manteve as competências do CNS dentro dos limites da Lei Federal 8.142/90.

O novo Decreto 5.839/06, entretanto, acrescentou a expressão “inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (BRASIL, 2006a) à anterior formulação da competência do CNS para “atuar na formulação da estratégia e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, em nível federal” prevista no inciso primeiro do artigo 2º do Decreto Federal 99.438/90 (BRASIL, 1990c). Exceto pelas alterações na composição do CNS, o novo decreto não trouxe inovações quanto ao detalhamento da operacionalização dos processos de deliberação coletiva no âmbito do CNS.

Por outro lado, a implementação dos preceitos constitucionais do SUS, dentre os quais a operacionalização participação popular em instâncias deliberativas, exigiram a instituição de complexo arcabouço normativo, institucional e organizativo. Tal foi expresso, sobretudo, nas Normas Operacionais Básicas do SUS, as NOB-SUS, como ficaram conhecidos os documentos

editados pelo Ministério da Saúde nos anos de 1991, 1992, 1993 e 1996, que trataram principalmente da organização e gestão do SUS.

As NOB-SUS declaram os conselhos de saúde indispensáveis à descentralização da Política de Saúde e condicionaram os repasses de recursos financeiros da União para estados e municípios ao seu efetivo funcionamento, sendo a criação e operacionalização dos conselhos de saúde competência de cada esfera de gestão.

A NOB-SUS 96 expressa que a:

direção do SUS, em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/1990. (BRASIL, 1997, p. 13).

Assim, a apreciação e aprovação de questões relacionadas à gestão do SUS em seus vários níveis seriam objeto de apreciação e aprovação dos conselhos. É o que está expresso, por exemplo, quando a NOB-SUS 96 trata da definição dos pisos financeiros da assistência à saúde, que devem ser negociados nas comissões intergestores e formalizados em atos dos gestores estaduais e federal, mas somente serão implementados se “aprovados previamente nos respectivos conselhos” (BRASIL, 1997, p. 17).

De uma forma geral, as NOB-SUS, assim como as próprias leis orgânicas da saúde, incentivaram a instalação e funcionamento das instâncias participativas nos níveis municipal e estadual da gestão do SUS, em especial pelo condicionamento das transferências financeiras federais, ao estabelecer o funcionamento do conselho municipal de saúde como requisito para a habilitação para receber recursos da gestão do sistema de saúde (BRASIL, 1997). A partir daí, cada município e estado criou seu próprio conselho de saúde dentro de sua competência legislativa, constituindo um compêndio normativo inesgotável, mas em princípio orientado pelas diretrizes constitucionais e legais, que previram os conselhos como espaços coletivos com caráter permanente e deliberativo, tal como previsto no parágrafo segundo do artigo primeiro da Lei Federal 8.142/90 e reiterado pela NOB-SUS 96 (BRASIL, 1990b; 1997).

Seguiram-se às NOB, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), as quais também

enfocaram a organização da gestão do SUS, especialmente em face da necessidade de articulação regional entre os entes federados. É que o intenso processo de descentralização, notadamente em nível municipal, expôs a complexidade de um sistema único com elementos extremamente distintos.

Instituíram-se, então, mecanismos para a regionalização hierarquizada da assistência à saúde, com base num plano diretor de regionalização e outros instrumentos de planejamento regional integrado. A NOAS SUS 01/2001, editada em 26 de janeiro de 2001, teve o objetivo de “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção” (BRASIL, 2001, p.14) e baseou-se numa macroestratégia de planejamento integrado a fim de conformar redes de saúde articuladas e cooperativas.

Essa norma atribuiu aos conselhos de saúde a apreciação e aprovação dos instrumentos de planejamento regional, tais como o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI), bem como daqueles destinados ao planejamento dos sistemas locais de saúde e prestação de contas, como o Plano Municipal de Saúde e o Relatório Anual de Gestão. Esses documentos deveriam obrigatoriamente “ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde” é referida expressamente a NOAS SUS 01/2001 (BRASIL, 2001, p. 50).

Mais adiante, a NOAS SUS 01/2002 (BRASIL, 2002), que substituiu a norma anterior, trouxe como principal inovação a constituição de redes funcionais de serviços de saúde, de forma regionalizada, buscando superar a visão autárquica da municipalização da saúde, mantendo a competência dos conselhos de saúde para apreciar e aprovar os instrumentos de planejamento da gestão, tal como a norma anterior. Isso se expressou pela repetição da formulação da NOAS anterior quanto às responsabilidades da gestão em elaborar “o Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde” (BRASIL, 2002, p. 27).

Verifica-se, assim, que a atuação dos fóruns de participação popular no âmbito da gestão do SUS nas NOAS, assim como nas NOB, esteve principalmente relacionada com a apreciação e aprovação dos

instrumentos de planejamento do SUS. Neles, assume a deliberação coletiva sentidos decisórios na apreciação e aprovação de propostas advindas dos órgãos executivos, especialmente no planejamento da Política de Saúde. Por conseguinte, o exercício deliberativo previsto pelas NOAS se aproxima da perspectiva habermasiana (HABERMAS, 1990; 2004), sendo uma forma de influenciar o governo mediante a construção de consensos racionalmente elaborados através de processos comunicativos nos espaços coletivos de participação social.

Nessa mesma esteira, o Sistema de Planejamento do SUS foi instituído em 2006, pela Portaria nº 3.085 do Ministro da Saúde, e implementou um conjunto de medidas relacionadas aos instrumentos de planejamento para a proposição de políticas e estratégias pelo governo. A Portaria 3.332/2006, que apresenta orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS criado pela Portaria 3.085/2006, confere aos fóruns populares papel decisório na apreciação e aprovação dos planos de saúde municipais, estaduais e nacional, bem como dos relatórios anuais de gestão de todas as esferas de governo. Determinam o parágrafo 7º do artigo primeiro e o parágrafo 5º do artigo 4º daquela norma, a obrigatoriedade de submissão para apreciação e aprovação pelo conselho de saúde competente, do plano de saúde e do relatório anual de gestão (BRASIL, 2009, p. 90-91).

A participação e o controle social também aparecem, conjuntamente, como uma das diretrizes para a gestão do SUS no âmbito do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b), regulamentado pela Portaria 699/2006, do Ministério da Saúde. Remete às leis orgânicas da saúde a natureza deliberativa dos espaços públicos institucionalizados do SUS, determinando que:

a direção do SUS, em cada esfera de governo é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo conselho de saúde, nos termos das leis 8.080/90 e 8.142/1990. (BRASIL, 2006b, p. 73).

No contexto operacional do Pacto de Gestão, uma das três dimensões do Pacto pela Saúde, exigiu-se das três esferas de governo a responsabilidade por ações para fortalecer tais

espaços participativos, ao atribuir à gestão do SUS a tarefa de, por exemplo, “apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento” (BRASIL, 2006b, p. 37).

Essas responsabilidades, junto a muitas outras, constam do instrumento de pactuação denominado de Termo de Compromisso de Gestão (TCG). Para a validade desse instrumento, se exige, além da negociação entre os entes federados diretamente envolvidos, a apreciação pelos conselhos de saúde respectivos, que decidirão quanto à sua aprovação, tal como disposto no artigo 9º da Portaria 699/2006, que estabeleceu que o fluxo do TCG teria início com a sua aprovação pelo conselho de saúde respectivo (BRASIL, 2006c).

Assim, se verificou ser frequente, nos instrumentos normativos referidos, a previsão da atuação deliberativa dos conselhos com caráter decisório, especialmente quanto à apreciação e aprovação dos instrumentos de planejamento e pactuação da gestão do SUS, tais como os planos de saúde, relatórios anuais de gestão e termos de compromisso.

Essa previsão de exercício decisório na apreciação e aprovação de instrumentos de planejamento, contudo, por si só, não garante que a participação popular nesses espaços seja efetiva e atenda às previsões normativas superiores da Lei Federal 8.142/90 e da própria CF/88. Os conselhos de saúde, segundo vários estudos (COTTA *et al.*, 1998; GUIZARDI *et al.*, 2004; CORREIA, 2005; LABRA, 2005; VAN STRALEN *et al.*, 2006; MARTINS *et al.* 2008), têm encontrado entraves na operacionalização dos espaços institucionais coletivos do SUS. As dificuldades estariam relacionadas, principalmente, à composição, representação e representatividade do conselho, mas também com o reconhecimento social desses espaços como espaços de deliberação, que podem ser pouco conhecidos e valorizados pela sociedade em geral (MARTINS *et al.*, 2008).

A problemática foi objeto de intervenção da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (PNGEP) no SUS, instituída pela portaria do Ministro da Saúde nº 3.027, de 2007 (BRASIL, 2007b). Nela, entre outras ações, foram estabelecidos mecanismos voltados ao fortalecimento da gestão participativa e controle social no SUS, partindo da compreensão de que:

práticas participativas implicam, sempre, na construção de consensos, a partir da identificação e do reconhecimento dos dissensos, indicando alternativas a partir de diferentes opiniões, ensejando resultados mais expressivos e duradouros. (BRASIL, 2007c, p. 15).

Por isso, definiu ações de promoção e aperfeiçoamento da gestão social e democrática das políticas públicas no SUS, estabelecendo diretrizes e princípios que priorizam a construção e atuação de espaços públicos deliberativos, “a partir da ampliação dos espaços de debates para a construção de saberes” (BRASIL, 2007c, p. 13) e o “fortalecimento das formas coletivas de participação e solução de demandas” (BRASIL, 2007c, p. 14).

Desse modo, a PNGEP criou condições para o fortalecimento da prática do princípio participativo constitucional no SUS e contemplou parte dos anseios das conferências identificados por Guizardi e outros (2004), relacionados ao maior poder de decisão dos fóruns democráticos institucionalizados. Com isso, denota uma compreensão de deliberação próxima à de Bohman (2000): baseada no diálogo como processo de construção de consensos colaborativos, tal como expresso na defesa da “ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças” (BRASIL, 2007c, p. 10).

Em síntese, as normas fundamentadoras do SUS, expressas nos dispositivos constitucionais e nas leis orgânicas da saúde, imprimem diferentes sentidos para a deliberação consignada para os espaços institucionalizados de participação social. Ora, aproximam-se da teoria deliberativa habermasiana (HABERMAS, 1990; 2004), por exemplo, ao tratar do papel propositivo das conferências de saúde, ora alinham-se à proposição poliárquica de Cohen (1999), quando atribuem ao colegiado dos conselhos de saúde a competência decisória sobre o planejamento da gestão do SUS. Outras normativas, como a PNGEP, apostam na construção de consensos dialógicos, adotando a perspectiva de Bohman (2000), que prioriza o diálogo como mecanismo colaborativo para contemplar os diferentes interesses envolvidos na deliberação.

Conclusões

Este texto objetivou a discussão dos sentidos da deliberação política nos espaços coletivos institucionalizados do SUS a partir da dimensão normativa, à luz das teorias de Habermas (1990; 2004), Cohen (1999) e Bohman (2000).

Na análise do arcabouço normativo do SUS desde a CF/88 até a atual PNGEP, no que se refere aos espaços de participação popular do SUS, constata-se que: i) São dois os espaços institucionalizados de deliberação política democrática nas esferas de gestão do SUS: a conferência de saúde, eventual, e o conselho de saúde, permanente; ii) cabe à conferência de saúde deliberar/propor sobre diretrizes para a Política de Saúde, influenciando a ação do governo, sem, no entanto, vincular necessariamente a tomada de decisão; e iii) ao conselho de saúde cabe deliberar sobre a formulação das estratégias de saúde para o atendimento das diretrizes da Política de Saúde, bem como acompanhar e exercer o controle social da execução das ações de saúde junto à gestão.

Há deslocamentos e divergências nos sentidos atribuídos à deliberação coletiva nas normas que tratam dos espaços públicos coletivos de participação social do SUS, ora adotando a habermasiana, ora a perspectiva poliárquica de Cohen, às vezes numa mesma normativa, como na Lei Federal 8.142, que prevê um sentido para a deliberação nas conferências e outro para os conselhos de saúde.

A Lei Federal 8.142/90 trouxe a transferência do núcleo decisório das políticas públicas de saúde para os espaços democráticos dos conselhos, identificando-se

com elementos presentes nas idéias de Cohen (1999). Por outro lado, essa mesma lei também atribuiu à conferência de saúde, papel propositivo na construção de consensos sociais para influenciar a ação do governo através da proposição de diretrizes para a política de saúde, representando uma perspectiva afeita à visão de Habermas (1990; 2004).

Noutro campo, a PNGEP apresenta diretrizes para o fortalecimento da gestão participativa e o controle social, numa perspectiva que se coadunam com a dialógica de Bohman (2000).

Todavia, prevalece o sentido habermasiano, denotando que esses são espaços de interação entre formação da vontade institucionalizada de maneira jurídico-estatal e as opiniões públicas culturalmente mobilizadas, constituindo espaços que possibilitam a superação do exercício monocrático deliberativo do poder executivo na política de saúde.

É verdade que resta examinar como as deliberações propositivas, deliberativas ou ainda decorrentes de consensos dialogicamente construídos são efetivadas nesses espaços; vale dizer, como a sociedade faz valer sua vontade e age nas instâncias criadas nesses dispositivos normativos. Contudo, isso implica ampla pesquisa empírica que foge ao escopo deste trabalho. Para os propósitos do momento, o que se constatou é que a deliberação política nos espaços coletivos institucionalizados do SUS, apesar dos diferentes sentidos encontrados, suplanta os tradicionais modos de exercício da democracia liberal e institui formas inovadoras de relação entre Estado e Sociedade, com a adoção de mecanismos e modelos que favorecem os processos participativos no SUS. ■

Referências

AVRITZER, L. Teoria democrática e deliberação pública. *Lua nova*, Belo Horizonte, n. 50, 2000, p. 25-45.

BOHMAN, J. *Public Deliberation: Pluralism, Complexity and Democracy*. Cambridge, MA: MIT, 2000.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde, 8, 1986, Brasília. *Relatório final*. Ministério da Saúde: Brasília, 1986.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: Saraiva, 2007a.

_____. Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde - CNS e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 12 jul, 2006a.

_____. Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 8 ago, 1990c.

_____. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília (DF), 20 set, 1990a.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 31 dez, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. *PARTICIPASUS - Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 699 de 30 de março de 2006. *Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.027, de 26 de novembro de 2007. Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 27 nov, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. *Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso*: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. *Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso*: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

COHEN, J. Reflections on Habermas on democracy. *Ratio Juris*. v. 12, n. 4, 1999, p. 385-416.

CORREIA, M. V. C. *Desafios para o controle social: subsídios para a capacitação de conselheiros de saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

COTTA, R. M. M.; MENDES, F. F.; MUNIZ, J. N. *Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real*. Viçosa: UFV/CEBES, 1998.

FARIA, C. F. Democracia deliberativa: Habermas, Cohen e Bohman. *Lua nova*, Belo Horizonte, n. 50, 2000, p. 46-67.

GUIZARDI, F. L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2004, p. 15-39.

HABERMAS, J. Soberania popular como procedimento: um conceito normativo de espaço público. Tradução Suzuki, M. *Novos estudos*, São Paulo, n. 26, 1990, p. 100-113.

_____. *A inclusão do outro – Estudos de Teoria Política*. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). *Saúde e Democracia*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p. 353-384.

MARTINS, P. C. et al. Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: matizes da utopia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2008, p. 105-121.

ROMÃO NETTO, J. V. *Participação popular em saúde: o caso dos conselhos gestores de saúde das subprefeituras de São Paulo*. 2006. Dissertação (mestrado). Departamento de Ciência Política de Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

VAN STRALEN, C. J. et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006, p. 621-632.

 Recebido para publicação em Novembro/2010
 Versão definitiva em Outubro/2011
 Conflito de interesses: Inexistente
 Suporte financeiro: Não houve

Responsabilização por competição administrada no Sistema Único de Saúde

Accountability by managed competition in the National Health System

Maria Arlete Duarte Araújo¹

¹Doutora em Administração pela Fundação Getúlio Vargas (FGV); Professora Titular do Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).
dfb@digji.com.br

RESUMO O artigo analisa se o discurso de responsabilização por competição administrada se materializou no sistema sanitário brasileiro a partir de 1990. Para tanto, discute a responsabilização por competição administrada; as reformas no sistema sanitário; a responsabilização com base nas categorias de análise - contratualização, pluralidade de provedores, estrutura de regulação da burocracia e participação dos usuários na avaliação dos serviços. Finalmente conclui que a responsabilização ainda é um processo em construção no Sistema Único de Saúde (SUS). Há uma preferência para os aspectos que permitem uma abertura ao mercado em detrimento dos aspectos que se referem ao cidadão e à estrutura de regulação.

PALAVRAS-CHAVE: Competição em planos de saúde; Participação comunitária; Controle.

ABSTRACT *The article analyzes if the accountability by managed competition has materialized itself in the brazilian sanitary system since 1990. For that, it approaches the accountability by managed competition; the reforms in the sanitary system; the accountability by managed competition based on the analysis categories – contractualization, plurality of providers, bureaucracy regulation structure, and user participation in the service rendering evaluation. Finally, it concludes that the accountability is still an ongoing process at the National Health System. There is a preference for the aspects that allow an opening to the market in detriment to the aspects that refer to the citizen and to the regulation structure.*

KEYWORDS: *Managed competition; Consumer participation; Control.*

Introdução

Dentre as diversas propostas de reforma da gestão pública para torná-la mais eficiente em um contexto de crescente complexidade, tem predominado a ideia de que a administração pública precisa incorporar em seu processo de gestão mecanismos semelhantes aos da iniciativa privada, de modo que os objetivos de controle do gasto público, produtividade e flexibilidade de gestão sejam alcançados e sejam criados mercados de bens públicos com uma crescente competitividade entre setor público e privado.

Essas ideias estão em conformidade com a Nova Gestão Pública, que prioriza, entre outros os aspectos de eficiência, qualidade e custo dos serviços, liberdade de atuação para os gestores e o uso de indicadores para avaliar desempenho. A prestação de contas aos cidadãos com base nos indicadores de eficiência, economia, produtividade e resultados obtidos em uma situação de quase mercados constitui assim o traço característico do que se convencionou chamar de responsabilização por competição administrada.

Apesar de o discurso da responsabilização ter ganho destaque nas iniciativas de reforma do Estado, ainda são poucos os estudos que procuram analisar a responsabilização por competição administrada nos diversos âmbitos setoriais do aparelho de Estado, em especial no setor de Saúde.

Nesse sentido, este artigo tem por objetivo analisar, a partir do exame dos instrumentos normativos, se o discurso de responsabilização por competição administrada se materializou no sistema sanitário brasileiro após as reformas empreendidas a partir de 1990 quando o Brasil implementou um conjunto de reformas em seu sistema de saúde. O foco é analisar se os instrumentos normativos asseguram formas de prestação de contas ao cidadão que não se limitem aos aspectos processuais e legais.

Desde já assumimos que a norma por si só não é garantidora da responsabilização, uma vez que outros fatores, como cidadãos ativos, informação disponível, aparato estatal que estimule a participação, instrumentos diversos de promoção da cidadania, são fundamentais para potencializar a influência dos cidadãos na gestão pública. No entanto, aceitamos como pressuposto

que a norma na administração pública é condição básica para a institucionalização de um conjunto de práticas e procedimentos, e que é a sua existência que permite que os cidadãos possam valer o seu direito de cobrança dos gestores públicos de uma gestão pública responsável ao tempo em que influenciam a ação pública.

É claro também que a melhoria da capacidade institucional de gestão não ocorre pela simples existência dos instrumentos normativos dado que a gestão envolve um conjunto de conhecimentos, habilidades e competências vinculados às distintas áreas funcionais da administração que extrapolam o campo normativo. Porém, as normas têm um papel importante na indução de práticas e comportamentos gerenciais, em especial pelo caráter coercitivo que apresentam em maior ou menor grau. Assim, seu exame em ordem cronológica não só evidenciará a configuração que a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) foi assumindo, mas os mecanismos de controle adotados, a lógica de funcionamento do sistema e as dificuldades de implementação.

Em decorrência dessa opção metodológica, os conteúdos dos instrumentos normativos são analisados a partir de um conjunto de categorias vinculadas à forma de responsabilização por competição administrada, definidas a partir da literatura que aborda a Nova Gestão Pública como paradigma dominante na discussão sobre a reforma do Estado: mecanismos de contratualização existentes, pluralidade de prestadores de serviços, participação dos usuários na avaliação dos equipamentos sociais e estrutura de regulação da burocracia.

O pressuposto que orienta a análise é de que esses elementos de forma isolada não garantem a institucionalização da responsabilização pela competição administrada, pois não se trata apenas de garantir desempenho mais eficiente, mas assegurar que a constituição de uma lógica de funcionamento centrada em mecanismos de quase mercados leve em consideração as necessidades dos cidadãos e que os gestores públicos possam ser responsabilizados pelas decisões tomadas.

Este artigo se estrutura da seguinte forma: inicialmente, aborda do ponto de vista conceitual, o que se convencionou chamar de responsabilização por competição administrada; em segundo lugar, as reformas no sistema sanitário brasileiro, a partir do conjunto de dispositivos normativos aprovados, procurando explorar

os seus traços determinantes; em terceiro lugar, discute com base nas categorias de análise acima explicitadas se o discurso de responsabilização por competição administrada materializou-se por meio da adoção de um conjunto de mecanismos no modelo sanitário brasileiro; e, finalmente, tece algumas considerações sobre a existência ou não da responsabilização por competição administrada.

Responsabilização por competição administrada

A responsabilização por competição administrada envolve a introdução de uma lógica de quase-mercado nas relações entre entes de natureza jurídica distinta, poder da burocracia para aferir o desempenho e dispor de mecanismos de recompensa/punição ao padrão de desempenho alcançado e formas de avaliação dos serviços prestados pelos cidadãos, de modo que o processo resulte em um Estado mais *accountable* aos cidadãos. Isso significa que a autonomia da administração pública concedida para que ela opere com mais agilidade necessita ser regulada e orientada para os interesses do cidadão, de tal forma que se evite um conjunto de disfunções burocráticas, como captura de interesses, insuflamento burocrático, predação fisiológica.

São muitos os mecanismos que têm sido utilizados nas reformas para estabelecer competição administrada. Sem a pretensão de fazer uma análise exaustiva sobre as vantagens e desvantagens a eles associadas, mas com o objetivo de destacar porque se caracterizam como mecanismos de quase-mercado e porque são vistos como mecanismos capazes de dotar de eficiência a gestão pública e de responder à cobrança dos cidadãos por um desempenho que atenda às suas necessidades, far-se-á uma breve descrição dos mecanismos mais usuais.

Os mecanismos tipo vale, bônus e cheque podem ser analisados como instrumentos que permitem a escolha do usuário de bens ou serviços produzidos por empresas públicas ou privadas. Cria-se assim um mercado semicompetitivo que deve estimular a melhoria de performance dos agentes públicos e privados, originado a partir da demanda, com objetivos de definir padrões de comparação da eficiência entre empresas ou organismos

públicos e estabelecer a possibilidade de punição real aos produtores públicos ineficientes.

Os contratos-programa estabelecidos entre o Estado e as empresas públicas, por sua vez, também objetivam melhorar a eficiência das empresas a partir de relações contratuais em que são definidas responsabilidades das partes, objetivos a serem alcançados relativos à produtividade, produção e custos, de modo que se possa aferir a eficácia da gestão e incentivos em função dos resultados. Trata-se, portanto, de uma ferramenta gerencial para melhorar os resultados da gestão com a participação dos atores envolvidos. Assim, é o resultado de um processo de pactos e negociações sobre distintos aspectos da gestão (CASASNOVAS *et al.*, 2003).

A criação de mercados internos de concorrência pública consiste na regulação de um sistema de concorrência controlada entre empresas públicas em que há uma clara separação entre produção e a compra dos serviços. Implica instituir um processo de concorrência entre unidades com base em objetivos e metas que possam ser comparadas para aferição de incentivos ou punições, se for o caso. Os usuários atuam como juizes do sistema, uma vez que as empresas devem responder às suas exigências.

Fica claro, pois, que essa opção de contratação interna introduz pelos diversos mecanismos a lógica do mercado nas relações entre comprador e provedor. O objetivo é fazer com que as empresas públicas realizem suas atividades a partir da internalização de práticas da gestão privada e assumam que se encontram em um marco competitivo de provedores, que no limite podem perder suas posições. Assim, temas como estratégias de compra e venda, *marketing*, produtividade, eficiência, inovação e preço passam a dominar a tomada de decisões das empresas públicas. Inclusive, a opção da contratação interna não trata de cidadão, mas de usuário, revelando assim a forte conotação empresarial que caracteriza esse mecanismo. Há uma clientelização do termo cidadão. Cidadão é um conceito muito mais abrangente do que usuário, pois têm direitos e deveres com a coisa pública, enquanto usuário é apenas aquele que utiliza determinados bens e/ou serviços públicos (RAMIÓ, 2000).

O mecanismo básico que regula as relações entre comprador e provedor é o contrato, e, como este

substitui os mecanismos de controle tradicionais, o êxito da adoção da concorrência interna para melhoria da gestão pública depende de um contrato bem formulado que minimize os custos de transação envolvidos em qualquer relação contratual. Nessa relação, assume um papel importante o comprador dos serviços que passa a ser visto como consumidor que decide pensando em seu próprio interesse e dos seus usuários. O mercado introduz assim as opções de voz e saída aos usuários (HIRSCHMANN, 1970).

A contratação externa é uma forma de externalizar parte das atividades que são produzidas internamente com o objetivo de melhorar a eficiência e reduzir custos. É assim uma forma de separação entre comprador e provedor, definida com base em um conjunto de critérios que apoiam a decisão econômica quanto a se é melhor comprar ou produzir um determinado serviço. Para alguns autores, essa decisão é mais bem analisada na perspectiva de teoria dos custos de transação que trata dos custos envolvidos na transferência de bens, serviços ou obrigações entre agentes econômicos. Os custos de transação são definidos em função de dois aspectos: especificidade de ativos e incerteza. Um exame desses aspectos revelará se é melhor comprar ou produzir um determinado serviço, tendo como orientação básica o menor preço para a oferta dos serviços (REPULLO, 2008). Da mesma forma, não se deve deixar de considerar os custos *ex-ante* que envolvem a busca de informações e a negociação com os agentes econômicos. Em especial, quando as externalizações forem muito complexas. Igualmente, merecem atenção os custos *ex-post* que se relacionam com a estrutura de controle para monitorar a relação contratual.

Essas questões são de fato fundamentais para a compreensão das dificuldades da contratação externa. O instrumento que regula a contratação externa é o contrato, no qual se especificam o objeto e as demais condições da prestação do serviço em troca de uma compensação financeira. Apesar da importância do contrato como instrumento que regula as relações entre comprador e provedor, suas cláusulas podem vir a se constituir letra morta se a administração pública não exercer as funções de planejamento, controle e avaliação com rigor, de modo que a parte contratada se sinta na obrigação de executar os termos do contrato

nos padrões de qualidade acordados (RAMIÓ, 2000). Igualmente, a externalização não pode ser vista como panaceia para todos os problemas da gestão pública, pois levada a efeito sem os cuidados necessários pode dismantlar toda uma competência de gestão acumulada (MARTINS, 2000).

Esses novos mecanismos de gestão sob a ótica da responsabilização, em especial a concorrência entre órgãos da administração pública (criação de um mercado interno) e entre diferentes provedores de serviços públicos ou privados (contratação externa), associados à participação do usuário no controle e gestão dos serviços e a uma estrutura competente de regulação por parte da burocracia, podem permitir, se bem geridos, que a administração pública responda com mais eficiência, eficácia e efetividade às demandas da população do que fazia no modelo burocrático.

Nessa perspectiva, para que a competição administrada possa se constituir uma forma de responsabilização dos governantes perante os cidadãos, faz-se necessária a profissionalização da burocracia para assumir em maior extensão os papéis de planejamento, controle e avaliação, e a construção de um ambiente de quase-mercados entre os provedores, com foco na melhoria de desempenho e recuperação da confiança do público em relação à ação governamental, e a institucionalização de formas de participação em que o cidadão possa ter um papel no controle e gestão dos serviços públicos, diferenciando-se das posições que reservam um papel ao cidadão apenas de usuário, que é um papel mais próximo ao de consumidor.

A responsabilização por competição administrada deve resultar assim em uma gestão orientada por resultados que sejam valorados pelos cidadãos, que têm na contratualização dos serviços, resultante de um processo concorrencial desenvolvido tanto internamente como externamente pelo poder público, sua principal característica. Constituem seus princípios orientadores: lógica de competição que se expressa de três modos – competição interna do setor público, modelo pluralista de provisão de serviços públicos e possibilidade de escolha do equipamento social pelo usuário; hierarquia burocrática com capacidade de avaliar os resultados alcançados e estabelecer mecanismos de incentivo e de punição; direito do cidadão de interferir diretamente na

avaliação dos prestadores públicos submetidos à lógica da competição (ABRUCIO, 2006).

É claro que associados à contratualização devem ser adotados mecanismos que permitam a transparência dos contratos, condição *sine qua non* para garantir que o interesse público seja preservado. Igualmente, devem ser institucionalizados espaços públicos de atuação do cidadão em que a prestação de serviços de distintos provedores possa ser avaliada e controlada ao tempo em que os gestores públicos prestam contas aos cidadãos das opções políticas escolhidas.

Uma contratualização apenas para dar mais racionalidade funcional à operacionalização das políticas públicas é importante, mas insuficiente. A contratualização e todos os aspectos que a envolvem devem melhorar o desempenho público e a relação de confiança entre os cidadãos e a ação governamental. Como diz Cunill Grau (2006), os mecanismos de contratualização e competência, quando vistos apenas como mecanismos meramente instrumentais e administrativos, correm o risco de restaurar os fundamentos não políticos da sociedade. Qualquer que seja a expressão da competição administrada, o Estado deve continuar presente como financiador e responsável último

Sistema Único de Saúde

O SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas - federais, estaduais e municipais - da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade (Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro). A direção única do SUS é exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente. O SUS conta ainda em cada esfera de governo com as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde (Lei nº 8.142/90, de 28 de dezembro).

O SUS tem as seguintes características: universalidade de cobertura; processo de descentralização político-administrativo; integração de todos os serviços

públicos de saúde, que devem organizar-se sob o formato de rede regionalizada e hierarquizada; articulação das três esferas de governo (União, estado, município) para a prestação dos serviços de saúde; gestão apoiada nas relações intergestores; direção única do sistema em cada esfera de governo; participação da iniciativa privada como provedor do sistema de saúde; controle social como elemento estruturante do sistema de saúde; democratização e incorporação de novos atores sociais ao sistema de saúde.

A operacionalização do SUS tem sido feita depois de sua criação por meio de um conjunto de normas operacionais que consistem em diretrizes do governo federal para normatizar o funcionamento do sistema de saúde. Vejamos cada uma das normas para compreender, em função das modificações realizadas ao longo do tempo, a configuração que o sistema de saúde assume atualmente.

A Norma Operacional Básica 01/91 do SUS - NOB/SUS 01/91, Resolução nº 258, de 7 de janeiro, trata, entre outras coisas, do financiamento da atividade ambulatorial; define o convênio como o instrumento de transferência de recursos entre entes federados; define o critério populacional como o critério para a distribuição de recursos; a forma de pagamento dos serviços prestados; os requisitos básicos para as transferências automáticas de recursos para os municípios; define a estrutura do relatório de gestão a ser elaborado pelos municípios; as formas de controle e acompanhamento dos serviços prestados; e equipara os prestadores públicos e privados no que se refere à modalidade de financiamento.

Por sua vez, a NOB/SUS 01/93, Portaria nº 545, de 20 de maio, tem como focos o processo de gerenciamento da descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do SUS e as condições de gestão das diferentes esferas gerenciais. No primeiro caso, entende que a descentralização tem dimensões econômicas, políticas, sociais e culturais e que, assim sendo, exige um processo de aprendizado por parte dos atores envolvidos na construção do SUS. Nessa direção, trata especificamente de disciplinar a articulação que deve ocorrer entre os fóruns de negociação e deliberação em cada esfera de governo. Nesse sentido, no âmbito nacional, define-se a Comissão Intergestores Tripartite - CIT - (União, estados, municípios); no âmbito

estadual, define-se a Comissão Intergestores Bipartite – CIB – (estados e municípios); no âmbito municipal, o Conselho Municipal de Saúde como instância permanente e deliberativa, com o objetivo de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução de política municipal de saúde.

Já a aprovação da NOB/SUS 01/96, Portaria nº 2.203, de 5 de novembro, trouxe um conjunto de modificações importantes em sintonia com as propostas de reforma do Estado. Precisava com clareza o entendimento sobre campos da atenção à saúde, a saber: o da assistência; o das intervenções ambientais; e o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades.

Dentro dessa nova concepção, os municípios podem se habilitar em duas condições de gestão: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal, configurando essa classificação um novo esforço de simplificação das condições de gestão então vigentes. No primeiro caso, além da programação municipal dos serviços básicos, o município deve se responsabilizar pelas ações de vigilância sanitária e pelas ações básicas de epidemiologia, pela gestão de unidades, prestação de serviços, contratação e pagamento dos prestadores de serviço. A Norma também define papéis para os estados e para a União e, como instrumento de gestão que articula as três esferas, a Programação Pactuada e Integrada (PPI), que envolve não só as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia, mas de alocação de recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas. De forma complementar, define que a prática do acompanhamento, controle e avaliação seja feita valorizando os resultados advindos de programações baseadas em indicadores de saúde e não apenas com base no faturamento de serviços.

Após uma década de construção do SUS, com a intensificação do processo de descentralização posto em prática pela NOB/SUS 01/96, apesar dos avanços ocorridos em termos de habilitação dos municípios a uma das condições da referida Norma, vários problemas emergiram, exigindo novas estratégias de enfrentamento. Entre os problemas identificados na parte introdutória da Norma Operacional de Assistência à Saúde

- NOAS/SUS 01/01, Portaria nº 95, de 26 de janeiro, constam: conflitos de gestão entre estados e municípios; alguns municípios apresentam indicadores inaceitáveis; alocação de recursos fortemente vinculada à oferta de serviços; a implementação da PPI tem sido efetiva em poucos casos; a prática corrente de contratação de serviços privados e da construção de unidades públicas sem a prévia análise do perfil da oferta existente; em geral, não existe avaliação rotineira e sistemática do desempenho dos órgãos gestores e de monitoramento da implementação das atividades previstas nas PPI e Planos de Saúde; o próprio controle e a auditoria da prestação de serviços por terceiros e dos consequentes faturamentos apresentam fragilidades e descontinuidades.

Neste contexto, a NOAS/SUS 01/01 tenta resolver parte dos problemas identificados e assume a regionalização como macroestratégia para o aperfeiçoamento do processo de descentralização. Para tanto, define três estratégias: elaboração do Plano Diretor de Regionalização e diretrizes para a organização regionalizada da assistência; fortalecimento das capacidades gestoras do SUS; e atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios. Essas diretrizes vão ser asseguradas pela NOAS/SUS 01/02, Portaria nº 373, de 27 de fevereiro, que define um conjunto de alternativas para implementação da NOAS/SUS 01/01. Tenta-se reforçar, agora de uma forma mais explícita, a capacidade de gestão do sistema, por entender que na fragilidade da gestão residem muitos dos problemas do SUS.

Na mesma linha de reforço à capacidade de gestão orientada para resultados, a Portaria nº 699/06, de 30 de março, traz como uma das principais inovações a adoção dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, Estadual, do Distrito Federal e da União, em que serão definidas as responsabilidades sanitárias dos gestores, as metas do Pacto pela Vida e os indicadores de monitoramento.

Com a mesma preocupação de racionalidade, a Portaria nº 1.097/06, de 22 de maio, define o processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência (PPIAS), em que são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

Todas essas modificações vão basicamente em duas direções: uma de estruturação do sistema com um forte acento para consolidar a reorganização das ações de atenção à saúde e outra de foco interno com o objetivo de melhorar a capacidade institucional de gestão que vem sendo moldada por meio de inúmeras Leis, Decretos e Portarias para alterar a lógica tradicional da burocracia presa a procedimentos e instalar no sistema de saúde uma lógica orientada para resultados, capaz de responsabilizar os gestores públicos pelo desempenho alcançado.

Responsabilização por competição administrada no SUS

Com a compreensão de que condições iniciais precisam ser criadas para que o sistema de saúde possa assumir a responsabilização por competição administrada como uma das formas de prestação de contas dos gestores públicos perante os cidadãos, passaremos a examinar o conteúdo de vários dispositivos normativos a partir da criação do SUS em 1990.

Em relação à diversidade de provedores, a Lei nº 8.080/90, de criação do SUS, através de vários artigos, define as condições iniciais para a organização do sistema de saúde e abre a possibilidade de que a atuação pública se organize contando com a inclusão da iniciativa privada. A Portaria nº 2.203/96, que aprova a NOB/SUS 1/96, trata de deixar mais clara a diversidade de provedores ao definir que os estabelecimentos do SUS-Municipais não precisam ser, obrigatoriamente, de propriedade da prefeitura nem precisam ter sede no território do município.

A partir de 1998, há uma mudança substantiva do tipo de provedor. Com a Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, o Poder Executivo poderá qualificar como Organização Social (OS) pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas, entre outras atividades, à saúde. Em 1999, por meio da Lei nº 9.790, de 23 de março, são criadas as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), instituições civis sem fins lucrativos, qualificadas pelo poder público para cumprir, entre outras finalidades, as de saúde. Em 2007, com o Decreto nº

6.017, de 17 de janeiro, cria-se a figura jurídica do consórcio público como pessoa jurídica formada exclusivamente por entes da Federação, mas que pode firmar Termo de Parceria com as OSCIP para executar, entre outras, a prestação dos serviços de saúde. Amplia-se o leque de provedores com novas formas de gestão para a prestação dos serviços de saúde, acompanhando uma tendência de outros países que procuraram flexibilizar a gestão em suas reformas. Em tramitação, está o projeto de criação das fundações como mais uma forma de gestão para a prestação dos serviços de saúde.

Definidas as possibilidades de provedores distintos, encontram-se vários dispositivos que regulam a forma como se deve dar essa relação entre poder público e provedores. A Lei nº 8.080/90 diz que a participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas do serviço público. Outras referências à compra de serviços aparecem, em 1991, com a Resolução nº 258 que, ao aprovar a NOB/SUS 01/91, remete apenas ao fato de que os serviços privados contratados ou conveniados serão pagos mediante sistema de cobertura ambulatorial.

Somente com a Portaria nº 1.286, de 26 de outubro de 1993 (revogada pela Portaria nº 3.277, de 22 de dezembro de 2006), é que se explicitam as cláusulas necessárias nos contratos de prestação de serviços entre os estados, o Distrito Federal e os municípios e as pessoas naturais e pessoas jurídicas de direito privado de fins lucrativos, sem fins lucrativos ou filantrópicas participantes, complementarmente, do SUS.

A figura do contrato de gestão é introduzida com a Lei nº 9.637/98, ao qualificar as OS como entidades que podem dirigir atividades de saúde, por meio de contrato de gestão, a ser firmado entre o poder público e a organização social, como instrumento de pactuação entre as partes. Já a Lei nº 9.790/99, que cria as OSCIP, prevê que as relações com o Poder Público serão definidas por um Termo de Parceria.

A Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, estabelece a adoção dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, Estadual, do Distrito Federal e da União, em que serão definidas as responsabilidades sanitárias dos gestores, as metas do Pacto pela Vida e os indicadores de monitoramento. Inova, portanto, na

criação de uma nova figura a regular as relações entre os entes públicos.

Como se constata, a legislação aponta à necessidade de um instrumento jurídico para regular as relações entre o poder público e provedores. A existência de relações à margem de qualquer processo diferente das possibilidades previstas em lei dificulta a consolidação do SUS na medida em que fragiliza a atuação do gestor.

No que se refere ao conteúdo dos contratos, as normas não dizem muito. De um modo geral, referem-se à compra de serviços, atividade contratada, relação com os contratantes, mas sem um grau maior de detalhamento. A Portaria nº 1.286/93 determinava várias exigências para os contratos de prestação de serviços de assistência à saúde, mas sem preocupação para induzir a uma contratualização de resultados tendo como referência indicadores de saúde.

Nova referência, mais explícita, ao processo de contratualização, vem apenas com a Lei nº 9.637/98 que trata das organizações sociais. Essa Lei diz que na elaboração do contrato de gestão devem constar, entre outros itens: programa de trabalho proposto pela organização social; metas a serem atingidas e prazos de execução; critérios objetivos de avaliação de desempenho, mediante indicadores de qualidade e produtividade; limites e critérios para despesa. Já a Lei nº 9.790/99, que cria as OSCIP, prevê que as relações com o Poder Público serão definidas por um Termo de Parceria que deve ter as seguintes cláusulas: objeto, metas e resultados a atingir, prazos, critérios de avaliação de desempenho, previsão de receitas e despesas, relatório sobre a execução, prestação de contas, publicação na imprensa oficial do extrato do Termo de Parceria e de demonstrativo da sua execução física e financeira.

Em 2002, a Portaria nº 373 – NOAS/SUS 01/02 normatiza que o interesse público e a identificação de necessidades assistenciais devem pautar o processo de compra de serviços na rede privada e que os contratos de prestação de serviços devem representar instrumentos efetivos de responsabilização dos prestadores com os objetivos, atividades e metas estabelecidas pelos gestores de acordo com as necessidades de saúde identificadas.

Considerando que os preços dos procedimentos são tabelados, tem-se um mercado sanitário regulado em que os provedores não competem entre si. As relações

com distintos provedores se processam como mais um mecanismo administrativo que atende às necessidades pontuais do sistema, mas sem que essa relação esteja articulada a um processo de contratualização para melhoria do sistema de saúde. Não se percebe no espaço concedido aos provedores de prestações de serviços a ideia de competição para estimular melhor desempenho do sistema, apenas a ideia de complementaridade.

Em relação às estruturas organizativas e aos mecanismos à disposição do gestor público para avaliar e controlar as contratações realizadas, não são muitas as informações disponíveis.

A Resolução nº 258/91, que aprovou a NOB/SUS 01/91, define em relação ao controle e acompanhamento que o Ministério da Saúde acompanhará, por meio de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a estados, Distrito Federal e municípios.

De modo mais incisivo quanto à institucionalização de uma capacidade de gestão, a NOB/SUS 01/96 dedica todo um tópico ao controle, avaliação e auditoria, extrapolando a orientação até então vigente centrada apenas na auditoria. Define também como requisito básico para as unidades prestadoras de serviços de saúde o cadastro no banco de dados nacional. Recomenda às unidades gestoras a estruturação de órgão de controle, avaliação e auditoria, e as ações prioritárias de controle - procedimentos técnicos e administrativos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos - com ênfase na garantia da autorização de internações e procedimentos ambulatoriais e o rigoroso monitoramento da regularidade e da fidedignidade dos registros de produção e faturamento de serviços. Na mesma linha, a Portaria nº 95/01 – NOAS/SUS 01/01 dedica um item ao fortalecimento da regulação, controle e avaliação do SUS. Define como instrumento básico para o acompanhamento e avaliação dos sistemas de saúde o Relatório de Gestão. Define o controle e avaliação dos prestadores de serviços e a avaliação da qualidade da atenção. É visível o esforço na direção da construção de um sistema que opere com condições de eficiência gerencial. No entanto, também é visível pela repetição das decisões em sucessivas normas que o sistema não responde de forma competente às necessidades de gestão.

O apoio às últimas normativas sobre aperfeiçoar a capacidade de gestão vem com a Portaria nº 399/06, que apresenta um conjunto de medidas tendo em vista a consolidação do SUS. Define no item III - Pacto de Gestão um apoio financeiro para a Gestão do SUS destinado ao custeio de ações relacionadas com a organização dos serviços de saúde, acesso da população e aplicação dos recursos financeiros do SUS. Nesse sentido, apoia, entre outras, as ações voltadas para a regulação, controle, avaliação, auditoria, planejamento e orçamentação, e programação.

Não se pode dizer que nos últimos 12 anos (de 1996 a 2008) não tenha sido feito um esforço enorme para conduzir o sistema para uma profissionalização de sua gestão. No entanto, é fácil constatar pelos diversos dispositivos que estes não foram ainda capazes de criar essa capacidade.

Outro aspecto importante tratando-se de controle é que além dos conselhos de saúde foram criados poucos espaços de atuação do cidadão. Assim, não há dispositivos normativos que institucionalizem qualquer processo avaliativo por parte dos usuários da qualidade da assistência recebida. A necessidade de saber a satisfação dos usuários com a qualidade da assistência, a integralidade e a resolutividade foi abordada a partir da NOAS/SUS 01/01 como um dos pontos que podem vir a fortalecer o sistema de saúde, mas sem nenhum caráter de obrigatoriedade para os gestores. Da mesma forma, na estrutura orgânica de gestão do sistema não há canais de participação que articulem a presença ativa do cidadão na tomada de decisão. O que há são iniciativas que valorizam o espaço para a escuta de demandas da cidadania, a exemplo da Ouvidoria Geral do SUS, com o objetivo de promover a participação popular e incentivar o controle social, ouvindo reclamações, denúncias, sugestões dos cidadãos. Uma outra iniciativa voltada para fortalecer a cidadania é a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS que traz informações sobre os direitos do cidadão. Apesar de muito importantes, os mecanismos criados são claramente insuficientes para tornar o sistema permeável à ação do cidadão no sentido da tomada de decisão e da prestação de contas de seus gestores que continuam submetidos principalmente a controles processuais e distantes da prestação de contas aos cidadãos.

Conclusão

A análise da responsabilização por competição administrada no SUS preocupou-se em identificar se os instrumentos normativos criavam condições para a introdução de uma lógica de quase-mercado nas relações entre entes de natureza jurídica distinta, se capacitavam a burocracia para avaliar e regular o desempenho dos provedores e se institucionalizavam formas de avaliação dos serviços prestados e formas de intervenção pelos cidadãos de modo que o processo como um todo resultasse em um Estado mais *accountable* aos cidadãos.

Partindo dessa premissa, constatamos que o sistema opera com uma pluralidade de provedores públicos e privados para assegurar a assistência à saúde; que as relações com os provedores são estabelecidas por meio de contratos ou convênios; que não há dispositivos normativos que disciplinem a prestação de contas dos contratos, convênios e demais ações para os cidadãos; que não se percebe se a autoridade sanitária estabelece premiações e punições à sua rede de provedores como forma de estimular um determinado padrão de desempenho; e que não é visível a forma como a competição é estimulada entre os provedores. Apesar de o sistema funcionar com a presença de múltiplos provedores (privados, ONGs, filantrópicos etc.) não há também concorrência estimulada entre os provedores; há ausência da participação do cidadão na avaliação da prestação de serviços; a estrutura de regulação/controle do poder público parece insuficiente; o controle da eficiência, eficácia e qualidade dos contratos deixa muito a desejar, uma vez que somente a partir de 2006 foi estabelecido um conjunto de indicadores de desempenho como metas para os gestores do sistema; o que se compra majoritariamente são atividades (altas hospitalares, urgências, consultas etc.); a regulamentação deixa em aberto aspectos importantes da relação contratual mesmo quando existe a obrigatoriedade do contrato, como é o caso das OS, e é praticamente inexistente para a longa relação de provedores; a pactuação de objetivos e metas no Brasil tem sido feita por meio dos instrumentos Programação Pactuada Integrada e Termo de Compromisso apenas recentemente.

Esses elementos evidenciam que, apesar de existir um processo de compra de serviços mediados seja por

contratos seja por convênios, não se percebe minimamente que o funcionamento do sistema de saúde leva à forma de responsabilização por competição administrada. Como afirmamos anteriormente, na perspectiva da responsabilização por competição administrada, a contratualização atende a objetivos concretos de melhoria da eficiência, eficácia e efetividade do sistema e, mais que isso, o faz mantendo com o cidadão uma relação permanente de prestação de contas. Se isso não acontece, a contratualização pode melhorar a racionalidade do sistema de gestão, mas ainda estará muito longe do ideal de responsabilização.

Pelas razões já apontadas, a responsabilização pela competição administrada ainda é um processo em

construção no SUS. Os elementos que a caracterizam foram incorporados de uma forma desequilibrada com clara preferência para os aspectos que permitiam uma abertura ao mercado – pluralidade de provedores, de arranjos, de contratos – em detrimento dos aspectos que se referiam ao cidadão e à estrutura de regulação, necessários à configuração da responsabilização. Como os elementos não se articulam com o mesmo peso, não se institucionaliza a forma de responsabilização pela competição administrada, que se ressentir de uma estrutura de regulação forte capaz de imprimir a constituição de um quase-mercado submetido à concorrência e preferência do cidadão. ■

Referências

- ABRUCIO, F. L. Responsabilização pela Competição Administrada. In: Bresser-Pereira, L.C.; Cunill-Grau, N. C. (Org). *Responsabilização na Administração Pública*. São Paulo: CLAD/Fundap, 2006.
- BRASIL. *Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007*. Regulamenta a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. Brasília, 2007.
- _____. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. *Resolução nº 258, de 7 de janeiro de 1991*. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91, constante do Anexo I da presente Resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991. Brasília, 1991.
- _____. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
- _____. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.
- _____. *Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998*. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília, 1998.
- _____. *Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999*. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências. Brasília, 1999.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.097, de 22 de maio de 2006*. Define que o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.286, de 26 de outubro de 1993*. Dispõe sobre a explicitação de cláusulas necessárias nos contratos de prestação de serviços entre o Estado, o Distrito Federal e o Município e pessoas naturais e pessoas jurídicas de direito privado de fins lucrativos, sem fins lucrativos ou filantrópicas participantes, complementarmente, do Sistema Único de Saúde. Brasília, 1993.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996*. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, a NOB-SUS/96. Brasília, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.277, de 22 de dezembro de 2006*. Dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002*. Aprova, na forma do anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Brasília, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 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, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993*. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006*. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001*. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01. Brasília, 2001.

CASASNOVAS, G. L. *et al.* Los nuevos instrumentos de la gestión pública. *Colección Estudios Económicos*, n. 31, fev. 2003. Disponível em: <www.estudios.lacaixa.es>. Acesso em: 10 abr 2009.

CUNILL GRAU, N. Responsabilização pelo controle social. In: Bresser-Pereira, L. C.; Cunill Grau, N (Org). *Responsabilização na Administração Pública*. São Paulo: CLAD/Fundap, 2006.

HIRSCHMANN, A. O. *Exit, Voice and loyalty: responses to decline in firms, organizations and State*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1970.

MARTINS, H. F. Em busca de um regime contratual de gestão: a recente implementação de contratos de gestão na administração pública brasileira. In: Peixoto, J.P.M. (Org). *Modernização e Reformas do Estado*. RJ: UVA, 2000.

RAMIÓ, M. C. *Externalización de servicios públicos y corrientes neoempresariales*: los problemas de la administración relacional en el contexto de un gobierno multinivel. V Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santo Domingo, Rep. Dominicana, 24-27 oct 2000.

REPULLO, J. R. Externalización, eifciencia y calidad. Público y privado en la sanidad. *Revista Calidad Asistencial*, v.23, n.2, p 83-7, 2008.

Recebido para publicação em Junho/2009
Versão definitiva em Agosto/2010
Conflito de interesses: Inexistente
Suporte financeiro: CAPES

Reforma Sanitária no Ceará: lutas e conquistas em um cenário adverso

Health Reform in Ceará: struggles and achievements in an adverse scenario

Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto¹, Luiz Odorico Monteiro de Andrade², Ana Ester Maria Melo Moreira³, Érico Dias Costa⁴, Fabíola de Lima Gonçalves⁵, Lizaldo Andrade Maia⁶, Maria Sônia Lima Nogueira⁷, Roxane de Alencar Irineu⁸

¹ Doutora em Medicina pela Universidade de São Paulo (USP); Professora Adjunta da Universidade Federal do Ceará (UFC); Superintendente da Escola de Saúde Pública do Ceará. ivana_barreto@ufc.br

² Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); Professor Adjunto da UFC; Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. odorico@saude.gov.br

³ Mestre em Saúde Pública pela UFC; Professora da UFC. estermelo@yahoo.com.br

⁴ Graduado em Letras pela UFC. ericodc@gmail.com

⁵ Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acarajú (UVA); Professora da Escola de Saúde Pública do Ceará. fabioladelimagoncalves@gmail.com

⁶ Especialista em Gestão em Serviços de saúde pela Unicamp; Coordenador de Saúde Bucal da Secretaria Executiva Regional V/Fortaleza. lizaldo@gmail.com

⁷ Mestre em Políticas Públicas e Sociedade pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); Professora da UECE. politicaspublicasuece@hotmail.com

⁸ Mestre em Saúde Pública pela UECE; Professora da Escola de Saúde Pública do Ceará. roxanealencar@hotmail.com

RESUMO Com este ensaio, objetivou-se descrever e analisar a evolução do sistema público de saúde no Ceará, nas décadas de 1980 e 1990, organizando fatos históricos, conforme tipologia proposta por Andrade, em 2007, em eixos político, discursivo e paradigmático. Foram revisadas publicações de autores centrais na discussão da Reforma Sanitária e nos documentos oficiais. O Ceará é referência na implantação do Sistema Único de Saúde, com destaque para descentralização dos serviços e Atenção Primária. Concluiu-se que a via institucional foi uma experiência que gerou transformações positivas nos saberes e nas práticas de saúde, contrastando com o cenário natural e político-administrativo adverso.

PALAVRAS-CHAVE: Reforma dos serviços de saúde; Movimento; Sistemas de saúde.

ABSTRACT *This essay aimed at describing and analyzing the evolution of the public health system in Ceará in the 1980s and 1990s, organizing historical facts in political, discursive and paradigmatic axes how it was proposed by Andrade, in 2007. We reviewed publications of the main authors that discussed health reform and official documents. Ceará is a reference in the implementation of the National Health System, especially by its health services decentralization and primary health care. We conclude that the institutional path was an experience that led to positive changes in knowledge and health practices, in contrast to the natural and political-administrative adversities.*

KEYWORDS: Health Care Reform; Movement; Health systems.

Introdução

Este ensaio objetiva fazer uma análise crítica da evolução do sistema de saúde no Estado do Ceará nas décadas de 1980 e 1990, considerando a mobilização da sociedade civil e a inserção no aparelho de Estado do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Para elaboração deste estudo, foram revisadas publicações de autores centrais na discussão da Reforma Sanitária, tais como Paim (2008), Escorel (1999), Cohn (2009) e tantos outros pesquisadores interessados em registrar e compreender essa história no Ceará, a exemplo de Abu-El-Haj (1999), Tendler (1998), Andrade (1998) e Andrade (1992). Recorreu-se também à revisão de documentos oficiais das três esferas de Governo na saúde e instituições de Ensino Superior.

A justificativa deste trabalho se ancora na importância do registro histórico e da sistematização teórica, considerando uma produção escassa das questões centrais tratadas, principalmente quando se remete à experiência da Reforma Sanitária e da organização dos serviços de saúde no Estado e na relevância da construção de conhecimento, emergindo de atores politicamente implicados com a Reforma Sanitária Brasileira. O Ceará é referência na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no que diz respeito à descentralização dos serviços e à Atenção Primária de saúde (TENDLER, 1998).

Foi prioritário realizar a reflexão aqui apresentada utilizando a perspectiva de sujeito implicado e aquele epistêmico, considerando que os pesquisadores possuem intencionalidade política na produção de seus objetos de pesquisa, e que a pesquisa científica tradicional não oferece suporte às implicações subjetivas no desenvolvimento destes construtos teóricos. Os próximos autores ajudam a compreender a importância de uma produção científica politicamente implicada:

Você é um sujeito militante que pretende ser epistêmico e os desenhos de investigação que temos como consagrados no campo das ciências não dão conta deste tipo de processo. (MERHY, 1998. p. 2).

Eu definia, então, a implicação como 'um engajamento pessoal e coletivo do pesquisador, em e por suas práxis científica, em função de sua

história familiar e libidinal, de suas posições passadas e atual nas relações de produção e de classes, e de seu projeto sociopolítico em ato, de tal sorte que o investimento, que é necessariamente a resultante disso, é parte integrante e dinâmica de toda a atividade de conhecimento'. (BARBIER, 2002, p.100; 76).

Considerando as questões indicadas, Cohn (2009) ressalta a importância de ser resgatado o arcabouço discursivo da MRSB considerando seus avanços históricos com a implantação do SUS e desafios. Assim, a autora apresenta seu pensamento:

[...] minha tese é a de que, diante do esgotamento exatamente devido ao seu sucesso, mas também pela sua insuficiência constatada nesses 20 anos, da Reforma Sanitária original, há que se enfrentar com galhardia essas insuficiências hoje relegadas, na maior parte dos casos, ao tabu de um buraco negro. [...] Em decorrência, a tarefa, portanto, que se impõe para a nossa comunidade é a de pelo menos apontar as insuficiências da Reforma Sanitária dos anos 70, 80 e parte dos 90 para, a partir desse quadro, retomar o que foi uma de suas principais características: sua capacidade propositiva, que surpreendeu os demais setores quando da Assembleia Nacional Constituinte, com sua proposta organizacional para a saúde: o SUS. (COHN, 2009, p. 1615).

Paim (2008), outro autor que discute o MRSB, se apropria da matriz sociológica crítico-dialética no desenvolvimento de seu pensamento e refere que tal reforma expressa uma visão claramente marxista, optando pelo pensamento Gramsciano. Assim, ele a entende como um fenômeno histórico e social. Trata-se de um objeto que tem historicidade na medida em que corresponde a construtos sociais realizados por sujeitos em cada conjuntura.

De acordo com Feuerwerker (2005), as principais ideias-força que orientaram o MRSB foram: o modelo de democracia, a proposta de reconceitualização da saúde e a crítica às práticas hegemônicas de saúde. A autora traz uma crítica de que não há mais um movimento sanitário enquanto movimento social organizado, mas

atores interessados em construir um SUS inspirado nos pressupostos do MRSB.

Esta leitura apresenta a importância de considerar o processo de organização do SUS inspirado em elementos de reflexão crítica sobre os saberes, as práticas de saúde e a organização social. Articulando com os pressupostos apontados por Paim (2008), é necessário resgatar de forma permanente a centralidade das ideias-força na medida em que este processo está em construção permanente, com capacidade produtiva de transformação cotidiana (COHN, 2009).

A reforma do sistema de saúde brasileiro foi impulsionada pela sociedade civil e não por partidos políticos, governo ou organizações internacionais, conforme atesta Paim *et al.* (2011).

Para a análise em foco, utilizou-se a tipologia adotada por Andrade (2007), que refletiu sobre a produção de saber e de práxis no campo da saúde pública brasileira nas décadas de 1970, 1980 e 1990, lançando mão de uma figura geométrica composta por três eixos que se movimentam na linha do tempo conforme a predominância de um de seus vetores. Os três eixos desta figura são: político, discursivo e paradigmático. O autor registra que a ideia de compor os eixos está referenciada em Japiassu (1992), Arouca (1975) e Teixeira *apud* Dâmaso (1989).

Para Andrade (2007), o eixo discursivo trabalha a coerência da produção discursiva em torno do MRSB; o político trata da articulação da produção discursiva com a práxis que produz construções políticas na busca da afirmação de seu discurso no interior do Estado brasileiro; e o paradigmático discute o diálogo estabelecido entre a práxis e os saberes discursivos, com o paradigma científico de saúde hegemônico no período.

Compreendendo o estado do Ceará

O Estado do Ceará foi criado em julho de 1903 e seu nome emerge da antiga denominação de parte da capitania de Pernambuco durante o período colonial: 'Siará Grande'. Sua área geográfica é de 148.825,602 km².

As terras de Siará Grande não provocaram o interesse imediato da colônia portuguesa no início da ocupação colonial. Somente com o processo de charqueadas, carnes salgadas por tropeiros, iniciou-se um

ciclo econômico no estado, o que garantiu a fixação de colonizadores na capitania com o objetivo de garantir a propagação de núcleos urbanos e o início de um mercado interno. Apenas no século 20 é que outro ciclo econômico importante foi implantado, o da cultura do algodão (GIRÃO, 1995).

O Estado sempre foi periférico na dinâmica econômica e política do Brasil. Com seus solos pouco férteis, poucas chuvas, ausência de grandes ciclos econômicos, além do persistente domínio por parte de uma forte aristocracia local, que sempre atuou a reboque da condução política e econômica do nível central de Governo.

Tal processo de centralização político-administrativa passou por transformações ao longo do tempo, com a mudança dos grupos políticos, mas carregou em si as marcas e os elementos de uma sociedade conservadora, tradicional, voltada aos interesses das oligarquias e grupos específicos, as quais estavam tanto na arena de poder quanto também, mais tarde, serviram aos interesses econômicos de desenvolvimento do capitalismo.

As elites cearenses acumularam riqueza geralmente oriunda da agropecuária, do comércio e do exercício de atividades liberais ou de funções na máquina pública. A concentração de renda do Estado era extremamente forte e, historicamente, o poder local foi constituído por alianças e acordos entre grupos oligárquicos, minimizando a ascensão de grupos políticos comprometidos com a promoção do bem-estar e equidade social (FARIAS, 2009).

Apesar desse cenário histórico pouco convidativo à mobilização social, o Estado foi um espaço de importante avanço dos movimentos sociais, os quais, com a implantação da Ditadura Militar, foram sistematicamente perseguidos e tiveram suas lideranças, tanto operárias quanto sindicais e camponesas, submetidas "... a uma vida clandestina para escapar dos arbítrios dos golpistas" (FARIAS, 2009, p. 332).

No período autoritário, emergem-se as lideranças políticas surgidas do movimento estudantil, das greves de professores da rede pública e de castanheiras da Brasil Oiticica, do movimento contra a carestia, do movimento feminista pela anistia, dentre outros grupos políticos, os quais buscaram transformar as relações de opressão social, política e econômica operadas por setores conservadores. Ao tratar-se de movimentos sociais

emergentes, Farias (2009) relata a importância da organização política comunitária que emergiu a partir da tradição da Teologia da Libertação.

O autor atribui ao ‘Grupo de Jovens Empresários’, organizados no Centro Industrial do Ceará (CIC) na década de 1980, o protagonismo no processo de transição que pôs fim ao coronelismo que dominava a política e a economia do Estado até então.

O ápice da transição do comando de grupos e oligarquias políticas para o do ‘Grupo de Jovens Empresários’, de cunho liberal, ocorreu no processo de eleição de Tasso Jereissati ao Governo do Estado, o qual derrotou o pacto dos coronéis. Tal processo de transição rompeu com as oligarquias políticas rurais anteriores e instituiu interesses estatais focados no desenvolvimento econômico-industrial.

Como contraponto ao conservadorismo dos grupos políticos dominantes no Estado, podem ser citadas algumas conquistas no campo da saúde, realizadas no Ceará, que expressam o pioneirismo de alguns atores históricos, a exemplo da luta de Rodolfo Teófilo contra a varíola, conseguindo produzir a vacina e imunizar a população, o que levou à extinção da doença no Estado

em 1903. Este fato é único no contexto do Brasil à época (BARBOSA, 1994).

Outro fenômeno relevante foi a implantação do Instituto de Medicina Preventiva (IMEP), em 1963, pela Universidade Federal do Ceará (UFC), antes da Reforma Universitária de 1968, que obrigou todas as universidades de Medicina a implantarem os Departamentos de Medicina Preventiva. O IMEP adotava como referência o ideário preventivista que preconizava a medicina integral como prática e considerava os fatores sociais entre as causas das doenças (MONTEIRO, 1997).

Década de 1980: transformações nas práticas de saúde no Ceará pela via institucional

O Quadro 1 apresenta a classificação de fatos históricos no Ceará, segundo a tipologia proposta por Andrade (2007).

A crise econômica e a da Previdência Social brasileira, no início dos anos 1980, colocaram entraves sérios para a continuidade do modelo médico-assistencial privatista (LUZ, 1991), uma vez que limitou a ação da rede de interesses formada pelos fornecedores

Quadro 1. Fatos históricos na Saúde Pública do Ceará, segundo a tipologia de Andrade (2007) – década de 1980

Eixo político	Eixo discursivo	Eixo paradigmático
1980 – Experiência precursora – auxiliar de saúde – Atenção Primária em Saúde – Jucás		
1986 – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde	1985 – Congresso de Saúde no Ceará	1986 – Movimento Pró-mudanças/ Comitê de Saúde
1987 – Estadualização da saúde pública/unificação		
1987 – Racionalização/ordenamento dos gastos públicos		
1987 – O movimento sanitário assume a direção da política de saúde do Ceará e se engaja para transformar o padrão de intervenção institucional – via institucional	1984/1985 – Criação da Associação de Saúde Pública do Ceará (ASPUC)	1983/1987 – Grande seca/Ceará se destaca como o Estado do Nordeste mais atingido
1987 – Fusão da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), Fundação de Saúde do Estado do Ceará (FUSEC) e Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS)/unificação		
1987 – Programa Agentes de Saúde	1989 – Criação do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS)	
1987-1990 – Redução da mortalidade infantil/ Aumento da cobertura vacinal		
1988 – Implementação do Plano estadual de saúde de forma participativa		
1988 – I Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS)		
1989 – Consolidação do Conselho Estadual de Saúde		

Fonte: Elaboração Própria

privados, políticos e segmentos burocráticos. No mesmo momento, observa-se que os críticos do modelo de saúde dos anos 1970, mais à vontade dado o clima de democratização, passavam à ofensiva, ocupando cargos públicos e promovendo intensos debates sobre saúde pública.

A partir de 1985, deu-se o nascimento de um considerável movimento de múltiplos atores do campo ideológico socialista chamado de Movimento pela Reforma Sanitária no Ceará (ABU-EL-HAJ, 1999).

Analisando o Quadro 1, pode-se observar, quanto ao eixo paradigmático, o surgimento do Movimento Pró-mudanças que aglutinou intelectuais, funcionários públicos e partidos de oposição, articulando um projeto de reformas políticas e sociais, o qual apresentou opções democráticas após três décadas de clientelismo coronelista. Dentro deste movimento, criou-se o Comitê de Saúde, reunindo os nomes mais expressivos na defesa da Reforma Sanitária no Ceará e de onde saíram os secretários de saúde e técnicos responsáveis pelas mudanças (SILVA, 1999).

Considerando o eixo político no tocante à racionalização e ao ordenamento dos gastos públicos, o Estado encontrava-se em uma situação financeira calamitosa, causada especialmente pelo agravamento do empreguismo, ou seja, a troca de empregos públicos por lealdade política. Entre 1983 e 1987, os dados da Secretaria da Administração do Governo do Ceará revelaram uma expansão da ordem de 43% do número total de funcionários públicos estaduais. O Governo, então, realizou um ajuste fiscal com diminuição dos gastos com pessoal e melhoramento de arrecadação, o que resultou num salto de investimentos públicos entre 1989 e 1990, aumentando a eficiência do Estado e, conseqüentemente, melhorando os indicadores de saúde (ABU-EL-HAJ, 1999).

No que diz respeito ao eixo discursivo, destaca-se o Congresso de Saúde realizado no Ceará em 1985. Este foi um evento que fomentou a participação de delegados do Estado na Oitava Conferência Nacional de Saúde, contando com a participação efetiva de vários segmentos da sociedade, tais como movimentos sociais, profissionais de saúde, professores e estudantes e constituindo uma das maiores delegações.

De acordo com Abu-El-Haj (1999), sob a orientação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), o secretário estadual de saúde automaticamente ocuparia a superintendência do INAMPS, a presidência do conselho deliberativo da Fundação de Saúde do Estado do Ceará (FUSEC) e a direção da Secretaria Estadual da Saúde (SESA). O SUDS se constituiu em uma estratégia de gestão que objetivava racionalizar gastos da máquina previdenciária estabelecendo um comando único.

Neste caso, um comando único seria assegurado dando uma coordenação central, fato importante na década de 1980 no Estado do Ceará, que aconteceu por meio da unificação das instituições de saúde pública sobre um comando único e a delegação de atribuições administrativas para as Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS). Esses grupos de trabalhos eram compostos por servidores e técnicos das instituições públicas, encarregados da implantação do modelo administrativo hierárquico de serviços e gestão dos distritos sanitários (ABU-EL-HAJ, 1999).

O autor destaca que a unificação era vista como contrária aos interesses do complexo médico-hospitalar privatista, na medida em que livraria o setor público da pressão política dos governadores, permitindo uma otimização da intervenção do Estado na saúde.

Fazendo uma discussão do eixo político, destaca-se que, na primeira metade dos anos 1980, foi realizada em Jucás uma experiência precursora ao Programa Agentes de Saúde, denominado auxiliar de saúde (SILVA, 1999). Seguindo essa ideia, em 1987, o Programa Agentes de Saúde (PAS) se configurou como parte de um programa emergencial de geração de empregos para socorrer a população cearense da seca daquele ano, o que resultou em melhorias na saúde das crianças, reduzindo a mortalidade infantil de 107/1.000 (o dobro da média brasileira) para 65/1.000 entre 1987 e 1990, elevando a cobertura vacinal contra sarampo e pólio a um percentual de 90%. Tal programa rendeu ao Ceará, em 1993, o prêmio Maurice Pate, do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), concedido a programas de assistência à infância, sendo o único governo latino-americano a ganhar este prêmio desde a sua instituição. Tal foi o sucesso do PAS que o Governo Estadual resolveu oficializá-lo em 1988 com financiamento permanente (TENDLER, 1998).

A valorização do PAS pode ser observada também, segundo Silva (1999), quando enfatiza o mérito da experiência do agente de saúde, por ter despertado nas comunidades pobres do interior do Ceará o sentimento de que, por seus próprios líderes e sua organização interna, poderiam mudar o paradigma da saúde dos filhos e das famílias.

Década de 1990: sistema de saúde com foco na atenção primária

Para continuar com a discussão dos eixos, reporta-se agora ao Quadro 2, que trata da década de 1990.

Na década de 1990 tem-se, como um dos destaques no eixo paradigmático, a efetivação da participação da comunidade com o fortalecimento dos conselhos de saúde. Feuerwerker (2005) menciona que um dos pressupostos do MRSB é a participação popular, que

se constitui como ideia-força e diretriz na organização da política de saúde brasileira. A participação popular foi regulamentada por meio da Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90).

De acordo com Escorel e Moreira (2008, p. 1000):

O movimento sanitário desenvolveu um processo de intensa articulação social, política e partidária, conseguindo que a Constituição Federal de 1988. [...] A regulamentação do SUS ficou a cargo de uma lei ordinária, de número 8.080, promulgada em setembro de 1990. Contudo, os artigos que tratavam da participação da comunidade e do financiamento foram vetados pelo presidente Collor, exigindo um novo processo de enfrentamento e articulação, que redundou na lei 8.142, de dezembro de 1990. A lei 8.142, além de praticamente reeditar o artigo sobre a participação da comunidade vetada na lei

Quadro 2. **Fatos históricos na Saúde Pública do Ceará, segundo a tipologia de Andrade (2007) – década de 1990**

Eixo político	Eixo discursivo	Eixo paradigmático
1990 – Primeiras equipes multiprofissionais no município de Fortaleza		1990 – Controle social – Fortalecimento dos conselhos – participação social
1991 – Criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)	1991 – Unificação das residências médicas	
1991 – Criação do Fundo Municipal de Saúde – Icapuí		
1993/1994 – Melhoria dos indicadores de saúde	1993 – Secretário de Saúde de Quixadá apresentou ao Ministério da Saúde o projeto ‘Saúde da Família’	
1993 – Implantação das primeiras Equipes de Saúde em Família em Quixadá	1993 – Criação da Escola de Saúde Pública do Ceará	
1994 – Expansão do PACS	1994 – Pós-graduação em Saúde Pública (Universidade Federal do Ceará e Universidade Estadual do Ceará)	1994 – Reorientação do modelo de atenção – promoção da saúde
1994 – Implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em Beberibe e Iguatu		1995 – informatização da Secretaria de Saúde do Ceará
1996 – Extensão da rede hospitalar para o interior/aumento do número de leitos		
1996 – Fortalecimento das Diretorias Regionais de Saúde		
1998 – Criação do Piso da Atenção Básica	1999 – Residência multiprofissional em saúde da família, em Sobral	

Fonte: Elaboração Própria

8.080, relativo à obrigatoriedade da existência de conselhos municipais [...]. Essa lei regulamentou a participação social no sistema de saúde por meio de duas instâncias colegiadas: as conferências e os conselhos [...].

No Ceará, o Conselho Estadual de Saúde (Cesau)¹, uma das instâncias de participação popular, foi consolidado por meio da Resolução 07/89 da CIS, no dia 1 de março de 1989, com o objetivo de efetivar os mecanismos de participação e controle social do SUS no Estado.

De acordo com Abu-El-Haj, a Secretaria Estadual de Saúde deu apoio ao controle social, estimulando a criação dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) em parceria com o Cesau. O autor afirma que: “o Cesau, enquanto em outros estados, é visto como um adversário pelas secretarias de saúde, no Ceará se transformou num aliado na identificação das demandas sociais” (1999, p. 44).

Pode-se assinalar que muitos destes conselhos municipais, sobretudo em pequenos municípios, foram implantados para atender as exigências da Lei 8.142/90 e do processo de municipalização com repasse ‘fundo a fundo’, que só seria permitido a partir da existência legalizada dos mesmos. A criação dos conselhos municipais de saúde no Estado ocorreu entre 1990 e 1997 (MOREIRA, 2010).

Tendo em vista o histórico de clientelismo arraigado no Estado, percebeu-se a existência de conselhos municipais manipulados pela gestão à base da oferta de emprego a conselheiros, principalmente dos representantes de usuários, segmento mais fragilizado economicamente.

No que concerne ao eixo político, pode-se citar a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) no município de Quixadá durante um governo municipal de orientação socialista, em 1993. Essa experiência, considerada bem-sucedida, teve como fruto a elaboração de uma nova proposta de (re)organização da atenção primária à saúde, sugerida pelo Unicef e apresentada ao Ministério da Saúde pelo secretário municipal de saúde (NEGRI; VIANA, 2002).

Em dezembro de 1993, ocorreu uma reunião em Brasília da qual participaram o Ministro da Saúde, secretários estaduais de saúde, representantes da Unicef e o secretário municipal de saúde de Quixadá, no Ceará, para apresentação do novo modelo de atenção à saúde (NEGRI; VIANA, 2002).

Na mesma perspectiva, Abu-El-Haj (1999, p. 63) afirma que:

[...] a reunião foi realizada a portas fechadas nos dias 27, 28 e 29 de dezembro de 1993, no auditório Emílio Ribas, do Ministério da Saúde. O ministro apoiou a organização dos serviços e, em abril de 1994, lançou o programa, primeiro no país a ser beneficiado por recursos do PSF. O município de Quixadá [...] foi o primeiro no país a ser beneficiado por recursos do PSF. Logo em seguida, os municípios de Beberibe (PFL) e Iguatu (PSDB) receberam recursos para instalar equipes.

No entanto, o autor afirma que a primeira experiência de trabalho em equipes multiprofissionais no Ceará ocorreu no início da gestão municipal de Fortaleza, em 1990. Nesse sentido, foram implantadas equipes na periferia da cidade, sendo compostas por um agente de saúde para cada 200 famílias, um enfermeiro para cada 1.000 e um médico para cada 2.000 (ABU-EL-HAJ, 1999).

A expansão da cobertura do PSF foi rápida: em apenas dois anos, o número de municípios do Estado com equipes funcionando aumentou de três, no início de 1994, para 32, chegando a 150 equipes cadastradas em 1996. As equipes assistiam a 143.570 famílias, beneficiando 617.351 habitantes, correspondendo a uma cobertura de 64% da população das 32 cidades onde havia o programa. No final desta década, 96% dos municípios cearenses aderiram ao PSF, totalizando 785 equipes cadastradas em 177 cidades (CEARÁ, 2002).

No município de Icapuí, em 1991, criou-se um dos primeiros Fundos Municipais de Saúde (FMS) do país, tendo grande repercussão política interna e externa ao município em função da destinação de um

¹A origem do Conselho Estadual de Saúde no Ceará remonta a 1961 regulamentado pelo art. 3º, inciso VII, da lei 5.427 de 27 de junho do mesmo ano.

percentual dos recursos municipais especificamente para a saúde. A secretaria de saúde do município, que desde sua criação foi dirigida por sanitaristas, passou a ser gerida com mais autonomia da área técnica, que buscava cumprir os princípios constitucionais. O FMS era constituído principalmente por recursos provenientes do Governo Federal e Municipal, tendo como coordenador o secretário municipal de saúde (ANDRADE, 1992).

A partir de então, vários outros Fundos Municipais foram implantados no Estado representando um aumento na transparência da aplicação dos recursos públicos.

No eixo discursivo, é importante assinalar alguns acontecimentos na área do ensino no início da década de 1990, como a criação do programa de pós-graduação do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará (UFC), que, em 1994, iniciou o Mestrado em Saúde Pública, com área de concentração em epidemiologia. Em 1999, a área de concentração passou a ser a saúde coletiva, tendo como linhas de pesquisa: epidemiologia das doenças transmissíveis e não-transmissíveis; produção, ambiente, cultura e saúde; e políticas, gestão e avaliação em saúde. O Mestrado contava com aproximadamente 20 professores, mestres e doutores.

O Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará (UECE), foi aprovado em 1993 e iniciou a primeira turma em 1994 com a área de concentração em Políticas e Serviços de Saúde. Esse programa objetivava desde o seu princípio formar mestres aptos a desenvolver ensino, pesquisa e prestação de serviços no campo de referência, por meio da formação de consciência crítica do processo saúde-doença (UECE, 2011).

Ainda em relação ao ensino na década de 1990, é importante salientar a criação da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP), em 1993, no intuito de atender à demanda da lei 8.080/90, na qual o SUS é responsável pela formação de recursos humanos. A ESP teve como foco desde o seu princípio na pós-graduação *lato sensu* educação continuada de profissionais já inseridos no sistema de saúde.

Em sintonia com o processo de municipalização que ocorria no Estado na década de 1990, a Escola

apontava, em suas diretrizes, a formação de profissionais em Sistemas Locais de Saúde (SILOS) e o aprimoramento da administração do SUS no Ceará (CEARÁ, 2002).

Considerações finais

A tipologia proposta por Andrade (2007) ajudou a compreender fatos históricos que marcaram a implantação do SUS no Ceará.

Na década de 1980, o discurso que foi produzido pelo Movimento da Reforma Sanitária ganhou repercussões no campo das políticas públicas, possibilitando arranjos institucionais que desembocaram na unificação dos serviços públicos de saúde, por meio do SUDS e na incorporação do Programa Agentes de Saúde como política estadual. No início da década, houve predominância do eixo discursivo e, a partir de 1987, fortalecimento do político.

Na década de 1990, houve a extensão de cobertura por meio do PACS e PSF, configurando uma ampliação das ações estatais, que refletiram em melhoria dos indicadores de saúde da criança. Destaca-se também o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e as iniciativas no campo da educação para profissionais de saúde, tendo como fato principal a criação da Escola de Saúde Pública do Ceará.

Neste momento, compreende-se que a via institucional foi, no Ceará, uma experiência válida na medida em que gerou transformação nos saberes e nas práticas de saúde, tais como: a extensão da cobertura dos serviços de atenção primária e secundária de saúde e a participação popular. A implantação do SUS no Estado contrastou com o cenário de pobreza, as adversidades climáticas e geográficas, além de um governo historicamente centralizador e autoritário.

As mudanças perpassam os eixos político e discursivo, provocando uma 'tensão paradigmática' no modelo biomédico, ainda hoje hegemônico, principalmente pelo esforço dos sanitaristas de ocuparem o aparelho de Estado e, a partir dele, implantarem políticas públicas de saúde. Outro fator contribuinte foi o alinhamento estratégico entre o grupo político empresarial liberal e o movimento sanitário cearense, apesar de suas distintas correntes ideológicas. ■

Referências

- AROUCA, A. S. *O Dilema Preventivista*. Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Tese (Doutoramento) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1975. 197 p.
- ABU-EL-HAJ, J. *A mobilização do capital social no Brasil: o caso da reforma sanitária no ceará*. São Paulo: Annablume, 1999.
- ANDRADE, F. M. O. *O Programa de Saúde da Família no Ceará*. Fortaleza: Expressão Gráfica e editorial Ltda, 1998.
- ANDRADE L. O. M. Onze mil noites de construção da reforma sanitária brasileira: proposta de uma nova tipologia de análise. In: ANDRADE, L. O.; BARRETO, I. *SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais*. São Paulo: Editora Hucitec, 2007, p. 1127-1141.
- ANDRADE, L. O. M.; GOYA, N. *Sistemas locais de saúde em municípios de pequeno porte*. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 1992.
- BARBIER, R. *A pesquisa-ação*. Brasília: Editora Plano, 2002.
- BARBOSA, J. P. A. *História da saúde pública no Ceará: da colônia a Vargas*. Fortaleza: Edições UFC, 1994. 148 p.
- CEARÁ. *A saúde no Ceará em grandes números: uma avaliação da situação de saúde e das ações implementares pelo sistema público estadual 1995 – 2002*. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2002.
- _____. *Lei n.º 5427*, de 27 de junho de 1961. Cria o conselho Estadual de Saúde no Ceará.
- COHN, A. Reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 27, p. 1614-1616, jul., 2009.
- DÂMASO, R. *Saber y praxis en la reforma sanitaria: en el movimiento sanitario*. In: TEIXEIRA, S. F. (Org). *La Reforma sanitaria: en busca de una teoria*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 1990.
- SCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: origens e articulações do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 19-30.
- SCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação Social. In: SCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 979-1010.
- FARIAS, A. *História do Ceará*. Fortaleza: Edições Livro Técnico, 2009.
- FEUERWERKER, L. Modelos tecnicoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005.
- GIRÃO, R.; FILHO, A. M. *O Ceará*. 3. ed. Fortaleza: Instituto do Ceará, 1995.
- JAPIASSÚ, H. *Introdução ao pensamento epistemológico*. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1992.
- LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. *Physis*, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.
- MERHY, E. E. A Perda da Dimensão Cuidadora na Produção da Saúde. Uma Discussão do Modelo Assistencial e da Intervenção no seu Modo de Trabalhar a Assistência. In: _____. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o Público*. São Paulo: Xamã, 1998.
- MONTEIRO, F. da C. D. *O instituto de medicina preventiva (IMEP): uma história do ensino da medicina preventiva na Universidade Federal do Ceará*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, 1997.
- MOREIRA, A. E. M. M. *Avaliação dos processos decisórios das conferências de saúde do Ceará*. Fortaleza: Mimeo, 2010.
- NEGRI, B.; VIANA, A. L. A. (Org.) *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime, Cealag, 2002.
- PAIM, J.S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EdUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- PAIM, J.S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C. BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, v. 377, n. 9779, maio, 2011, p. 1719-1806.
- SILVA, A. C. *Viva criança: os caminhos da sobrevivência infantil no Ceará*. Fortaleza: Edições Fundação Demócrito Rocha, 1999.
- TENDLER, J. *Bom governo nos trópicos – Uma visão crítica*. Rio de Janeiro: Revan; Brasília, DF: ENAP, 1998.
- UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ. *Programa de mestrado acad CEARÁica no movimento* – UECE. Disponível em: <<http://www.uece.br/cmasp/index.php/coneca-o-programa>>. Acesso em 20 jul 2011.
-
- Recebido para publicação: julho de 2011
Versão definitiva em: agosto de 2011
Conflito de interesses: Inexistente
Suporte financeiro: Não houve

A violência de gênero na concepção dos profissionais de saúde da Atenção Básica

The violence of gender from the standpoint of health professionals of Basic Attention

Luana Rodrigues de Almeida¹, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva², Cesar Cavalcanti da Silva³, Jackeline Abílio de Sousa⁴, Kerle Dayana Tavares de Lucena⁵

¹ Mestranda em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).
luanaralmeida@hotmail.com

² Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP); Professora do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria (CCS/UFPB); Professora do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde do Centro de Ciências Exatas e da Natureza (CCEN) da UFPB; Professora do Doutorado Interinstitucional (Dinter) entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) e a UFPB.
anatmc8@yahoo.com.br

³ Doutor em Enfermagem pela USP; Coordenador Operacional no Nordeste do Programa de Doutorado Interinstitucional (Dinter) entre a ENSP/FIOCRUZ e UFPB (Instituição Receptora) além da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL) e Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) (Instituições Associadas).
profccs@yahoo.com.br

⁴ Mestranda em Modelos de Decisão e Saúde pela UFPB.
jackelineabilio@hotmail.com

⁵ Mestre em Modelos de Decisão e Saúde pela UFPB; Professora da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB).
kerledayana@hotmail.com

RESUMO Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, com a finalidade de identificar e analisar as concepções que norteiam as práticas dos profissionais de uma equipe de Saúde da Família, em João Pessoa (PB), acerca da violência de gênero. O material empírico foi produzido por meio de entrevistas com profissionais, cujos discursos foram analisados segundo a proposta de Fiorin. Evidenciou-se a invisibilidade da violência como um problema de saúde no serviço, o que pode contribuir para o desenvolvimento de práticas profissionais sem potencial para a emancipação de gênero. Ressaltamos a necessidade de mudanças e reorientação dos processos de trabalho na atenção à mulher em situação de violência.

PALAVRAS-CHAVE: Violência contra a mulher; Gênero; Processos de trabalho em saúde.

ABSTRACT *This is a descriptive qualitative study in order to identify and analyze the concepts that guide the practices of a team of Family Health, in João Pessoa (PB), about gender violence. The empirical material was produced through interviews with professionals, whose speeches were analyzed according to the proposed by Fiorin. It was evidenced the invisibility of violence as a health problem in the service, which may contribute to the development of professional practices with no potential for gender emancipation. We emphasize the need for change and reorientation of work processes in attention to women in situations of violence.*

KEYWORDS: *Violence against women; Gender; Work processes health.*

Introdução

A violência e suas repercussões vêm sendo amplamente discutidas no âmbito da saúde nesta última década, sendo consideradas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como atos que resultam em danos à saúde de suas vítimas (OMS, 2002).

Dentre os tipos de violência, aquela praticada contra a mulher por parceiros assume um enfoque diferenciado visto que o agressor é alguém que compartilha com a vítima relações íntimas e familiares, e é o ambiente doméstico o local da sua execução.

A conceituação da violência contra a mulher vem evoluindo desde os anos de 1950, de acordo com o tipo de agressor, o local onde ocorre e as relações que permeiam o evento. Na metade do século XX, o fenômeno foi designado como violência intrafamiliar, considerando um amplo leque de possíveis agressores, ligados por vínculos familiares. Vinte anos após, diante da relevância dos casos de violência física, sexual e psicológica praticada por parceiros íntimos, a violência passou a ser nomeada como violência contra a mulher. Nos anos de 1980, foi denominada como violência doméstica, trazendo para o domicílio e para a vida social toda a trama de eventos violentos, sendo percebida muitas vezes como algo normal. Por fim, na década de 90, também no século XX, os estudos passam a tratar as relações de poder entre os sexos, em que a mulher, em qualquer faixa etária, é submetida e subjugada, passando assim a ser usado o termo violência de gênero (BRASIL, 2010). Portanto, nos referimos à violência de gênero como aquela que considera a existência de relações desiguais de poder nos diversos cenários sociais, porém é na família e nos serviços de saúde que essas ficam mais evidentes.

Paralelamente a esse processo do reconhecimento da violência contra a mulher, ocorre a inclusão do assunto nos interesses, nas estratégias e na agenda internacional do campo da Saúde. Antes exclusivamente um assunto jurídico e policial, a violência de gênero também adentrou os campos dos Direitos Humanos e do Desenvolvimento Social.

No Brasil, o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) proporcionou novas concepções do processo saúde-doença, incluindo seu caráter social. Essa nova

concepção social da saúde permitiu que problemas como a violência de gênero passasse a ser tema de estudo e intervenção na área a partir de 1990. Nesse contexto, o conceito de gênero se consolidava internacionalmente como questão de direitos humanos muito embora a violência contra a mulher tenha ganhado crescente atenção desde a década de 1970.

A nova abordagem social do processo saúde-doença da mulher, fruto da incorporação da abordagem de gênero na saúde coletiva, requer um enfoque diferenciado à saúde da mulher na Atenção Básica, considerando o impacto da violência doméstica na saúde de suas vítimas.

Participantes de um estudo intitulado ‘O significado do impacto da violência doméstica na saúde-saúde mental de mulheres Estado da Paraíba’ (SOUZA; SILVA, 2008, 2009) relacionam variada sintomatologia como consequência direta da violência em sua saúde: hipertensão arterial, doenças cardíacas, transtornos da ansiedade, distúrbios do sono e alimentação, depressão, *stress*, acidente vascular encefálico, paralisia facial e comprometimentos da sexualidade. O estudo identificou ainda que a vida social de algumas participantes foi significativamente comprometida pelos traumas gerados pela violência experimentada.

Diante desses agravos, segundo D’Oliveira *et al.* (2009), as mulheres em situação de violência recorrem aos serviços públicos de saúde com uma diferente necessidade de saúde, somente recentemente reconhecida. Suas principais queixas referem-se a distúrbios e patologias físicas e mentais, e quando utilizam os serviços de atenção primária o fazem em decorrência de sofrimentos pouco específicos, referentes a doenças crônicas, agravos à saúde reprodutiva e sexual ou transtornos mentais. Contraditoriamente, essas mulheres recorrem com menos intensidade aos serviços de ações preventivas.

Semelhantemente, Porto (2006) afirma que as mulheres que sofrem violência procuram mais os serviços de saúde, entretanto, apesar de frequente, a busca pelos serviços da Atenção Básica ainda é pouco resolutive, pois os profissionais ainda não identificam e/ou registram a violência nos prontuários como parte da rotina do atendimento, realizando encaminhamentos automáticos e não efetivos, o que demonstra a falta de habilidade e competência para lidar com a situação.

O despreparo dos profissionais da saúde, o desinteresse, a falta de tempo para escutar o paciente durante os atendimentos, a ênfase na lesão e no dano físico, aliados a uma cultura de não intervir em assuntos tidos como restritos ao casal, são tidos como prováveis circunstâncias que causam a não identificação dos casos de violência doméstica no serviço de saúde (GARBIN *et al.*, 2006).

Tais fatores, conforme afirma Guedes (2006), configuram-se como obstáculos e desafios para a plena consecução das políticas e desenvolvimento das práticas assistenciais nos serviços, pois impedem a efetivação da assistência integral e resolutiva a essas mulheres. Disso decorre também a importância de que a violência em si seja valorizada, não apenas a lesão e o dano físico, para descaracterizar a assistência baseada no modelo 'hegemônico, biologicista e cartesiano'.

A não prestação de uma assistência integral e efetiva, segundo Guedes, Silva e Fonseca (2009, p. 626), seria também "a influência das identidades de gênero, impregnadas de estereótipos que designam, para as mulheres, a submissão". Essas identidades podem ser percebidas não apenas nas suas vítimas, que não assumem a violência sofrida, mas também nos profissionais do serviço que negligenciam a situação pela naturalização da opressão feminina na sociedade.

Diante dessa problemática, constatamos que decorridos oito anos do relatório da OMS sobre violência e saúde, o impacto da violência na saúde de mulheres vitimizadas já é do conhecimento dos profissionais de saúde pela magnitude e relevância do problema, entretanto a grande parte deles ainda tem dificuldades em identificar e cuidar das mulheres que vivenciam o fenômeno.

Desvelar a violência no interior dos serviços de saúde é, portanto, fundamental para que a situação possa ser compreendida em seu todo médico e social, e possam ser oferecidas práticas assistenciais adequadas e intersetoriais, como uma das qualidades de um cuidado integral (D'OLIVEIRA *et al.*, 2009).

O trabalho está subordinado às visões de mundo dos sujeitos que o realizam, influenciando a escolha dos conteúdos, a produção e a aplicação, e dos saberes no cotidiano das práticas profissionais. Assim, o trabalho que qualificará uma atenção efetiva às vítimas da violência

de gênero deve superar saberes e práticas tradicionais que priorizam os princípios do modelo biomédico, com ênfase no tratamento de lesões, negligenciando o sofrimento mental, moral e social das mulheres em situação de violência.

No sentido de uma mudança transformadora da assistência na Atenção Básica para essas mulheres, identificamos a necessidade de investigar as concepções sobre a abordagem de gênero que orientam as práticas profissionais dos processos de trabalho na Atenção Básica por ocasião do atendimento a mulheres vítimas de violência de gênero, quando elas recorrem aos cuidados daquela equipe, visto que o cuidado integral e resolutivo só ocorrerá por meio de um trabalho voltado para a emancipação das mulheres da opressão de gênero, porque as fortalece enquanto sujeitos sociais.

Procedimentos metodológicos

Trata-se do desdobramento do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado 'Atenção a mulheres vítimas de violência doméstica: o trabalho das práticas profissionais na Atenção Básica'.

Por meio da abordagem qualitativa, buscou-se apreender o significado cultural e ideológico da violência de gênero para os profissionais de uma Equipe de Saúde da Família, arguindo-os sobre as concepções que orientam o processo de trabalho na atenção dispensada a mulheres vítimas de violência doméstica.

O cenário de estudo foi uma Estratégia de Saúde da Família, ESF Riacho Doce, localizada em João Pessoa (PB), que tem cadastrada cerca de 900 famílias. A escolha desse cenário deve-se a sua condição de mecanismo para reorientação do modelo assistencial em saúde, de que decorre a importância de se investigar os saberes que orientam as práticas profissionais na atenção à mulher em situação de violência doméstica na nova perspectiva paradigmática.

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais da ESF, local do estudo. A equipe é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de consultório dentário (ACD), sete agentes comunitários de saúde (ACSs) e uma marcadora de consultas. Tais profissionais foram

entrevistados ao longo de um mês, a partir de um roteiro de entrevistas semiestruturado.

Utilizamos como fonte do material empírico os depoimentos dos profissionais da unidade acerca de suas concepções (saberes) a respeito da violência doméstica e a assistência prestada a mulheres que procuram o serviço vítimas desse tipo de violência, no sentido de investigar a assistência prestada de acordo com os seus discursos.

Os depoimentos foram gravados e imediatamente transcritos em sua íntegra e analisados pela técnica de análise de discurso proposta por Fiorin e Saviolli (1999).

Após leituras dos textos, obtidos com as entrevistas, foi feito o recorte de trechos cujos temas abordados orientaram a construção de categorias, considerando o objeto e o objetivo desse estudo: 1) a gênese da violência contra a mulher: problemas socioeconômicos e crise das relações de gênero; 2) a abstração da responsabilização pela desigualdade de gênero; 3) a fragilização do sexo feminino.

Esse estudo atendeu à Resolução nº 196/96 do CNS/MS que dispõe e regulamenta a ética da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, sob protocolo de número 435/09, iniciamos a investigação na Unidade de Saúde, cenário de estudo.

Análise e discussão dos dados

A gênese da violência contra a mulher: problemas socioeconômicos e crise das relações de gênero

Pressupomos que a importância de investigar as concepções sobre a violência de gênero, que se expressam nos discursos dos profissionais, decorre do fato de que tais concepções informam os conceitos e veiculam as posições sociais que norteiam as práticas profissionais, constituindo assim um dos instrumentos do processo de trabalho.

Nesse contexto, arguimos os profissionais entrevistados sobre seus entendimentos a respeito da violência contra a mulher e a compreensão do fenômeno. Entre

as respostas, a condição socioeconômica foi indicada por grande parte dos entrevistados como o principal motivo que leva ao acontecimento desse tipo de violência. Para esses sujeitos, a submissão a tais situações decorre, dentre outros fatores, da dependência econômica da mulher para sustentar a si própria e aos seus filhos, como referido no depoimento do sexto entrevistado:

Uma mulher que se sujeita a violência, tem muitas coisas por trás disso, ela já é muito dependente do marido, não consegue sustentar os filhos dela sozinha. (E 6).

Em pesquisa realizada por Kiss (2008), os profissionais de saúde também atribuíram às causas sociais o motivo da incidência da violência doméstica contra a mulher: o acesso precário à educação, o desemprego generalizado, o uso abusivo de álcool e drogas, os quais remetem à pobreza ou baixa escolarização.

Para Garbin *et al.* (2006), ao citar Langley e Levy (1980), as causas para a violência doméstica podem ser divididas em nove categorias: doença mental, álcool e drogas, aceitação da violência por parte do público, falta de comunicação, sexo, uma autoimagem vulnerável, frustração e mudanças. Nesses casos, a violência é vista pelos agressores como um recurso para resolver tais problemas.

Tal constatação também foi observada nos resultados de uma pesquisa intitulada ‘Incidência, prevalência e frequência da violência doméstica na saúde-saúde mental de mulheres no estado da Paraíba’, cujos dados revelaram que mais da metade das mulheres que denunciam a violência sofrida nas Delegacias da Mulher dos municípios estudados exerce atividades domésticas ou subempregos com baixa remuneração, o que evidencia a prevalência de uma condição financeira precária e, em muitos casos, dependência total da contribuição do companheiro para suprir as despesas domésticas. (LUCENA; SILVA, 2007; ALMEIDA; SILVA 2008, 2009, 2010).

O depoimento seguinte também expressa a questão econômica como forte fator causador desse fenômeno: “Ela se sujeita muito mais a uma violência doméstica [...] por ela ser dependente moralmente e economicamente”. (E 3).

Sobre o tema em pauta, Araújo (2008) afirma que o trabalho remunerado potencialmente aumenta a margem de poder e negociação da mulher dentro da relação (ou da família), mas ela nem sempre faz uso desse poder. A referência de E 3 à 'dependência moral' pode ser elucidativa para a importância do significado cultural que a desigualdade de gênero representa, parecendo suplantar a dependência econômica, pois, ainda segundo Araújo (2008), embora ganhado mais do que seus cônjuges e mantendo a sua casa, muitas mulheres continuam vítimas dos mais diferentes abusos físicos, psicológicos e/ou sexuais.

O uso de drogas ilícitas e do álcool, além do ciúme e do próprio caráter do agressor, também foram referidos como fatores contribuintes para o desencadeamento de episódios violentos no interior da vida conjugal. No relato que se segue, essa ideia se expressa:

A bebida, o ciúme, às vezes ser ruim mesmo, é da índole mesmo do ser humano, acha que só vai ficar bem se espancar aquela mulher, às vezes a própria condição financeira leva a isso. (E 11).

Ratificando as afirmações supracitadas, Araújo (2008) defende a existência de outros motivos importantes, causadores da violência, além dos problemas financeiros. Em 69% dos casos a violência decorre de discussões motivadas por ciúme, ameaça de separação e questões relacionadas aos filhos. O alcoolismo e o distúrbio mental também aparecem como motivos, embora em menor incidência. Apesar dessas considerações, de acordo com a autora referida, o fator realmente preponderante é a desigualdade da relação de poder existente entre os sexos, que produz a desigualdade de gênero.

Também se contrapondo a essa concepção da gênese socioeconômica da violência, Garbin *et al.* (2006) defende o fato de que a violência não é decorrente das condições sociais ou das privações dos sentidos, mas que na verdade esses fatores atuam como condições precipitantes para a sua revelação.

Nesse mesmo sentido, Schraiber *et al.* (2005) defendem a ideia de que tais contextos, como abuso de álcool e drogas, problemas financeiros, ciúmes excessivo e características pessoais do agressor, não são motivos

causadores da violência, mas sim potencializadores de situações violentas, ao contrário do que pensam muitas pessoas que buscam explicar e definir um perfil permanente de ocasiões e de homens que agridem suas parceiras, quando o que ocorre de fato é a eclosão da tensão existente no lar decorrente de uma instabilidade nas relações interpessoais entre o casal.

O conflito na relação entre o casal assume uma configuração de 'crise das relações de gênero' em que a violência é utilizada na tentativa de restaurar antigas posições sociais perdidas com a emancipação feminina. Essa mudança social traz experiências novas e difíceis de serem vividas pelo homem. Toda essa tensão decorre do processo de "construção dinâmica do ser homem ou mulher", ou seja, "o que se pretende ser/viver e o que está se realizando pode gerar situações de conflito nas relações entre homens e mulheres" e culminar em violência (SCHRAIBER *et al.*, 2005, p. 17; 69).

Entretanto, os profissionais entrevistados não pactuam com o entendimento supracitado, atribuindo às causas sociais e econômicas o motivo da incidência da violência contra a mulher. Tal fato dificulta a percepção do problema e, por conseguinte, seu enfrentamento no serviço.

A abstração da responsabilização pela desigualdade de gênero

Os profissionais de saúde atribuem às questões sociais e econômicas as causas para a violência e por isso fazem alusão a soluções remetidas a aspectos sociais e culturais, excluindo as responsabilidades do campo da prática profissional e aludindo a esferas governamentais mais abstratas. A responsabilização das autoridades e gestores mais distantes é, portanto, um dos temas mais presentes nos depoimentos dos entrevistados:

A violência é evitável quando as autoridades entenderem que é preciso tomar providências cabíveis em todos os sentidos. (E 5).

A violência é um fenômeno social e sua existência deve ter o reconhecimento da sociedade e ser de interesse público para a sua resolução. Por esse motivo, compreendemos a necessidade de políticas públicas de saúde da

mulher na perspectiva de gênero e ressaltamos a importância do envolvimento dos gestores nesse sentido, visto que intervenções nessa área correspondem a atividades do âmbito governamental e de gestão. Contudo, é na ponta, nos serviços públicos de saúde, que essa intenção se realiza como prática profissional.

Portanto, para a efetivação de um trabalho em saúde com potencial emancipatório da opressão de gênero, além do aspecto técnico, o profissional precisa ter uma formação de caráter político, o que implica um posicionamento sobre as questões de gênero. A mera responsabilização de poderes abstratos pode eximi-lo da responsabilidade de atuar buscando transformação naquela realidade, que, de fato, como serviço público de saúde, é a última instância para a efetivação da intenção das políticas, ou seja, é o lugar de sua concretização, mas, contraditoriamente, o profissional, talvez para não se sentir individualmente responsabilizado, remete o interlocutor a um nível de abstração mais distante de si.

O posicionamento político e o conhecimento aprofundado nas questões de gênero correspondem a um dos eixos do instrumento de trabalho. Paro *apud* Silva (2003) afirma que, além dos instrumentos materiais, o ser humano faz uso dos recursos conceptuais que correspondem aos conhecimentos, saberes e técnicas que ele acumulou historicamente e que aplica como instrumento na racionalização do trabalho. Assim, o saber instrumental e o saber político orientam os processos de trabalho, razão pela qual destacamos a importância da adequação desse saber à finalidade do trabalho pretendida.

A fragilização do sexo feminino

Apesar da multicausalidade atribuída à violência, os depoimentos e a literatura sobre o assunto afirmam que a mulher sucumbe à violência de gênero não só por uma dependência econômica, mas principalmente por uma dependência 'moral' e afetiva, que nos remete à construção de uma dominação simbólica. Essa categoria social, além de definir formas de comportamentos masculinos e femininos, é, contraditoriamente, explicada com base em argumentos da esfera da área biológica, fazendo com que se manifestem estruturas mentais que incorporam subjetivamente imagens comportamentais, de modo que o homem é 'naturalmente' forte e dominador, e a mulher é 'naturalmente' frágil e submissa.

Essa ideia da desigualdade entre os gêneros e a manifestação do poder masculino na forma de violência também é identificada pelos entrevistados como uma das causas da violência doméstica contra a mulher. Apesar de discursos contraditórios em que ora se responsabilizava a mulher pela violência sofrida, ora se culpava o contexto social e as autoridades, a questão de gênero, embora não definida, não deixou de ser destacada.

A desigualdade entre os gêneros foi mencionada em alguns depoimentos confundida com a desigualdade entre os sexos, sendo, nesses relatos, apenas a questão biológica referida como causadora da disparidade que permitia a violência.

A mulher por si só, ela é um sexo frágil. Ela de acordo com o físico dela é mais frágil que um homem. (E 7).

Para o senso comum, a violência está naturalmente associada ao sexo masculino por questões genéticas ou hormonais capazes de conferir maior agressividade aos homens. Essa diferença favorece a compreensão de uma supremacia da força física do homem sobre a mulher como tema frequente quando tratamos de violência.

Schraiber *et al.* (2005) afirmam que essa confusão entre ter força física e ser violento simplifica e dificulta qualquer forma de intervenção, pois tratar-se de uma explicação 'naturalizadora', ou seja, relacionar força com violência desconsidera a violência como criação sociocultural, naturalizando esse fenômeno, uma vez que atribui a ele causas naturais e, portanto, aceitáveis. Com isso, a mulher deve 'aceitar' e entender como natural essa característica masculina de força, logo de agressividade e violência, e nesse sentido evitar tensões que possam gerar conflitos e situações de violência visto que ela é um ser em desvantagem nessa relação, como afirma o depoimento a seguir:

Eu acho que é uma covardia, porque o homem naturalmente sabe que ele é mais forte do que a mulher. A mulher vai sempre estar em desvantagem em relação ao homem. (E 11).

Por sua vez, outros depoimentos evidenciaram a presença da desigualdade entre os gêneros, considerando a violência como a manifestação de relações de poder entre homens e mulheres, nas quais o homem detém a força e a dominação, e a mulher submete-se a tal situação originada em tempos passados e perpetuada ao longo dos anos por uma cultura machista que influencia a sociedade e instituições como igrejas, escolas, entre outras.

Mas desde que mundo é mundo, vem passando de pai pra filho, que quem manda é o homem... cada dia pior. (E 6).

A submissão feminina é algo historicamente construído e legitimado pela sociedade e suas instituições, o que naturaliza essa opressão, fazendo com que a violência de tão incidente passe a ser vista como algo comum, natural.

Machado (2003) faz um relato das posições femininas evidenciando a evolução da submissão feminina de acordo com o momento histórico. A autora destaca a predominância da figura da mulher ligada à natureza, à contingência biológica, enquanto o homem tem sua imagem e vida voltadas à vida pública e aos saberes técnicos e culturais. Para essa autora, a subserviência da mulher foi, em todos os momentos históricos, respaldada pela religião, filosofia e teologia – instituições –, tanto no mundo antigo como no moderno, estruturando-se e propagando-se mitos, superstições e preconceitos capazes de reduzir as mulheres à passividade e submissão.

Para Chauí (2006), a construção ideológica da natureza frágil e submissa da mulher e sua permanência ao longo da história fizeram com que a mulher fosse sempre ligada ao mundo biológico da procriação e da sensibilidade, e mesmo os avanços do mundo moderno não foram capazes de desconstruir esse ideário machista incorporado por toda a sociedade em todos os tempos.

Nesse enfoque, a violência concretiza-se diante de uma relação ‘naturalmente’ desigual, compreendida apenas como polos de poderes antagônicos: de um lado a parte sensível, submissa e frágil; do outro, o homem, biologicamente favorecido pela força que lhe permite a dominação, pensamento mantido ainda na atualidade apesar das mudanças sociais, na cultura e no direito.

Conclusão

Ao questionarmos profissionais de um Serviço de Atenção Básica sobre a violência contra a mulher e a assistência prestada a essas mulheres, conseguimos visualizar discursos que veiculam as posições sociais nos conteúdos que constituem as concepções que norteiam o trabalho das práticas profissionais em saúde na atenção à mulher em situação de violência.

As causas para a invisibilidade da violência nos serviços puderam ser identificadas nos depoimentos dos profissionais a respeito das suas concepções sobre a violência contra a mulher. O entendimento de que a violência refere-se a problemas socioeconômicos remeteu a um discurso de ‘desresponsabilização’ pelo problema. Os profissionais de saúde entrevistados consideram que as intervenções necessárias são de responsabilidade dos gestores, que elaboram e executam as políticas públicas de saúde e, portanto, detêm as condições para intervir e solucionar o problema.

O tangenciamento dos profissionais ao atribuir ao âmbito governamental a responsabilidade de enfrentamento do fenômeno leva-nos a defender o argumento de que a elaboração e a execução de políticas públicas são, de fato, atividades da esfera governamental; contudo, uma vez que os serviços públicos de saúde são parte do âmbito governamental, é exatamente nessa instância que as políticas devem se realizar. Disso decorre a importância da atuação profissional da equipe de saúde nessa instância, pois é na ponta, nos serviços públicos de saúde, que as políticas públicas se concretizam em ações, a partir da prática profissional, por meio dos processos de trabalho emancipatórios ou conservadores.

Portanto, para um trabalho em saúde da mulher com potencial emancipatório da opressão de gênero, além do aspecto técnico, o profissional precisa ter também uma formação de caráter político. Isso implica um posicionamento sobre as questões de gênero e não apenas o trabalho técnico no enfoque biomédico e/ou a mera responsabilização de poderes abstratos, o que no momento os exime da responsabilidade de atuar e buscar transformação na realidade imediata, mais concreta.

A violência contra a mulher precisa ser entendida no serviço como uma construção de relações sociais que

resultou na desigualdade de gênero, categoria que tem potencial para aniquilar a vida de suas vítimas e, portanto, se situa como uma necessidade em saúde dentro do serviço, não só diante da confissão de casos ou presença de danos físicos evidentes, mas na presença de qualquer manifestação de poder e domínio do homem sobre a mulher, o que sugere relações violentas no interior das relações conjugais daquelas mulheres.

O enfrentamento da violência de gênero no interior dos serviços requer também o desenvolvimento de um agir ético com escuta qualificada e orientações em saúde,

o estabelecimento do vínculo e da responsabilização, a valorização do processo saúde-doença na sua interface social, privilegiando não apenas o adoecimento, mas o contexto de vida das mulheres em situação de violência de gênero. Portanto, a atenção à saúde da mulher por meio de um trabalho profissional com potencial emancipatório da opressão de gênero pressupõe a capacitação dos profissionais para viabilizar o empoderamento de mulheres que buscam os cuidados daqueles profissionais, pois essa atividade profissional implica um conhecimento mais aprofundado da complexidade que envolve o fenômeno. ■

Referências

- ALMEIDA, L. R.; SILVA, A. T. M. C. *Incidência, prevalência e frequência da violência doméstica na saúde-saúde mental de mulheres no Estado da Paraíba*. Relatório final [PIBIC-CNPq]. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008-2010.
- ARAÚJO, M. F. Gênero e violência contra a mulher: o perigoso jogo de poder e dominação. *Psicologia para a América Latina*. Disponível em: <http://pepsic.bvs.psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 mai 2010.
- BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 24 de novembro de 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, 10 de outubro de 1996.
- _____. Ministério da Saúde. O que é a violência contra a mulher? *Portal Saúde*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33903>. Acesso em: 30 abr 2010.
- CHAUÍ, M. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. São Paulo: Moderna, 2006.
- D'OLIVEIRA, A. F. P. L. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, 2009, p. 1037-1050. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 abr 2010.
- FIORIN, J. L.; SAVIOLLI, F. P. *Para entender o texto: leitura e redação*. 15. ed. São Paulo: Ática, 1999.
- GARBIN, C. A. S. et al. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 22, n.12, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006001200007&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 abr 2010.
- GUEDES, R. N. *Violência conjugal: Problematizando a opressão das mulheres vitimizadas sob o olhar de gênero*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.
- GUEDES, R. N.; SILVA, A. T. M. C.; FONSECA, R. M. G. S. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v.13, n. 3, 2009, p. 625-631.
- KISS, L. B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. Abrasco. n. 50, 2008. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2407>. Acesso em: 05 mai 2010.
- LUCENA, K. D. T.; SILVA, A. T. M. C. *Incidência, prevalência e frequência da violência doméstica na saúde-saúde mental de mulheres no Estado da Paraíba*. Relatório final [PIBIC-CNPq]. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.
- MACHADO, O. M. Mulheres: códigos legais e códigos sociais – o papel dos direitos e os direitos do papel. In: HESKETH M.A.I. *Cidadania da mulher: uma questão de justiça*. Brasília: OAB Editora, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório mundial sobre violência e saúde*, Genebra, 2002.
- PORTO, M. Violência contra a mulher e atendimento psicológico: o que pensam os/as gestores/as municipais do SUS. *Psicologia: Ciência*

e Profissão, Brasília, v.26, n.3, 2006, p. 426-439. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 abr 2010.

SCHRAIBER, L. B. et al. *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo: UNESP, 2005, 183 p.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Comunicação, Saúde, Educação*, v.3, n.5, 1999, p. 11-26.

SILVA, A. T. M. C. *A reforma psiquiátrica em João Pessoa-PB: limites e possibilidades de transformação do trabalho para produzir*

saúde mental. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SOUZA, J. A.; SILVA, A. T. M. C. *O significado do impacto da violência doméstica na saúde-saúde mental de mulheres Estado da Paraíba*. Relatório final [PIBIC-CNPq]. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008, 2009.

Recebido para publicação em Dezembro/2010

Versão definitiva em Junho/2011

Conflito de interesse: Inexistente

Suporte financeiro: CAPES

Mulheres hipertensas com complicações associadas cadastradas no Hiperdia: aspectos sociodemográficos e clínico-epidemiológicos

Hypertensive women with complications associated registered in Hiperdia: socio-demographic, clinical and epidemiological aspects

Vanessa Barreto Bastos Menezes¹, Thereza Maria Magalhães Moreira²

¹ Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).
nessabbastos@yahoo.com.br

² Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC);
Professora da UECE.
tmmoreira@yahoo.com

RESUMO O acúmulo de responsabilidades femininas representa uma facilidade ao tardio cuidado com a saúde e favorece o surgimento de hipertensão e complicações associadas. Diante disso, objetivou-se caracterizar as mulheres hipertensas e com complicações associadas quanto aos aspectos sociodemográficos e clínico-epidemiológicos. Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa, documental e transversal, realizada com 814 fichas de cadastro do Hiperdia. Percebeu-se frequência significativa de fatores de risco modificáveis. Sugere-se que esses fatores sejam mais bem abordados e com mais frequência pela Estratégia de Saúde da Família no sentido de prevenir novos agravos e complicações.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão; Mulheres; Atenção primária à saúde.

ABSTRACT *Women's responsibility accumulation makes easy the late health care and collaborates to the emergence of hypertension and associated complications. Given this, it was aimed to characterize the hypertensive women and with complications associated with regard to their socio-demographic, clinical and epidemiological aspects. This is a quantitative research, documentary and cross, made with 814 sheets of Hiperdia register. We noticed a significant incidence of modifiable risk factors. It is suggested that these factors are more and better addressed by the Family Health Strategy to prevent new injuries and complications.*

KEYWORDS: *Hypertension; Women; Primary health care.*

Introdução

Nos últimos tempos, a modernização trouxe várias consequências para a humanidade. Na área da saúde, houve mudança no perfil de morbimortalidade. Em 1930, as doenças infecciosas respondiam por cerca de 46% das mortes em capitais brasileiras. A partir de então, verificou-se uma redução progressiva, sendo que em 2003 essas doenças responderam apenas por cerca de 5% (BRASIL, 2005).

Em contrapartida, as doenças crônicas não infecciosas (DCNI) ganharam destaque pelo crescente aumento do número de casos. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que as DCNI já são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doença, constituindo um sério problema de saúde pública tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda (BRASIL, 2010).

Dentro do grupo das DCNI, têm-se as doenças cardiovasculares (DCV). Estas representam bem a magnitude atual desse grupo, pois só elas perfazem 31% do total de óbitos por causas conhecidas. Na década de 30, representavam apenas 12%, mas, atualmente, são as principais causas de morte em todas as regiões brasileiras. Em segundo lugar, seguem-se as neoplasias e, em terceiro, as mortes ocasionadas por acidentes e violência (BRASIL, 2005).

No âmbito das DCV, destaca-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS). Esta afeta mais de 30 milhões de brasileiros e é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento desse tipo de doenças, com destaque para o acidente vascular encefálico (AVE) e o infarto agudo do miocárdio (IAM), as duas maiores causas isoladas de mortes no País segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (VI DBH, 2010).

Para melhorar o acesso às informações sobre a população hipertensa, em 2002, por meio da Portaria Conjunta nº 112, criou-se o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia). Trata-se de um sistema informatizado, pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datapus), que disponibiliza as informações sobre o estado de saúde dos usuários cadastrados (BRASIL, 2002).

O padrão de vida das mulheres modificou-se ao longo do tempo. Ao lado das responsabilidades tradicionais com a casa, filhos, marido e parentes idosos, as mulheres adquiriram novas responsabilidades, como o trabalho fora do lar. As necessidades financeiras decorrentes de abandono, divórcio e viuvez também são exemplos disso. Ao mesmo tempo, as mulheres adquiriram 'hábitos de homem', como: dietas irregulares, sem restrição de gorduras e carboidratos; tabagismo; etilismo; falta de atividade física regular e de repouso adequado (LUZ; SOLIMENE, 1999).

Essa mudança nos hábitos de vida das mulheres trouxe repercussões para sua saúde, especialmente, cardiovascular. Uma revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008 de 44 estudos realizados em 35 países revelou uma prevalência global de hipertensão de 32,1% em mulheres. No Brasil, a prevalência foi de 30%, semelhante à de outros países (VI DBH, 2010).

O acúmulo de responsabilidades da mulher moderna muitas vezes representa um fator facilitador ao tardio cuidado delas com sua saúde. Cria-se então uma situação propícia ao desenvolvimento de complicações associadas à hipertensão arterial em decorrência da negligência na manutenção dos níveis pressóricos aceitáveis. Esses fatores sinalizam a necessidade de maior atenção às mulheres hipertensas, especialmente às que já desenvolveram alguma complicação.

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi caracterizar as mulheres hipertensas e com complicações associadas quanto aos aspectos sociodemográficos e clínico-epidemiológicos.

Metodologia

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, documental, analítico e transversal, realizado com dados de mulheres hipertensas com complicações associadas cadastradas no Hiperdia nas Unidades de Saúde Básica da Estratégia de Saúde da Família do Sistema Único de Saúde vinculadas à Secretaria de Saúde de Fortaleza (CE).

Em Fortaleza, 1.090.587 pessoas constam no cadastro familiar feito pelos programas básicos de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde até dezembro

do ano de 2009 (DATASUS, 2010). Atualmente, para efeito administrativo, a cidade encontra-se dividida em seis Secretarias Executivas Regionais (SER).

O universo da pesquisa foi constituído pela totalidade, 14.200, das fichas de usuários para cadastro no sistema do Hiperdia coletadas nas SERs. Essas fichas são referentes ao período de 2007 a 2009.

Os critérios de inclusão constaram de usuários do sexo feminino, com hipertensão arterial e com pelo menos uma das quatro complicações contempladas na ficha de cadastro do Hiperdia – AVE, IAM, coronariopatia e doença renal.

Foram excluídas da pesquisa as mulheres com diabetes *mellitus* concomitante à HAS e aquelas em que o campo de pressão arterial sistólica e/ou diastólica estava sem informação. Tal exclusão é explicada pela intenção da pesquisadora de investigar a associação direta entre HAS e o desenvolvimento de complicações e por ser a pressão arterial uma variável imprescindível à análise.

Deste universo de fichas, 10.022 eram mulheres e 6.478 apresentaram hipertensão arterial como diagnóstico único, excluindo-se, portanto, aquelas que tinham diabetes tipo 1 e tipo 2.

Das 6.478 mulheres somente hipertensas, 823 apresentaram pelo menos uma complicação associada, sendo que nove não continham o campo de pressão arterial sistólica e/ou diastólica preenchido. Portanto, o estudo se constituiu de 814 mulheres hipertensas com complicações associadas.

A coleta de dados foi então realizada nas seis Secretarias Executivas Regionais por meio de pesquisa documental pelas cópias das fichas de cadastro do Hiperdia de 78 unidades de saúde durante o período de outubro de 2009 a janeiro de 2010.

As variáveis pesquisadas foram as características sociodemográficas – idade, escolaridade, raça/cor da pele, situação familiar/conjugal – e as clínico-epidemiológicas – pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica, antecedentes familiares cardiovasculares, IMC, CA, glicemia de jejum, glicemia pós-prandial, consumo de tabaco e sedentarismo.

Este estudo integra um projeto guarda-chuva intitulado ‘Análise da adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão arterial e complicações associadas em Fortaleza – Ceará’ aprovado pelo Comitê de Ética da

Universidade Estadual do Ceará. Também tem aprovação da Coordenação Geral do Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza para o estudo nas seis Secretarias Executivas Regionais do município.

Todos os trâmites legais e éticos requisitados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre a pesquisa com seres humanos, foram seguidos (BRASIL, 1996).

A pesquisa foi financiada pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), sob a forma de concessão de bolsa *Stricto Sensu*. Teve financiamento também por parte do projeto guarda-chuva por meio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Resultados

Das 814 mulheres hipertensas com complicações associadas que participaram deste estudo, o perfil sociodemográfico mostrou que 121 (16,1%) estavam em idade fértil, de 27 a 49 anos, e 191 (25,5%) tinham de 50 a 59 anos. As 438 idosas representaram 58,4% das mulheres, nas faixas etárias de 60 a 69 anos (25,4%); 70 a 79 anos (21,5%) e 80 a 97 anos (11,5%).

Boa parte das mulheres (70,1%) tinha de um a oito anos de estudo (alfabetizada/ensino fundamental incompleto ou completo) e 129 (17,2%) não sabiam ler nem escrever. Poucas, 95 (12,7%), tinham mais de oito anos de estudo e apenas oito mulheres (1,0%) conseguiram chegar ao ensino superior, sendo que sete o concluíram. A associação estatística entre idade e escolaridade foi significativa ($p < 0,0001$).

Verificou-se que as idosas tiveram o maior percentual entre aquelas que não sabiam ler/escrever (22,2%) e as mais jovens, em idade fértil, tiveram maior percentual entre aquelas com mais de oito anos de estudo. O percentual de mulheres com até oito anos de estudo se manteve por volta de 70% nas três faixas etárias.

As hipertensas com a cor da pele branca foram em número de 177 mulheres (26,8%), mas grande parte foram não brancas, 488 (73,2%). Dentre estas, as pardas perfizeram 64,3 e as negras 6,3%. Já as amarelas (16) e as indígenas (3) tiveram um percentual pequeno e, juntas, não chegaram a 3%.

As mulheres que vivem com companheiro e com filho foram o maior quantitativo, 398 (60,2%), seguidas daquelas que vivem sem companheiro/com familiares, 223 (36,7%). As 59 que vivem com companheiro/sem filhos e as 64 que vivem com companheiro/filhos/outros familiares não tiveram ampla representação, sendo seu percentual menor que 10% cada uma, além daquelas 25 que vivem com outras pessoas que foram menos de 4% do total de mulheres. Apenas 20 mulheres vivem sozinhas (3%).

Não houve associação estatística significativa entre raça/cor da pele e situação conjugal ($p=0,960$). As mulheres brancas e as não brancas que viviam com companheiro e/ou filhos e/ou familiares tiveram percentuais próximos, 61 e 59,9%, respectivamente, assim como aquelas que viviam sem companheiro e com familiares e/ou outras pessoas, 36,2 e 40%, e aquelas que viviam sozinhas, 2,8 e 3,1%.

Quanto ao perfil clínico-epidemiológico, a pressão arterial sistólica (PAS) teve mínima de 90 mmHg e máxima de 230 mmHg. Encontra-se dentro dos parâmetros aceitáveis (ótima, normal e limítrofe) em 405 mulheres (50,4%) e alterada (hipertensão estágios 1, 2 e 3) em 399 (49,6%). Entretanto, quando estratificada a pressão arterial, a maior porcentagem (32,1%) encontrada foi de hipertensão estágio 1, seguida da normal

(24,6%) e da limítrofe (17,8%). As outras categorias de PA foram: ótima, 67 (8,2%); hipertensão estágio 2, 92 (11,3%); e estágio 3, com 49 (6%).

A pressão arterial diastólica (PAD) teve mínima de 60 mmHg e máxima de 160 mmHg. Encontra-se dentro dos parâmetros aceitáveis em 503 mulheres (62,6%) e alterada em 301 (37,4%). Quando estratificada, quase a metade das mulheres, 395 (48,5%), estava com PAD Normal, sendo a hipertensão estágio 1 a segunda categoria mais frequente, encontrada em 172 pesquisadas, 21,1%. Não foram identificados casos de limítrofe. As categorias ótima, hipertensão estágio 2 e estágio 3 tiveram 112 (13,8%), 99 (12,2%) e 36 (4,4%) casos, respectivamente.

A presença de antecedentes familiares cardiovasculares (AFC) foi significativa. Encontrou-se 535 mulheres hipertensas com complicações que tinham AFC, representando 66,5% das pessoas estudadas.

Na tabela 1, tem-se a associação entre presença/ausência de AFC com as pressões sistólicas e diastólicas, normal e alterada, além das médias e desvios-padrão da PAS e da PAD, como sendo $136,68 \pm 20,31$ e $84,42 \pm 12,05$.

É interessante observar que as porcentagens são próximas para todos os casos. Quando se verifica as

Tabela 1. Antecedentes familiares cardiovasculares (AFC) e pressão arterial sistólica e diastólica de mulheres hipertensas com complicações associadas cadastradas no Hiperdia. Fortaleza (CE), 2007-2009.

Antecedente familiar de DCV*	PAS** Média±DP***=136,68±20,31						χ^2	t de Student
	Normal		Alterada		Total			
	f	%	f	%	f	%		
Sim	262	64,7	273	68,4	535	66,5	$\chi^2=1,256$ $p=0,262$	t=1,074 p=0,283
Não	143	35,3	126	31,6	269	33,5		
Total	405	100,0	399	100,0	804	100,0		
Antecedente familiar de DCV*	PAD**** Média±DP=84,42±12,05						χ^2	t de Student
	Normal		Alterada		Total			
	f	%	f	%	f	%		
Sim	332	66,0	203	67,4	535	66,5	$\chi^2=0,175$ $p=0,676$	t=0,301 p=0,763
Não	171	34,0	98	32,6	269	33,5		
Total	503	100,0	301	100,0	804	100,0		

*DCV: Doença cardiovascular.

**PAS: Pressão arterial sistólica.

***DP: Desvio-padrão.

****PAD: Pressão arterial diastólica.

Fonte: Elaboração própria.

mulheres com AFC, a PAS normal e alterada é identificada em 64,7 e 68,4%, respectivamente, e aquelas sem AFC, em 35,3 e 31,6%. O mesmo ocorre com AFC e PAD. Nas mulheres com AFC, a PAD normal e alterada é identificada em 66 e 67,4%, respectivamente, e nas sem AFC, em 34 e 32,6%.

Quando se associou AFC e PAS, categorizada em normal e alterada, realizou-se o teste do Qui-Quadrado e encontrou-se um valor de $p=0,262$, sem significância estatística ($p>0,05$), assim como o encontrado entre AFC e PAD, também categorizada em normal e alterada, no qual se encontrou um valor de $p=0,676$.

Para associação entre AFC e PAS, variável contínua, realizou-se o teste t de Student e encontrou-se valores de $t=1,074$ e de $p=0,283$, sem significância estatística. O mesmo foi encontrado entre AFC e PAD, variável contínua, com valores de $t=0,301$ e de $p=0,763$.

Sobre o Índice de Massa Corpórea, este teve média acima do valor de normalidade ($IMC=24,9 \text{ kg/m}^2$), sendo de $27,88 \text{ kg/m}^2$. Por frequência absoluta, a categoria mais recorrente foi o 'sobrepeso', com 320 mulheres (40,7%), seguido da 'normal', com 199 (25,3%), e da 'obesa classe I', com 168 (21,3%). As outras categorias

tiveram percentuais decrescentes de: 'obesa classe II', 7,3%; 'abaixo do peso', 3,0%; e 'obesa classe III', 2,3%.

A associação entre IMC categorizado em três – normal ($IMC<25 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($25 \text{ kg/m}^2<IMC<30 \text{ kg/m}^2$) e obesa ($IMC\geq 30 \text{ kg/m}^2$) – e as pressões sistólicas e diastólicas foi ilustrada na tabela 2.

A tabela 2 mostra que nas mulheres com IMC normal a PAS normal e alterada é identificada em 29,3 e 28,6%, respectivamente; naquelas com sobrepeso, em 41,6 e 38,7%; e nas obesas, em 29,1 e 32,7%. O mesmo ocorre com IMC e PAD. Nas mulheres com IMC normal, a PAD normal e alterada é identificada em 32,3 e 23,5%, respectivamente; nas com sobrepeso, em 39,1 e 41,9%; e nas obesas, em 28,6 e 34,6%.

Pelo teste do Qui-Quadrado entre IMC e PAS categorizadas, encontrou-se um valor de $p=0,519$, sem significância estatística ($p>0,05$), assim como o encontrado entre IMC e PAD, também categorizada em normal e alterada, no qual se encontrou um valor de $p=0,24$.

Quanto à circunferência abdominal (CA), a média foi de 94,43 cm, também acima do valor de normalidade para mulheres ($CA<88 \text{ cm}$). CA superior a 88

Tabela 2. Índice de Massa Corpórea e pressão arterial sistólica e diastólica de mulheres hipertensas com complicações associadas cadastradas no Hiperdia. Fortaleza (CE), 2007-2009.

Índice de Massa Corpórea	PAS*						χ^2
	Normal		Alterada		Total		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
<25kg/m ²	117	29,3	111	28,6	228	29	$\chi^2=1,312$ $p=0,519$
25–30kg/m ²	166	41,6	150	38,7	316	40,2	
≥30kg/m ²	116	29,1	127	32,7	243	30,9	
Total	399	100	388	100	787	100	

Índice de Massa Corpórea	PAD**						χ^2
	Normal		Alterada		Total		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
<25kg/m ²	158	32,3	70	23,5	228	29	$\chi^2=7,469$ $p=0,24$
25–30kg/m ²	191	39,1	125	41,9	316	40,2	
≥30kg/m ²	140	28,6	103	34,6	243	30,9	
Total	489	100	298	100	787	100	

*PAS: Pressão arterial sistólica.

**PAD: Pressão arterial diastólica.

Fonte: Elaboração própria.

cm foi encontrada em grande parte das mulheres, 263 (74,5%); e inferior, em 90 (25,5%).

Vale ressaltar que essa informação esteve ausente em 461 fichas do Hiperdia, ou seja, mais da metade das mulheres em estudo não continham em suas fichas de cadastro de hipertensão a informação referente à circunferência abdominal.

A associação entre circunferência abdominal inferior/superior a 88 cm e as pressões sistólicas e diastólicas também foi avaliada, conforme se observa na tabela 3.

Por essa tabela, verifica-se que nas mulheres com CA < 88 cm, a PAS normal e alterada é identificada em 24,9 e 26,1%, respectivamente, e naquelas com CA > 88 cm, em 75,1 e 73,9%. O mesmo ocorre com CA e PAD; nas mulheres com CA normal, a PAD normal e alterada é identificada em 25,2 e 25,9%, respectivamente, e nas com CA fora da normalidade, em 74,8 e 74,1%.

Pelo teste do Qui-Quadrado entre CA e PAS categorizadas, encontrou-se um valor de $p=0,783$, sem significância estatística ($p>0,05$), assim como o encontrado entre CA e PAD, também categorizada em normal e alterada, no qual se encontrou um valor de $p=0,884$.

Para associação entre CA e PAS (variável contínua), realizou-se o teste t de Student e encontrou-se valores de $t=0,118$ e de $p=0,906$, sem significância estatística. O mesmo foi encontrado entre CA e PAD (variável contínua), com valores de $t=0,79$ e de $p=0,937$.

Identificou-se que as mulheres com IMC normal (<25 kg/m²) estão em número significativo com CA também normal (<88 cm), enquanto aquelas com sobrepeso (25<IMC<30 kg/m²) e obesidade (IMC≥30 kg/m²) estão em grande parte com CA alterada (CA≥88 cm).

Este achado é reforçado pelo teste do Qui-Quadrado no valor de $\chi^2=111,925$ e tem significância estatística ($p<0,0001$).

Para avaliar a correlação e indicar a associação entre as variáveis – IMC, CA e pressão arterial – foi realizado o Coeficiente de Correlação Linear de Pearson, já que se utilizou das variáveis contínuas.

Todos os testes demonstraram associações fracas ($0<r<0,3$), porém quase todos não tiveram significações estatísticas, já que $p>0,05$: PAS/IMC= $r=0,066/p=0,064$; PAS/CA= $r=0,000/p=0,997$; PAD/CA= $r=0,01/p=0,855$.

A exceção foi a associação entre PAD e IMC. Essa associação teve como resultado os seguintes valores: $r=0,119/p<0,0001$. Estes indicam que há uma correlação significativa entre essas variáveis. Essa associação se mostrou fraca com reta ascendente e positiva.

As outras associações – PAS/IMC, PAS/CA e PAD/CA – também apresentaram retas ascendentes e positivas, entretanto não obtiveram significância estatística. Por esse motivo, não foram ilustradas em gráficos de dispersão.

Tabela 3. Circunferência abdominal e pressão arterial sistólica e diastólica de mulheres hipertensas com complicações associadas cadastradas no Hiperdia. Fortaleza (CE), 2007-2009.

Circunferência abdominal	PAS*						χ^2	t de Student
	Normal		Alterada		Total			
	f	%	f	%	f	%		
<88 cm	44	24,9	46	26,1	90	25,5	$\chi^2=0,76$ $p=0,783$	$t=-0,118$ $p=0,906$
≥88 cm	133	75,1	130	73,9	263	74,5		
Total	177	100	176	100	353	100		
	PAD**						χ^2	t de Student
	Normal		Alterada		Total			
	f	%	f	%	f	%		
<88 cm	55	25,2	35	25,9	90	25,5	$\chi^2=0,21$ $p=0,884$	$t=0,79$ $p=0,937$
≥88 cm	163	74,8	100	74,1	263	74,5		
Total	218	100	135	100	353	100		

*PAS: Pressão arterial sistólica.

**PAD: Pressão arterial diastólica.

Fonte: Elaboração própria.

Sobre a glicemia, a média da glicemia de jejum foi de 115 mg/dL, variando entre a mínima de 74 mg/dL e a máxima de 334 mg/dL. Já a média da glicemia pós-prandial foi de 119 mg/dL, sendo a mínima de 75 mg/dL e a máxima de 279 mg/dL. A tolerância à glicose diminuída esteve presente em 25% na glicemia de jejum e em 14,3% na glicemia pós-prandial, e o diabetes em 15 e 3,6%, respectivamente.

A maioria das mulheres esteve dentro dos parâmetros de normalidade para glicemia de jejum (60%) e grande parte para pós-prandial (82,1%).

Vale ressaltar que as informações referentes à glicemia de jejum e pós-prandial somente estiveram presentes em 40 e 56 fichas de cadastro do Hiperdia, respectivamente, ou seja, 94,1% das fichas não continham a informação sobre a glicemia das mulheres.

No tocante ao tabagismo, este foi um hábito de vida identificado em 173 mulheres (21,6%) e negado por 627 (78,4%). O outro hábito investigado, sedentarismo, foi identificado em 450 mulheres (56,4%) e negado por 350 (43,6%).

Quando se correlaciona os hábitos de vida, encontra-se que não há associação estatística significativa entre tabagismo e sedentarismo ($p=0,642$), o uso ou não de tabaco associado ao sedentarismo.

As mulheres sedentárias e as não sedentárias apresentaram percentuais próximos com relação às tabagistas, 22,2 e 20,9%, respectivamente, e também com relação às não tabagistas, 77,8 e 79,1%.

O tabagismo também foi relacionado às pressões sistólicas e diastólicas, conforme tabela 4.

Verificou-se que nas mulheres tabagistas a PAS normal e alterada é identificada em 22 e 21,2%, respectivamente, e naquelas não tabagistas, em 78 e 78,8%. O mesmo ocorre com tabagismo e PAD; nas mulheres tabagistas, a PAD normal e alterada é identificada em 20,1 e 24%, respectivamente, e nas não tabagistas, em 79,9 e 76%.

Pelo teste do Qui-Quadrado entre tabagismo e PAS, categorizada em normal e alterada, encontrou-se um valor de $p=0,784$, sem significância estatística ($p>0,05$), assim como o encontrado entre tabagismo e PAD, também categorizada em normal e alterada, no qual se encontrou um valor de $p=0,188$.

Para associação entre tabagismo e PAS (variável contínua), realizou-se o teste t de Student e encontrou-se valores de $t=0,111$ e de $p=0,912$, sem significância estatística. O mesmo foi encontrado entre tabagismo e PAD, variável contínua, com valores de $t=1,613$ e de $p=0,107$.

O sedentarismo foi relacionado às pressões sistólicas e diastólicas, conforme tabela 5.

Nas mulheres sedentárias, a PAS normal e alterada é identificada em 53,3 e 59,6%, respectivamente, e naquelas não sedentárias, em 46,7 e 40,4%. O mesmo ocorre entre sedentarismo e PAD; nas mulheres sedentárias, a PAD normal e alterada é identificada em 54 e 60,5%, respectivamente, e nas não sedentárias, em 46 e 39,5%.

Tabela 4. Tabagismo e pressão arterial sistólica e diastólica de mulheres hipertensas com complicações associadas cadastradas no Hiperdia. Fortaleza (CE), 2007-2009.

Tabagismo	PAS*						χ^2	t de Student
	Normal		Alterada		Total			
	f	%	f	%	f	%		
Sim	90	22	84	21,2	174	21,6	$\chi^2=0,75$ $p=0,784$	$t=0,111$ $p=0,912$
Não	320	78	313	78,8	633	78,4		
Total	410	100	397	100	807	100		
	PAD**						χ^2	t de Student
	Normal		Alterada		Total			
	f	%	f	%	f	%		
Sim	101	20,1	73	24	174	21,6	$\chi^2=1,734$ $p=0,188$	$t=1,613$ $p=0,107$
Não	402	79,9	231	76	633	78,4		
Total	503	100	304	100	807	100		

*PAS: Pressão arterial sistólica.

**PAD: Pressão arterial diastólica.

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 5. Sedentarismo e pressão arterial sistólica e diastólica de mulheres hipertensas com complicações associadas cadastradas no Hiperdia. Fortaleza (CE), 2007-2009.

Sedentarismo	PAS*						χ^2	t de Student
	Normal		Alterada		Total			
	f	%	f	%	f	%		
Sim	218	53,3	235	59,6	453	56,4	$\chi^2=3,285$ $p=0,07$	t=1,507 $p=0,132$
Não	191	46,7	159	40,4	350	43,6		
Total	409	100	394	100	803	100		

Sedentarismo	PAD**						χ^2	t de Student
	Normal		Alterada		Total			
	f	%	f	%	f	%		
Sim	271	54	182	60,5	453	56,4	$\chi^2=3,214$ $p=0,73$	t=0,959 $p=0,338$
Não	231	46	119	39,5	350	43,6		
Total	502	100	301	100	803	100		

*PAS: Pressão arterial sistólica.

**PAD: Pressão arterial diastólica.

Fonte: Elaboração própria.

Pelo teste do Qui-Quadrado entre sedentarismo e PAS, categorizada em normal e alterada, encontrou-se um valor de $p=0,07$, sem significância estatística ($p>0,05$), assim como o encontrado entre sedentarismo e PAD, também categorizada em normal e alterada, no qual se encontrou um valor de $p=0,73$.

Para associação entre sedentarismo e PAS (variável contínua), realizou-se o teste *t* de Student e encontrou-se valores de $t=1,507$ e de $p=0,132$, sem significância estatística. O mesmo foi encontrado entre tabagismo e PAD, variável contínua, com valores de $t=0,959$ e de $p=0,338$.

Discussão

No gênero feminino, a questão da idade é fator que merece destaque e deve ser considerado em qualquer avaliação (BARBOSA; GUIMARÃES; SARAIVA, 2008; SOARES *et al.*, 2009).

Nas mulheres em idade fértil, é necessária uma investigação clínica para se associar o uso de anticoncepcionais orais (ACO), já que se trata de hormônios sintéticos, aos quadros hipertensivos (LIMA *et al.*, 2001).

Com o avanço da idade, a PA se eleva. Neste trabalho, encontrou-se já um percentual maior entre as mulheres que tinham de 50 a 59 anos em relação às em idade fértil. Um pouco mais de um quarto, 25,1%, das pesquisadas se encontrava nessa faixa etária, existindo

boas possibilidades de essas mulheres estarem no período do climatério.

É importante considerar que o efeito da menopausa sobre a pressão arterial é difícil de ser avaliado, visto que a menopausa e a pressão arterial sofrem influências de diversos fatores, como índice de massa corporal, classe socioeconômica e tabagismo (LIMA *et al.*, 2001).

No entanto, a menopausa tem sido apontada como um dos fatores que contribuem para o desenvolvimento da hipertensão em mulheres. Vários mecanismos etiopatogênicos têm sido identificados (LIMA *et al.*, 2001). Entretanto, o mecanismo mais estudado é a deficiência estrogênica (BARBOSA; GUIMARÃES; SARAIVA, 2008).

Conforme a I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e Influência da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), as doenças cardiovasculares ocorrem duas a três vezes mais após a menopausa, e a taxa de mortalidade em mulheres com idade de 45 a 64 anos é de 1:9 (SBC, 2008).

Muito se tem estudado a respeito dos benefícios da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) em mulheres hipertensas, mas vale lembrar que é muito importante que a usuária esteja com níveis pressóricos sob controle para que se possa iniciar a terapia (LIMA *et al.*, 2001).

Existem ainda autores que indicam a preferência por alternativas não hormonais para o tratamento

de sinais/sintomas relacionados ao climatério pela deficiência de estrogênio. As fortes evidências de risco cardiovascular, tromboembolismo e câncer de mama associadas à TRH, entretanto, sugerem não ser prudente empregar essa terapia com vistas à prevenção de DCV, independentemente da existência de hipertensão arterial sistêmica (LUBIANCA; VALLE; FUCHS, 2008).

Diante do exposto, a influência dos anticoncepcionais orais e da terapia de reposição hormonal sobre os valores de pressão arterial, apesar de não bem elucidada, merece atenção. Esses parâmetros funcionam como sinalizadores aos profissionais que assistem às mulheres que fazem uso de hormônios sintéticos, no sentido de ficarem atentos a possíveis elevações da pressão.

Por esses motivos, o uso de ACO e o uso de TRH devem ser contemplados na ficha de cadastro do Hiperdia a fim de que essas mulheres tenham um atendimento diferenciado, por se tratar de fatores de risco para elevação da PA e para o surgimento de complicações associadas.

Nas idosas, os resultados corroboram com os encontrados na literatura, nos quais se pode observar que a incidência de hipertensão é realmente maior nessa fase da vida (ZAITUNE *et al.*, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2007; OLIVEIRA *et al.*, 2008; BEZERRA; SILVA; CARVALHO, 2009).

Conforme a I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e Influência da Terapia de Reposição Hormonal, a taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares em mulheres após os 65 anos de idade é 1:3 (SBC, 2008).

Quanto à escolaridade, os autores relacionam o fato de os usuários não saberem os nomes dos medicamentos à questão da baixa instrução. Essa situação tem influência direta no tratamento da hipertensão, que exige, muitas vezes, o uso de fármacos para o controle da pressão arterial (BEZERRA; SILVA; CARVALHO, 2009).

Por esse motivo, a escolaridade se apresentou como efeito protetor para a doença, já que, à medida que se sabe ler, aumentam-se as chances de que os remédios sejam tomados nas doses e horários prescritos (JARDIM *et al.*, 2007; HARTMANN *et al.*, 2007; OLIVEIRA *et al.*, 2008; JARDIM *et al.*, 2010).

Na questão da raça/cor da pele, a literatura coloca que o impacto da hipertensão arterial não é uniforme. Os negros têm os maiores níveis pressóricos. Significativa variação na prevalência da hipertensão arterial tem sido encontrada em populações de diferentes etnias; também tem sido observado que algumas delas estão mais expostas às complicações da hipertensão arterial, como AVE e Insuficiência renal crônica do que outras, por razões não totalmente esclarecidas (III CBH, 1998; BRANDÃO *et al.*, 2003; BRANDÃO *et al.*, 2006).

Apesar desses resultados, já existem estudos que não encontraram associação entre raça/cor da pele negra e hipertensão (HARTMANN *et al.*, 2007), assim como neste estudo.

As diferenças entre as mulheres que vivem com ou sem cônjuge não foram identificadas em alguns estudos (JARDIM *et al.*, 2007). Os resultados quanto às solteiras corroboram com os da literatura que apontam uma menor frequência de hipertensão entre as mulheres incluídas nessa situação conjugal (HARTMANN *et al.*, 2007; BORGES; CRUZ; MOURA, 2008).

Quanto aos níveis pressóricos sistólicos, os resultados corroboram com os resultados de outros estudos, que mostram que a margem de percentual de mulheres com PAS alterada é entre 39,6 e 55,5%. A média também tem valor equivalente, por volta de $140 \pm 24,4$ mmHg. Ressalte-se que as mulheres eram todas sabidamente hipertensas, entretanto o controle de pressão arterial ainda não se apresentava como eficaz (ROSINI; MACHADO; XAVIER, 2006; REZA; NOGUEIRA, 2008). Fato também verificado neste estudo em que as mulheres são sabidamente hipertensas e com pelo menos uma complicação e não têm controle satisfatório da PAS. O mesmo ocorre quando se estratifica as complicações em estudo.

Sobre os antecedentes familiares cardiovasculares, os estudos mostram que existe associação entre as pessoas que apresentam algum familiar com história de hipertensão arterial ou alguma enfermidade relacionada a ela e o desenvolvimento da HAS (SIMÃO *et al.*, 2002; NOBLAT *et al.*, 2004; VI DBHA, 2010). Os resultados deste estudo corroboram com a frequência encontrada na literatura, em torno de 60%.

Na questão do peso, um pouco mais de 40% das mulheres foram identificadas com sobrepeso e de 30% com obesidade, ou seja, mais de 70% das pesquisadas apresentaram alterações de peso. Apenas um quarto das mulheres estava com IMC normal. A própria média de IMC demonstra a alteração de peso: 27,88 kg/m². Vários estudos apontam para a associação significativa entre IMC e hipertensão (HARTMANN *et al.*, 2007; SARNO; MONTEIRO, 2007; JARDIM *et al.*, 2007).

O IMC alcança o pico máximo entre os 50 e 59 anos. A mudança no metabolismo que acompanha o climatério ocorre à custa da redução da lipase lipoproteica, responsável, com o estrogênio, por regular o acúmulo de gordura e sua distribuição nos tecidos. Esse padrão se relaciona com um risco elevado de doenças cardiovasculares, endócrinas e neoplasias (BRASIL, 2008).

Grande parte das mulheres apresentou alteração na circunferência abdominal nas quatro complicações, sendo encontrada em 76,4% naquelas acometidas por doença renal e em 70,3% naquelas acometidas por IAM.

Um estudo desenvolvido em Goiânia encontrou, a exemplo de outros estudos, uma correlação positiva entre a circunferência da cintura e a hipertensão arterial. Esse achado identifica uma medida simples, de baixo custo e fácil aplicabilidade, como importante marcador para a hipertensão arterial (JARDIM *et al.*, 2007).

No entanto, apesar de ser uma medida que deveria ser uma rotina em todos os atendimentos por ser prática na execução e extremamente útil na prevenção de riscos cardiovasculares e adoção de atitudes preventivas precoces nos casos de valores discrepantes (JARDIM *et al.*, 2007), a informação sobre a CA das mulheres esteve ausente em mais da metade das mulheres deste estudo.

A associação entre IMC e CA é significativa de uma maneira geral e para cada complicação, evidenciando que o excesso de peso está, intrinsecamente, relacionado à hipertensão arterial e que aquelas mulheres com índices maiores também têm alteração de CA, assim como o contrário é verdadeiro. Em estudo desenvolvido em mulheres por Sarno e Monteiro (2007), a combinação do IMC e da circunferência abdominal aumentou o poder explicativo desses índices isolados.

Estudos têm mostrado que o controle rigoroso da glicemia e da pressão arterial é capaz de reduzir também as complicações da hipertensão arterial. Além do monitoramento da pressão arterial, a verificação da glicemia de jejum e pós-prandial são importantes na detecção e prevenção de agravos futuros (SILVA *et al.*, 2006).

Apesar da importância do monitoramento da glicemia em mulheres hipertensas, quase a totalidade das fichas de cadastro do Hiperdia, em média 94,1%, não continha essa informação.

O uso de tabaco foi um hábito negado por grande parte das mulheres, 78,4%, o que corrobora a literatura que aponta ser o tabagismo um fator de risco modificável mais aceito na mudança para hábitos saudáveis no hipertenso (SILVA; SOUZA, 2004; COSTA *et al.*, 2007; MIRANZI *et al.*, 2008). Em todas as quatro complicações estudadas, as mulheres foram em grande parte não fumantes.

Nesta pesquisa, ainda encontraram-se 174 (21,6%) mulheres fumantes. Esse fato merece atenção já que essas mulheres se encontram em situação de risco mais acentuada, tendo em vista que são, sabidamente, hipertensas e já apresentam complicações associadas.

A inatividade física é outro hábito de vida não saudável, importante fator de risco para agravos futuros. No entanto, mais da metade das mulheres estudadas eram sedentárias, 56,4%. Vale dizer que a mulher apresenta uma redução dos níveis pressóricos quando melhor condicionada fisicamente, e essa redução é ainda maior em mulheres hipertensas (BARBOSA; GUIMARÃES; SARAIVA, 2008).

Ao se associar o consumo de tabaco com o sedentarismo, não houve significância estatística. As mulheres fumantes eram tão sedentárias quanto as não fumantes para todas as pesquisadas, inclusive nas quatro complicações.

Conclusões

Para analisar a hipertensão e as complicações associadas em mulheres com cadastro no Hiperdia de Fortaleza no período de 2007 a 2009, encontrou-se dificuldades pelo fato de as fichas ainda não estarem informatizadas e terem de ser digitadas.

Apesar disso, foi possível identificar os perfis sociodemográfico e clínico-epidemiológico e constatar que, de maneira geral, percebeu-se frequência significativa de fatores de risco em vários parâmetros clínicos analisados (pressão arterial, antecedentes familiares cardiovasculares, IMC, CA, glicemia e sedentarismo).

Os fatores de risco modificáveis foram quase a totalidade. Sugere-se que esses dados sejam mais bem trabalhados e com mais frequência pela Estratégia de Saúde da Família no sentido de prevenir novas complicações, sobretudo nas mulheres que apresentaram apenas uma complicação. ■

Referências

- BARBOSA A. L. *et al.* Estado nutricional e desempenho motor de idosos de São Paulo. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 53, n. 1, jan./fev. 2007, p. 75-79.
- BARBOSA, E.; GUIMARÃES, J. I.; SARAIVA, R. Hipertensão arterial sistêmica e a mulher. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul*, ano XVI, n. 15, set./out./nov./dez. 2008.
- BEZERRA, D. S.; SILVA, A. S.; CARVALHO, A. L. M. Avaliação das características dos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus em uma Unidade de Saúde Pública, no município de Jaboatão dos Guararapes-PE, BRASIL. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 30, n. 1, 2009, p. 57-61.
- BORGES, H. P.; CRUZ, N. C.; MOURA, E. C. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos, Belém, Pará, 2005. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 91, n. 2, 2008, p. 110-118.
- BRANDÃO, A. A. *et al.* *Hipertensão*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- BRANDÃO, A. P. *et al.* Epidemiologia da Hipertensão. *Revista da Sociedade de Cardiologia*, São Paulo, v. 13, n. 1, jan./fev. 2003, p. 7-19.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Decreto nº 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*, v. 4, n. 2, 1996, p.15-25. Suplemento.
- _____. Ministério da Saúde. *A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do sistema único de saúde brasileiro*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual de atenção a mulher no climatério/menopausa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- _____. *Portaria Conjunta nº 112, de 19 de junho de 2002*. Aprova o fluxo de alimentação da base nacional do Hiperdia, obrigatório para todos os municípios que aderirem ao Programa de Assistência Farmacêutica à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília, 2002.
- _____. *Vigilância das doenças crônicas não transmissíveis*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31877&janela=1>. Acesso em: 12 jul 2010.
- CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Campos do Jordão, SP: Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia, 1998.
- COSTA, M. F. F. L. *et al.* Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, supl. 2, 2009, p. 18-26.
- DATASUS. *Cadastramento familiar – Ceará: sistema de informação da atenção básica (SIAB)*. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/siabfCE.def>>. Acesso em: 12 jul 2010.
- HARTMANN, M.; DIAZ-DA-COSTA, J. S.; OLINTO, M. T. A. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, ago. 2007, p. 1857-1866.
- JARDIM, P. C. B. V. *et al.* Hipertensão Arterial e alguns fatores de risco em uma capital. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 88, n. 4, 2007, p. 452-457.
- JARDIM, T. S. V. *et al.* Fatores de risco cardiovascular em coorte de profissionais da área médica: 15 anos de evolução. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 95, n. 3, 2010, p. 332-338.
- LIMA, S. M. R. R. *et al.* Hipertensão arterial e climatério. *Hipertensão*, v. 4, n. 2, 2001.
- LUBIANCA, J. N.; VALLE, F. H.; FUHS, F. D. Menopausa e Hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 15, n. 4, ago. 2008, p. 222-224.

- LUZ, P. L.; SOLIMENE, M. C. Peculiaridades da doença arterial coronária na mulher. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 45, n. 1, 1999, p. 45-54.
- MIRANZI, S. S. C. *et al.* Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 17, n. 4, out./dez. 2008, p. 672-679.
- NOBLAT, A. C. B. *et al.* Complicações da hipertensão arterial em homens e mulheres atendidos em um ambulatório de referência. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 83, n. 4, out. 2004.
- OLIVEIRA, S. M. J. V. *et al.* Estado nutricional e desempenho motor de idosos de São Paulo. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 53, n. 1, jan./fev. 2007, p. 75-79.
- _____. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 2, abr./jun. 2008, p. 41-49.
- REZA, C. G.; NOGUEIRA, M. S. O estilo de vida de usuários hipertensos de um programa de exercício aeróbio: estudo na cidade de Toluca, México. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 12, n. 2, jun. 2008, p. 265-270.
- ROSINI, N.; MACHADO, M. J.; XAVIER, H. T. Estudo de prevalência e multiplicidade de fatores de risco cardiovascular em hipertensos do município de Brusque, SC. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 86, n. 3, mar. 2006.
- SARNO, F.; MONTEIRO, C. A. Importância relativa do Índice de Massa Corporal e da circunferência abdominal na predição da hipertensão arterial. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 5, 2007, p. 788-796.
- SILVA, T. R.; FELDMAM, C.; LIMA, M. H. A. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 15, n. 3, set./dez. 2006, p. 180-189.
- SILVA, J. L. L.; SOUZA, S. L. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. *Revista Eletrônica Enfermagem*, v. 6, n. 3, 2004, p. 330-335.
- SIMÃO, M. *et al.* Doenças cardiovasculares: perfil de trabalhadores do sexo masculino de uma destiladora do interior paulista. *Revista Eletrônica Enfermagem*, v. 4, n. 2, 2002.
- SOARES, D. S. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial com o avanço da idade em mulheres. *Revista Digital*, Buenos Aires, año 14, n. 136, Sept. 2009.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. *Diretriz brasileira sobre prevenção de doenças cardiovasculares em mulheres climatéricas e influência da terapia de reposição hormonal (TRH)*. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2008/diretrizDCVmulheres.pdf>>. Acesso em: 10 set 2010.
- VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 17, n. 1, jan./mar. 2010.
- ZAITUNE, M. P. A. *et al.* Hipertensão em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 2, fev. 2006, p. 285-294.

Recebido para publicação em Janeiro/2011
 Versão definitiva em Maio/2011
 Conflito de interesses: Inexistente
 Suporte financeiro: FUNCAP/CNPq

Três olhares sobre a reorganização da atenção primária: percepção sobre o novo modelo de saúde bucal em um município do estado do Rio Grande do Sul

Three perspectives on the reorganization of the primary care: the perception on the new model of oral health in a city of the State of Rio Grande do Sul

Aline Krüger Batista¹, Beatriz Unfer²

¹ Mestre em Ciências Odontológicas pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal de Santa Maria/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFSM-UFRGS).
alinekrbatista@gmail.com

² Doutora em Odontologia Preventiva e Social; Professora do Curso de Odontologia da UFSM; Professora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da UFSM-UFRGS.
unfer@terra.com.br

RESUMO O objetivo é captar a percepção de diferentes atores sociais (cirurgiões-dentistas, usuários e gestores) sobre a introdução da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um município do Rio Grande do Sul (RS). Trata-se de um estudo de hermenêutica-dialética sob abordagem qualitativa. Utilizou-se a entrevista semiestruturada para a coleta de dados. Os resultados mostram que as mudanças mais visíveis são a melhora da estrutura física e o aumento de atendimentos. Percebe-se a compreensão limitada sobre a ESF por parte dos usuários. Este estudo sugere que o modelo tradicional, voltado essencialmente para ações curativas, não foi superado com a implantação da ESF.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde; Serviços de saúde; Saúde bucal; Saúde da família; Percepção social.

ABSTRACT *The objective of the study is to capture the perception of different social actors (dentists, users and managers) on the introduction of oral health team in a Family Health Strategy (FHS) in a city of Rio Grande do Sul (RS). It is a hermeneutic-dialectic study with qualitative approach. It was used a semi-structured interview for data collection. The results show that the most noticeable changes are the improvement of the physical structure and the increased provision of clinical care. The users seem not to understand the FHS. This study suggests that the traditional model, which aims primarily at curative, was not overcome with the implementation of FHS.*

KEYWORDS: *Primary health care; Health services; Oral health; Family health; Social perception.*

Introdução

Um sistema de saúde busca estabelecer duas metas: a otimização da saúde da população e a minimização das disparidades entre subgrupos populacionais. Essas metas têm como objetivo facilitar o acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde (STARFIELD, 2002).

No Brasil, o modelo de atenção adotado desde 1994 é o Programa de Saúde da Família (PSF) como instrumento de reorganização da atenção primária em saúde, que estava focado no modelo tradicional de assistência e centralizado na ação de profissionais especialistas. O PSF visa respeitar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), porém atendendo prioritariamente aos grupos mais vulneráveis da comunidade (BRASIL, 1994).

Atualmente, o Programa de Saúde da Família é definido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), visto que o termo 'programa' aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. A mudança ocorreu por meio da Portaria nº 648 (2006), com o propósito de se consolidar como uma estratégia sem previsão de tempo para conclusão.

No ano 2000, ocorreu a inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) (cirurgião-dentista, técnico de higiene dental e auxiliar de saúde bucal – ASB) à ESF, motivada pela necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas. Buscou-se ampliar o acesso às ações de promoção, proteção e recuperação, impulsionando a decisão de reorientar as práticas de intervenção (BRASIL, 2002).

Existem estudos na literatura que mostram que o dentista da ESF não está conseguindo mudar as formas de atuação já estabelecidas e criar um outro modo de produzir saúde (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006), que relate a percepção do usuário sobre a dificuldade de solução de seus problemas bucais (ANDRADE; FERREIRA, 2006; TRAD *et al.*, 2002), e que os gestores apresentam percepção da escassa possibilidade de acesso à atenção odontológica nos serviços públicos (LEAL; TOMITA, 2006). Outros utilizam questionários estruturados (LOURENÇO *et al.*, 2009), entrevista estruturada, observação estruturada e pesquisa

documental (SOUZA; RONCALLI, 2007) ou indicadores de cobertura, de início de mudança no modelo e de impacto (HENRIQUE; CALVO, 2008).

Em vista dessas deferências, passa a ser relevante investigar a percepção dos três grupos de atores (cirurgiões-dentistas, usuários e gestores) que participam do processo da implantação da ESB na ESF. Diante dessas considerações, emergiu a questão problema: como são percebidas as mudanças de modelo de atenção em saúde bucal na perspectiva de cirurgiões-dentistas, usuários e gestores? Este estudo partiu do pressuposto de que a introdução da ESF foi capaz de provocar uma reflexão sobre a mudança das práticas realizadas no modelo de atenção em saúde bucal no município.

Essa compreensão é importante para que se possa dimensionar a implantação, consolidação e expansão da estratégia no município pesquisado e contribuir para a avaliação da ESF no País.

Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo captar a percepção de diferentes atores sociais (cirurgiões-dentistas, usuários e gestores) quanto à introdução da saúde bucal na ESF em um município do Rio Grande do Sul (RS).

Metodologia

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, cuja coleta de dados foi realizada entre janeiro e maio de 2009.

População de estudo

A população do estudo foi composta por cirurgiões-dentistas (CD), usuários, gerentes e secretário de saúde (SMS).

O município conta com 16 CDs, distribuídos em Unidades de Estratégia de Saúde da Família (UESF), oito, e Unidade Básica de Saúde Tradicional (UBST), três. Foram incluídos todos os CDs (onze), tendo em vista a ocorrência de heterogeneidade nos depoimentos. O depoimento de um CD de UESF foi excluído em virtude de problemas de gravação e um CD de UBST recusou-se a participar do estudo alegando falta de disponibilidade de tempo. Isso limitou a nove o número de CDs entrevistados.

Os usuários que se encontravam na sala de espera da Unidade Básica de Saúde (UBS) no momento da visita do pesquisador foram convidados a participar da pesquisa. Na UESF, o critério de inclusão foi ter sido usuário do modelo anterior à implantação da ESF e há mais de cinco anos, e na UBST foi o usuário que estivesse usando o serviço há mais de cinco anos. Fizeram parte do estudo seis usuários de UESF e cinco usuários de UBST, tendo sido utilizado critério de saturação dos dados para limitar o número de entrevistas.

Foram entrevistados os dois gerentes de UBST do município. Nas UESF, foi utilizado o critério de saturação dos dados, que delimitou o número de entrevistas para quatro gerentes. O SMS foi incluído por ter participado do processo de transição do modelo de atenção quando houve a inclusão da ESF no município.

Local de estudo

A cidade escolhida está situada na região noroeste do estado do RS e pertence à 17ª Coordenadoria Regional de Saúde. Possui 38.794 habitantes e apresenta 68% de área coberta por oito equipes de ESF (IBGE, 2008).

O local de estudo para os CDs, usuários e gerentes foi a UBS em sala privativa. Essa opção foi escolhida pela praticidade e pelo fato de que nesse ambiente as pessoas poderiam se sentir mais integradas ao tema da pesquisa. O SMS foi entrevistado em seu local de trabalho na prefeitura.

Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada com roteiro predefinido, mas flexível, para que o entrevistado discorresse livremente sobre o tema proposto (MINAYO, 1999).

As questões que nortearam as entrevistas aos CDs foram relativas à caracterização do trabalho realizado na UBS. Aos CDs das UESFs foram acrescentadas questões relativas ao trabalho em equipe, ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças, acolhimento e vínculo, visita domiciliar, planejamento estratégico situacional e levantamento epidemiológico de necessidades. Essas características do modelo de atenção em saúde bucal da ESF foram identificadas nos documentos oficiais sobre ESF (CADERNO 17, 2008).

Os usuários foram questionados acerca de suas percepções sobre as ações e serviços de saúde bucal prestados pela Unidade. Aos usuários de UESF foram questionadas também as suas percepções de mudanças do modelo de atenção.

Os gerentes foram questionados sobre sua percepção a respeito das ações e serviços de saúde bucal prestados nas UBSs. O SMS foi questionado sobre a forma como ocorreu a implantação e a transição para a ESF, a consolidação do modelo e as perspectivas e desafios que se apresentam na conjuntura atual.

Antes da coleta de dados, foi realizado o pré-teste do instrumento de pesquisa em cidade diferente da pesquisada com um profissional de UBS e duas estagiárias, como forma de familiarizar o pesquisador com o processo da entrevista e com a transcrição e análise dos depoimentos.

Um dos pesquisadores realizou a coleta dos dados. Ele é originário do município, não possui vínculo profissional com o serviço público e não atua profissionalmente na cidade.

Análise dos dados

As entrevistas foram transcritas integralmente. O processo de análise foi conduzido pela hermenêutica-dialética (MINAYO, 2006). Os dados foram codificados tendo como base a literatura sobre o assunto e os tópicos do roteiro de entrevista. A leitura das transcrições permitiu também a identificação de códigos abertos que foram incluídos na análise. O processo de codificação foi realizado manualmente e consistiu na identificação de palavras repetidas, frases, temas ou conceitos para que padrões básicos pudessem ser identificados e analisados. Isso envolveu a leitura intensa das transcrições, fazendo comparações e conexões até que mais nenhum código fosse identificado e os dados fossem considerados saturados. A codificação permitiu a categorização analítica em quatro temas principais, um dos quais gerou duas subcategorias. A codificação e a categorização foram realizadas pelo entrevistador e verificadas por um segundo avaliador. As diferenças de opinião foram resolvidas por discussão de consenso (GIBBS, 2009). Cada entrevista foi rotulada conforme a situação profissional ou de usuário do entrevistado e de acordo com o tipo de UBS ao qual pertencia: UBST ou UESF.

Validade e confiabilidade

A validade e a confiabilidade desta análise foram obtidas por meio do rigor em todos os procedimentos realizados ao longo da pesquisa e por meio de triangulação.

A triangulação foi obtida mediante a comparação de resultados entre as três fontes de dados (entrevistas com membros de diferentes grupos de interesse) (POPE, 2005; TURATO, 2003). A análise dos dados foi validada externamente pela supervisão de outro pesquisador (GIBBS, 2009; TURATO, 2003).

Questões éticas

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria por meio do protocolo nº 23081.011211/2008-86. Após explicação do objetivo do trabalho, os sujeitos foram convidados a participar do estudo, sendo solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

A análise do material revelou duas categorias analíticas principais (estrutura e condições materiais, e processo de trabalho) e duas subcategorias (ações de saúde e organização da demanda). Alguns depoimentos são inseridos no texto para destacar a manifestação do entrevistado. Os resultados são apresentados por agrupamento de sujeitos e por indivíduos. Quando pertinente, são destacadas as diferenças entre as percepções dos sujeitos (CDs, usuários e gerentes), segundo o tipo de UBS a que pertencem.

Caracterização dos participantes do estudo

A faixa etária dos CDs esteve entre 27 e 61 anos. A maioria realizou sua formação em universidade federal, ingressou no serviço público odontológico em UBSTs antes de integrar uma ESF e possui consultório particular (dez). Predominou o sexo feminino entre os profissionais (sete). Entre os usuários, predominou o sexo feminino (nove), e a faixa etária esteve entre 30 e 70 anos. Os gerentes de UBS eram do sexo feminino, com idades entre 27 e 47 anos. O SMS, de 72 anos, era também o prefeito do município, em sua terceira gestão.

Estrutura e condições materiais

Do ponto de vista dos sujeitos dos três grupos e do SMS, a introdução da ESF no município trouxe recursos financeiros que proporcionaram a reestruturação física dos prédios onde se localizam as UBSs e a aquisição de equipamentos para o trabalho odontológico.

Processo de trabalho

Ações de saúde

Cirurgião-dentista

Alguns CDs de UBST manifestaram sua percepção sobre a diferença entre a ESF e o modelo tradicional pela existência da visita domiciliar e do trabalho com escolares no novo modelo. Para os CDs de UBSF, o modelo anterior privilegiava o tratamento restaurador, enquanto neste são 'permitidas' ações coletivas como o trabalho em escolas e interação com ACS. Todavia, percebem a incompreensão dos usuários sobre as atividades de educação e prevenção em saúde bucal:

[...] os pacientes [...] querem atendimento quase que imediato [...] se tu parares para explicar alguma coisa [dizem]: 'ah, a dentista está perdendo tempo'. [...] vêem o trabalho curativo como trabalho, a prevenção é encarada mais como uma enrolação (CD-ESF).

Este grupo mostrou um entendimento limitado sobre a promoção de saúde, pois foca as ações dessa natureza na execução de medidas preventivas e educativas de saúde bucal prioritariamente em escolas. Alguns CDs demonstraram compreender melhor o significado da promoção de saúde ao se referirem à necessidade de voltar-se para os problemas de ordem geral das pessoas e mencionarem que a legislação utilizada na promoção de saúde beneficiaria a saúde bucal de escolares. Sujeitos dos dois modelos enfatizaram a necessidade do heterocontrole de flúor na água de abastecimento, e os CDs da ESF afirmaram ser necessária a atuação na prevenção do câncer bucal.

Os CDs manifestaram que se sentem deixados de lado no processo de planejamento das ações de saúde, sendo informados apenas sobre as metas e as pactuações. Afirmaram que a lógica da produtividade clínica ainda é predominante, em detrimento de ações preventivas e

de qualidade. Além disso, não há uma política de saúde bucal no município. Embora os CDs das ESF não sejam cobrados para realizar alterações, outros CDs das UBSTs acreditam que a Secretaria de Saúde não está aberta a mudanças. Relataram ainda que algumas iniciativas, como o projeto em escolas, foram impostas pela gestão, sem que houvesse envolvimento maior do que o simples agendamento das visitas às instituições de ensino. A interferência do SMS nas ações de saúde se dá de diversas maneiras. Por um lado, o CD queixa-se da interferência nas suas decisões com o paciente:

[...] o cara veio para [o] dentista, [mas] não tinha mais vaga para ele [...], aí ele foi à secretaria fazer queixa. E o que eles fizeram? Ao invés [de] [...] conversar com ele, [...] botam o paciente na frente e te ligam [...] (CD-ESF).

Por outro lado, percebem que, em algumas ocasiões, o SMS não demonstra exercer seu papel como gestor, conforme o depoimento:

[...] teve outro [profissional] que disse: 'não dou palestra, não me dou bem com isso e não vou fazer e pronto', e [...] o gestor não tem pulso firme, ninguém quer tomar briga com funcionário [...] e fica por isso (CD-ESF).

Sobre a postura do gestor relacionada às ações de saúde coletiva, eles mencionaram que:

ele [prefeito] gosta muito do curativo e não tanto do preventivo [...] se tu disseres que fez uma palestra para tantas crianças, ele diz: [imitando o gestor]: 'Não estava no posto por quê?' 'Tava fazendo palestra'. 'Ah, não foi trabalhar!' (CD-ESF).

E sobre as reuniões de equipe, destacaram a opinião: “o gestor pergunta: ‘Quer fechar [a unidade] para quê, para conversar fiado?’”(CD-ESF).

Na situação relatada acima, fica evidente que nas ações que implicam trabalho clínico com registro de produtividade as exigências e cobranças parecem ser mais firmes do que quando implicam atividades coletivas de educação e prevenção.

Usuários

Alguns usuários não souberam explicar o que é a ESF. Existe um sentimento de indagação e perplexidade quanto a algumas ações inerentes à estratégia, como o cadastro das famílias, conforme é manifestado:

Não sei o que é PSF. Nem sei o que é isso. [A agente de saúde perguntou]: 'quantas pessoas moravam na casa, e de quem era a casa, e quantas peças tinha na casa.' Ah, isso precisa? Tem fundamento para alguma coisa? Não tem fundamento nenhum (U-ESF).

Para o grupo da ESF, a implantação do novo modelo trouxe uma mudança significativa, que é a visita domiciliar: “Ah, mudou bastante agora (...) [porque] visitam nas casas.” (U-ESF). O grupo da UBST manifestou que ESF significa médico o dia inteiro e visita domiciliar para quem não pode se locomover.

As falas reveladoras do grupo da UBST mostraram que um CD parece sempre repetir a forma de trabalhar de outros CDs, indicando indiferença quanto à possibilidade de mudar sua prática. Na sua avaliação, o serviço de saúde bucal é bom, porque trata das suas necessidades e durante o atendimento o CD orienta higiene em modelos.

Para os usuários de ESF, o CD avalia na primeira consulta os problemas da boca e informa o que deve ser feito, realiza orientação de higiene no consultório e esclarece sobre a importância da prevenção e de manter os dentes. Percebem o CD fora do consultório quando participa algumas vezes de grupos de hipertensos e diabéticos, e realiza ações em creches e escolas.

Gerentes

Os gerentes percebem que o CD da ESF consegue realizar mais atendimentos que o de UBST, executa atividades fora do consultório, principalmente em escolas, e permanece mais tempo na unidade, o que diferencia esse modelo do anterior. Porém, participa pouco de grupos, pois percebem que para alguns falta comprometimento para planejar e realizar ações coletivas.

Esse grupo revelou que houve divulgação para a população sobre o novo modelo de atenção. Eles afirmaram que a ESF constitui um modelo ideal de atenção à saúde, mas enfatizaram que, para sua implantação ser

bem-sucedida, a população deve compreender seus fundamentos, além de participar e se envolver com as ações desenvolvidas, buscando a melhoria da implantação da ESF. Nesse ponto, acreditam que isso se torna mais fácil para quem tem um nível de escolaridade melhor.

Sobre a atuação do CD em ESF, percebe-se uma das mudanças importantes que o novo modelo traz:

[...] na unidade [em] que eu trabalhava o dentista vinha atender as cinco fichinhas [...]. E aqui não [...]. Tem que conhecer o usuário, tem que conhecer a família dele, entender o problema [...] (G-ESF).

Essa também foi a percepção dos gerentes de UBST, pois acreditam que na ESF os CDs vão passar a conhecer melhor os usuários, pois vão permanecer mais tempo nas unidades.

Secretário municipal de saúde

Para o SMS, o desafio na ESF é fazer com que o CD saia do consultório e realize ações de prevenção e educação em saúde. O secretário acredita que há resistência do CD em sair do consultório e que ele se sente como apêndice da ESF porque integrou a equipe depois. Em vista disso, o SMS pensa em colocar o ASB para realizar as ações de prevenção e educação na comunidade:

[...] é uma resistência histórica. O dentista não sai de perto do equipo. Ah, mas eu não posso. O que eu vou fazer lá sem o meu equipo? A saúde preventiva ainda não é assunto para a odontologia (SMS).

Organização da demanda

Cirurgião-dentista

Na opinião dos CDs de ambos os modelos, o comportamento da população com relação à utilização dos serviços odontológicos é restrito a problemas de urgência e à melhoria da estética. Eles afirmaram que os usuários não têm comportamento voltado para o autocuidado e não se comprometem com a manutenção da saúde. O desabafo a seguir mostra a incompreensão com o problema: “Fico chateado com isso [...] a gente tá aqui, tapando buraco e [...] sempre aparece mais, [...] os mesmos pacientes” (CD-ESF).

Para esse grupo, o agendamento é reconhecido como uma ferramenta de trabalho útil e característica da ESF, mas os usuários têm restrições a essa modalidade de acesso ao serviço. Por isso, ocorrem muitas faltas às consultas marcadas. Nas UBSFs, os CDs buscam alternativas para contornar o problema, fazendo o agendamento dos usuários que comparecem às reuniões de grupos.

No aspecto relacional, verificou-se que o vínculo não parece ser bem entendido pela maioria dos CDs das ESFs. Seus depoimentos refletiram o pensamento de que o vínculo se estabelece naturalmente em consequência de um tratamento odontológico prolongado e a aceitação deste pelo paciente, assim como pelo tempo de serviço do CD na UBS e por demonstrar que gosta do trabalho que realiza. Os CDs afirmaram que criar vínculo com a população é difícil devido ao sistema de livre demanda no serviço.

Usuários

Entre os usuários das UBSFs, o aumento do número de atendimentos foi relatado como um dos pontos mais visíveis do novo modelo, percebido pela ampliação do horário de trabalho dos profissionais e maior agilidade nos atendimentos. O depoimento a seguir parece resumir a percepção: “[...] depois que passou a ser PSF [...] abriu, digamos, escancarou a saúde, o SUS, as portas. Justamente pela equipe maior” (U-ESF).

Os usuários manifestaram que o sistema de fichas é melhor, porque entendem que agendamento significaria saber antecipadamente que vão precisar de atendimento. Afirmaram que não é possível antecipar o aparecimento de uma necessidade por meio de um agendamento, ou seja, desejam resolver seus problemas somente se e no momento em que aparecerem: “[...] eles não sabem quando vão ficar doentes [...]” (U-UBST).

Os usuários afirmaram que têm um bom relacionamento com a equipe, porque usam o serviço frequentemente. Quando questionados sobre a existência de acolhimento, dizem que não ocorre, pois são encaminhados aos atendimentos por ordem de chegada. A fala a seguir revela a forma como são recebidos no serviço: “[Imitando a enfermeira:] ‘qual é o próximo?’ E assim vai (...)” (U-UBST).

Gerentes

A ampliação do número de atendimentos é destacada também por esse grupo como um dos elementos que diferencia os dois modelos de atenção. Percebem que os usuários preferem o sistema de filas e a distribuição de fichas. Para o grupo de gerentes da UBSF, “[...] parece que o povo adora fila e adora ficha [...]”. (G-ESF).

Os gerentes percebem uma grande necessidade da população em procurar o serviço apenas para conversar, como uma necessidade: “[...] a gente acaba sendo [...] como [...] um depósito [...] psicológico, [...] bastante gente procura para conversar [...]”. (G-UBST). Porém, confirmaram que não realizam o acolhimento por falta de tempo e excesso de demanda de trabalho nas unidades.

Secretário municipal de saúde

O SMS salientou que a ampliação do número de atendimentos em UBSFs foi um dos destaques mais significativos do novo modelo. Afirmou também que, quando a atenção secundária do município passou a oferecer próteses, a fila de pedidos por dentaduras na prefeitura deixou de existir:

O pessoal ia lá [na prefeitura]: ‘Seu [Fulano], [...] eu consultei um dentista [particular], [...] preciso de uma dentadura, está aqui o orçamento.’ [...] Era assim que funcionava, e a gente autorizava. (SMS).

Discussão

Na análise empreendida neste estudo, foi possível reunir informações que permitem identificar quais mudanças do modelo de atenção em saúde bucal foram percebidas por diferentes atores do processo após a implantação da ESF em um município de pequeno porte.

A concordância encontrada entre os sujeitos sobre o significado mais visível da introdução da ESF no município foi relacionada ao aporte de recursos financeiros, que permitiu reestruturar fisicamente as Unidades Básicas de Saúde. Essa constatação parece indicar uma concepção histórica da valorização de tecnologias duras como o indicador mais visível da assistência em saúde (SOUZA; RONCALLI, 2007).

A ampliação do número de atendimentos como consequência do aumento da carga horária dos profissionais foi o segundo significado mais importante na percepção para a maioria dos sujeitos pesquisados. Esse fato se torna aceitável, pois a enorme demanda é uma resposta à expansão da oferta de procedimentos cirúrgico-restauradores; o que não é razoável é o fato de essa expansão ocorrer por livre demanda.

O acolhimento é uma solução para organizar a demanda de forma que ocorra a ruptura de todo aparato que signifique dificuldade de acesso dos usuários (SHEIHAM, 2000). Alguns gerentes não perceberam que fazem o acolhimento quando escutam os usuários que os procuram para apenas conversar. O acolhimento produz relações de escutas e responsabilizações as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção em busca do controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde (FRANCO *et al.*, 1999). Os CDs deste estudo não realizam o acolhimento, mas acreditam que possuem vínculo com os pacientes, porque para eles a produção de vínculo está relacionada com o desenvolvimento continuado de atividades clínicas, o que pode ser comprovado também em estudo com enfermeiros (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Para alguns dentistas, a visita domiciliar, que é uma ferramenta utilizada a partir de prioridade predefinida e que contribui para uma abordagem com direcionamento familiar na organização das ações assistenciais (CADERNO 17, 2008), parece ter sua concepção voltada somente para atividades de educação e prevenção, o que torna compreensível a reação do usuário quando gostaria de ver o CD realizando atendimentos clínicos na UBS.

No aspecto da compreensão das características operacionais das ações de saúde bucal na ESF, a promoção de saúde é entendida pelos CDs como atividades de prevenção e educação de forma individual. O conceito de promoção de saúde implica a incorporação da dimensão política e social como aspectos essenciais, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva (SHEIHAM, 2000).

A rotina de trabalho do CD em uma ESF deve relacionar os procedimentos clínicos com ações coletivas à equipe multiprofissional. Os profissionais, de

acordo com seus conhecimentos e com os recursos disponíveis, buscam a melhor solução que cada problema exige. No trabalho em equipe, ninguém perde seu núcleo de atuação profissional específica, porém a abordagem dos problemas é que assume uma nova dimensão. Conhecer, compreender, tratar e controlar passam a ser uma responsabilidade compartilhada. (CADERNO 17, 2008).

O município estudado mostra que o modelo assistencial não se assemelha com a rotina de trabalho em equipe idealizada pela ESF. Os CDs na ESF estão frente a uma nova realidade e também a um grande desafio, pois até agora sua formação foi direcionada basicamente para o trabalho com indivíduos e não com comunidades, com doenças e não com saúde, isolado em consultórios e não como integrante de uma equipe de trabalho (TRISTÃO, 2002).

Para a legitimidade e efetividade das ações de saúde, é imprescindível contar com os diferentes sujeitos que constituem o campo da saúde: usuários, trabalhadores e gestores. No aspecto da compreensão sobre a ESF, os usuários a reconhecem basicamente pela materialização da unidade e pelo aumento da equipe de saúde. Os gestores se eximem da culpa pela falta de informação da população sobre a ESF quando dizem que esclareceram os usuários em reuniões, mas se contradizem quando afirmam que um dos pontos frágeis na implantação do novo modelo é a falta de esclarecimento da população. Quanto mais informada a população estiver, mais capacitada estará para avaliar as ações e participar do processo de cuidado. Porém, seu nível de entendimento vai depender também da sua escolaridade e da efetividade das estratégias de comunicação e informação em saúde utilizadas tanto no âmbito da ESF quanto do Sistema Municipal de Saúde (TRAD *et al.*, 2002).

Desde o início da implantação do SUS, vários problemas se colocaram para sua operacionalização. Entre eles, está a resistência do antigo modelo assistencial (baseado na doença e em ações curativas individuais) a uma mudança mais substantiva nas práticas assistenciais. Entretanto, a convivência de dois modelos pode ser salutar em um momento de transição. Porém, como apontam os atuais documentos da estratégia, no futuro deverá ocorrer uma adoção mais homogênea da ESF

pelos municípios brasileiros, tendo em vista o próprio sucesso de sua implantação, principalmente em áreas mais carentes (VIANA; POZ, 2005).

Dentre as limitações deste estudo, destaca-se a possibilidade de que os CDs tenham aproveitado a oportunidade da entrevista para expressar suas angústias, o que pode ter aumentado o número e a intensidade de emoções negativas. Os usuários tiveram mais dificuldade de manifestar suas percepções, talvez por não exercitarem com frequência esse tipo de reflexão.

Percebe-se que, quando a experiência individual de cada sujeito na implantação do novo modelo de saúde bucal se resume a responder perguntas dicotômicas, a pesquisa não contempla o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, crenças, valores, hábitos e dinâmica das relações e fenômenos sociais (MINAYO, 2006). Por isso, a abordagem qualitativa foi adequada ao estudo, porque oferece maior valor explicativo aos aspectos subjetivos dos atores envolvidos.

Considerações finais

Os resultados mostram que a atenção em saúde bucal no município estudado não apresenta mudanças significativas que indiquem uma reorientação do modelo de atenção com base nas diretrizes da ESF. As mudanças mais visíveis são a melhora da estrutura física das UESF, o aumento do número de atendimentos e a presença mais frequente do profissional na unidade. O trabalho em ESF seria mais bem qualificado com profissionais formados na ótica da saúde coletiva, voltada para a responsabilização pela saúde da população, além do incentivo à educação permanente, prevista em lei. Também é necessária a ampla divulgação sobre os objetivos da ESF para a população, pois, dessa forma, se pode trabalhar com a corresponsabilidade do usuário.

Os resultados deste estudo podem ser semelhantes em vários municípios brasileiros considerando a complexidade da implantação da ESF no País. Diante da importância da reorientação da APS no Brasil, incluindo as Equipes de Saúde Bucal, mais estudos sobre avaliações do modelo de atenção devem ser feitos para verificar a efetividade, a eficiência e o impacto das ações realizadas. ■

Referências

- ANDRADE, K.L.C; FERREIRA, E.F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.1, mar. 2006, p. 123-130.
- ARAÚJO, Y.P; DIMENSTEIN M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.1, mar 2006, p. 219-227.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do programa Saúde da Família. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos%5Cguia_psf1.pdf>. Acesso em: 15 jun 2008.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria n° 648/GM de 28 de março de 2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 16 jun 2008.
- _____. Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA Nº 17. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/saude_bucal.html>. Acesso em: 11 jun 2008.
- FRANCOT.B; BUENOW.S; MERHY E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, n.2, abr. 1999, p. 345-353.
- GIBBS, G. *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- HENRIQUE, F; CALVO, M.C.M. Avaliação do Programa de Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.4, abr. 2008, p. 809-819.
- IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em 16 jun 2008.
- LEAL, R.B.; TOMITA, N.E. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.1, mar. 2006, p. 155-160.
- LOURENÇO, E.C. *et al.* A inserção de equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, supl. 1, out. 2009, p. 1367-1377.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- _____. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.
- POPE, C.; MAYS, N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- SCHIMITH, M.D; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.6, dez. 2004, p. 1487-1494.
- SHEIHAM, A; MOYSÉS, S.J. O papel dos profissionais de Saúde Bucal na Promoção de Saúde. In: BUISCHI, Y.P. *Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica*. São Paulo: Artes Médicas – EAP-APCD, 2000.
- SOUZA, T.M.S.; RONCALLI, A.G. Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.11, nov. 2007, p. 2727-2739.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- TRAD, L.A.B. *et al.* Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.7, n.3, 2002, p. 581-589.
- TRISTÃO, S.K. Perfil dos cirurgiões-dentistas da atenção básica interessados pelo Programa Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/perfilcirurgiao.doc>>. Acesso em: 23 set 2008.
- TURATO, E.R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.
- _____.
Recebido para publicação em Dezembro/2010
Versão definitiva em Março/2011
Conflito de interesses: Inexistente
Suporte financeiro: CAPES

Propostas de inclusão dos trabalhadores informais e desempregados nas políticas públicas brasileiras: breve análise a partir das Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador

Proposals for inclusion of informal workers and unemployed in Brazilian public policy: a brief analysis from the National Conferences on Occupational Health

Isabella de Oliveira Campos Miquilin¹, Heleno Rodrigues Corrêa Filho²

¹ Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).
isamiqui@fcm.unicamp.br.

² Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Livre-
Docente em Epidemiologia da Unicamp.
helenocf@unicamp.br.

RESUMO Este artigo teve por objetivo identificar as propostas de inclusão dos trabalhadores informais e desempregados nas políticas públicas, mediante análise dos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador. Após coleta e organização do material, analisamos as resoluções identificando aquelas que apresentam palavras ou termos que remetem a esses trabalhadores. Das 807 resoluções encontradas, 24 versavam sobre a garantia de acesso aos serviços de saúde, controle social, direitos trabalhistas e previdenciários aos trabalhadores informais e desempregados. Apesar de conquistas alcançadas, esforços ainda são necessários para efetivação das propostas e resoluções apresentadas.

PALAVAS-CHAVE: Congressos como assunto; Políticas públicas de saúde; Saúde do trabalhador; Trabalhadores.

ABSTRACT *This article aims to identify the proposals for inclusion of informal workers and unemployed people in public policy through examination of the final reports of the National Conferences on Occupational Health. After collecting and organizing the documents, we analyzed the resolutions identifying those that have words or terms that refer to these workers. From 807 resolutions found, 24 were about ensuring access to health services, social control, rights and social security to informal workers and unemployed. Despite its achievements, efforts are still needed for execution of the proposals and resolutions presented.*

KEYWORDS: *Congresses as topic; Health public policy; Occupational Health; Workers.*

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido com o objetivo de coordenar e integrar as ações de saúde das três esferas de governo, teve suas diretrizes e princípios incorporados na Constituição Federal graças às conquistas obtidas pela reforma sanitária brasileira durante a década de 1980.

Ao se estabelecer a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, houve ruptura com o padrão anterior de política social marcado pela exclusão de milhões de brasileiros (VASCONCELOS; PASCHE, 2006). A criação do SUS proporcionou outra etapa no processo de construção da cidadania e passou a expressar uma nova relação do Estado com a população. Os princípios da universalidade, equidade e integralidade, aliados ao controle social, colocaram os sujeitos como agentes ativos na sua conformação em caráter permanente (MAENO; CARMO, 2005).

A implementação de políticas públicas de Saúde do Trabalhador e sua sustentabilidade dependem de articulações e de movimentos sociais organizados conhecedores de seus próprios direitos. Nesse sentido, as três Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador (CNST) foram espaços democráticos privilegiados para a discussão do modelo de atenção à Saúde do Trabalhador no Brasil no âmbito do SUS, representando momentos históricos para a democracia brasileira e máxima organização dos movimentos sociais na luta do direito pela saúde e segurança dos trabalhadores. As resoluções apresentadas em seus relatórios finais pretendem subsidiar políticas nacionais de saúde, que garantam o acesso universal e igualitário, incluindo todos os trabalhadores nas ações de promoção da saúde e segurança nos ambientes de trabalho, além de propor outras políticas sociais.

Entretanto, para construção de um contexto da Saúde do Trabalhador que reflita os ideais de cidadania, justiça e universalidade, dois importantes segmentos também devem ser considerados pelo movimento dos trabalhadores organizados e pelo Estado: os trabalhadores informais e os desempregados.

Em 2008, segundo dados da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), 42% dos trabalhadores ocupados em centros urbanos no Brasil eram informais (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2010). Para Alves e Tavares (2006) o trabalho informal

corresponde tanto às formas consideradas tradicionais, como o trabalho por conta própria, quanto formas recentes nas quais os trabalhadores são submetidos a sucessivos contratos temporários sem estabilidade e registro na carteira de trabalho. Cacciamali (2000) utiliza o termo processo de informalidade para indicar as alterações estruturais econômicas e sociais capazes de redefinir as relações de produção e as formas de inserção de trabalho. Para a autora, esse processo pode ser estudado e representado por duas categorias: a dos trabalhadores assalariados sem registro, ou seja, contratados às margens da legislação trabalhista, e a categoria dos trabalhadores por conta própria, que se auto empregam por dificuldades de reemprego e ingresso no mercado de trabalho ou por opção (CACCIAMALI, 2000). Segundo Malaguti (2001) a informalidade é uma dimensão atemporal da sociedade do capital, universal e impossível de ser compreendida mediante conceitos fechados e setoriais como 'setor informal' ou 'relações não salariais' e, portanto, torna-se difícil encontrar terminologias e definições que expressem a complexidade desse fenômeno na sociedade.

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT) o trabalho informal caracteriza-se por "...fracos níveis de qualificação e de produtividade, falta de acesso à informação, aos mercados, ao financiamento, à formação e à tecnologia" (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2006 p.8). Além de serem menos incentivados à sindicalização (IRIART *et al.*, 2008), os trabalhadores informais apresentam remunerações inferiores às obtidas pelos formais, possuem maiores jornadas de trabalho e não possuem relações de trabalho que ofereçam proteções trabalhistas e previdenciárias (CACCIAMALI, 2000), estando vulneráveis a riscos no ambiente laboral como acidentes de trabalho e adoecimentos provenientes de piores condições laborais. Relatório realizado pela Comissão de Determinantes Sociais de Saúde (CDSS), apresentado à Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2007, apontou que trabalhadores com empregos informais estão em desvantagem em relação aos trabalhadores com carteira assinada em vários aspectos que, separadamente ou de forma interativa, podem afetar sua saúde e segurança (WHO, 2007).

Estudos nacionais encontraram dados relevantes sobre a saúde desses trabalhadores: Santana e Oliveira (2004), em inquérito populacional realizado na região metropolitana de Salvador entre trabalhadores da construção civil, identificaram que os informais tiveram maior taxa

de incidência de acidentes não fatais quando comparados aos demais trabalhadores que participaram do inquérito. Corrêa-Filho *et al.* (2010) em projeto-piloto, realizado em duas áreas de abrangência de agentes comunitários de saúde nas cidades de Campinas (SP) e Uberaba (MG), identificaram que 24,3% dos trabalhadores informais entrevistados em Campinas estavam expostos a condições de trabalho perigosas, tais como riscos de lesões e intoxicações por contaminantes ambientais, e 72,3% dos trabalhadores informais em Uberaba estavam expostos a violências (assalto ou roubo) e agressões.

Quanto ao desemprego, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelaram um percentual de 5,7% em novembro de 2010 (IBGE, 2010). Segundo Sen (1997) a situação de desemprego pode ser considerada como principal fator que leva à exclusão social. Para Pochmann (2009) a degradação dos postos de trabalho, associada à ausência de um sistema universal de garantia de rendimentos aos desempregados, faz com que se submetam a atividades ainda que precárias e sem vínculos laborais estabelecidos pelas leis trabalhistas vigentes. Essa situação pode durar por um longo período de tempo ou se tornar permanente, obrigando o trabalhador a continuar na informalidade de maneira praticamente definitiva (OLIVEIRA, 2005), o que evidencia um sintoma derivado de uma deficiência que reflete a incapacidade da sociedade de ocupar produtivamente a sua força de trabalho (NERI, 2002).

Estudos como o 'Solids Facts', publicado em 2003 pela Oficina Regional para a Europa da OMS, apontam para evidências sobre a relação entre as situações sociais e a saúde dos indivíduos e relatam que o desemprego, enquanto situação que compromete o acesso à renda, bens e serviços, fragiliza a autoestima, a interação social e a identidade pessoal, influenciando nas condições de saúde (WHO, 2003).

Apesar das flutuações nos percentuais de informalidade e desemprego decorrentes da crise global econômica ocorrida em 2008, é importante ressaltar que esses valores têm demonstrado tendência de queda nos últimos anos (POCHMANN, 2009). Verifica-se a redução da taxa de desemprego metropolitana de 19,5% em 2002 para 14,2% em 2009, além da queda da informalidade no conjunto dos ocupados que, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada pelo IBGE, caiu de 46,5% em 2002

para 42,7% em 2008 (DIEESE, 2010). Além disso, com base nos registros da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), estima-se que entre 2003 e 2009 tenham sido criados mais de 12 milhões de empregos formais no país (DIEESE, 2010).

Os esforços da sociedade para promover o acesso dos trabalhadores informais aos benefícios de proteção social culminaram com a Lei Complementar nº 128 de 19/12/2008, que estabelece condições especiais para que o trabalhador informal possa se tornar um empreendedor individual legalizado, passando a ter, dentre outros, direito à aposentadoria por idade, aposentadoria por invalidez, salário-maternidade, pensão por morte e auxílio-reclusão (BRASIL, 2010a).

No que se refere à elaboração de estratégias para promover o acesso dos trabalhadores informais e desempregados aos programas e serviços de Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS, verifica-se a implementação da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST). Essa iniciativa vem se consolidando mediante a expansão de uma rede regionalizada de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) que possuem a função de fornecer suporte técnico, educação permanente, coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores no âmbito da sua área de abrangência (BRASIL, 2006). Experiências exitosas podem ser encontradas durante essa fase de consolidação dos CEREST, como a implantação do Sistema de Vigilância de Acidentes de Trabalho (SIVAT) pelo CEREST de Piracicaba (SP) que abrange os trabalhadores informais (CORDEIRO *et al.*, 2005a).

Outra estratégia foi a criação do Observatório de Saúde do Trabalhador (OST) em 2010. Trata-se de uma iniciativa do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública no Rio de Janeiro (CESTEH/ENSP). Seu objetivo é manter articulações entre o movimento dos trabalhadores organizados, instituições públicas e privadas e profissionais de diversas áreas do conhecimento, funcionando como facilitador no processo de planejamento das ações interinstitucionais em Saúde do Trabalhador.

No entanto, apesar de esforços empreendidos para garantir políticas de assistência social e de saúde a esses

trabalhadores, medidas de vigilância e controle dos agravos à saúde continuam fugazes e pouco consistentes.

Ante ao exposto, este artigo teve por objetivo examinar os relatórios finais das três Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador, analisando as resoluções que apresentaram propostas de inclusão dos trabalhadores informais e desempregados nas políticas públicas abrangidas nessas Conferências.

Método

Analisamos os relatórios finais das três Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador ocorridas em 1986, 1994 e 2005. Os relatórios são documentos oficiais que podem ser obtidos em formato eletrônico por diversas fontes e apresentam registros das propostas discutidas e resoluções apresentadas pelos participantes das Conferências. Os documentos utilizados foram obtidos nos sites do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a fim de garantir a credibilidade das informações.

No primeiro momento, procedemos com a organização das fontes analisadas: de posse do material impresso, foram identificadas, nos relatórios, as seções contendo todas as resoluções aprovadas nas plenárias finais, separando-as das demais partes dos documentos tais como textos complementares, palestras e painéis. No total, foram encontradas 807 resoluções, sendo 178 na primeira Conferência, 258 na segunda e 344 na terceira. Resoluções suprimidas foram extraídas dessa contagem.

No segundo momento, após leitura de todo material coletado, realizamos breve revisão dos contextos socioeconômicos e da Saúde do Trabalhador no período correspondente a cada Conferência. Para tanto, utilizamo-nos de referencial teórico obtido a partir de fontes de informação impressa, como livros sobre Saúde do Trabalhador e relatórios finais das Conferências, além da base de dados eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) (<http://www.scielo.org/php/index.php>) e do site de pesquisa Google (<http://www.google.com.br>), por meio de busca integrada dos termos: mercado de trabalho, contexto socioeconômico, trabalho informal, desemprego, Sistema Único de Saúde, Saúde do Trabalhador, Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, reforma sanitária e palavras correlatas, tendo como período de referência 1980 a 2011.

No terceiro momento, nas sessões correspondentes às propostas e resoluções das Conferências, procedemos com busca das palavras 'informal' e 'desemprego', considerando ainda outros termos que remetesse a esses trabalhadores. Dessa forma, foram selecionadas apenas as resoluções que apresentaram propostas de políticas públicas contendo as palavras ou termos investigados, não incluindo aquelas que remetiam a ações ou políticas públicas universais, ou seja, que não especificavam a participação desses trabalhadores mediante citação das palavras ou termos usados na busca.

Ao final desse processo, a própria leitura do material pesquisado conduziu à elaboração de três categorias de análise as quais refletem os propósitos da pesquisa (Quadro 1).

Quadro 1. **Categorias de análise e suas respectivas descrições**

CATEGORIAS DE ANÁLISE	DESCRIÇÃO
Resoluções abrangendo os trabalhadores informais e desempregados	Esta categoria refere-se às resoluções que apresentam propostas de políticas públicas que abrangem tanto os trabalhadores informais quanto os desempregados, tendo em seus textos palavras ou termos que remetem a esses trabalhadores.
Resoluções abrangendo os trabalhadores informais	Categoria que apresenta resoluções contendo propostas de políticas públicas que incluem os trabalhadores informais, citando-os diretamente ou por meio de expressões que remetem a esses trabalhadores, tais como: trabalhador autônomo, trabalhador sem carteira de trabalho e conta própria.
Resoluções abrangendo os trabalhadores desempregados	Categoria que apresenta resoluções contendo propostas de políticas públicas que incluem os trabalhadores desempregados.

Fonte: Elaboração Própria

Resultados e discussão

I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

A I CNST, ocorrida em dezembro de 1986, teve origem a partir das deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em março desse mesmo ano (BRASIL, 1986) e da mobilização de técnicos da área da saúde e sindicalistas influenciados pelo movimento italiano. As propostas redigidas nesse evento foram levadas para constituinte em 1988 e incorporadas na Constituição Federal em seu capítulo da saúde, ficando sob responsabilidade do SUS as ações em saúde do trabalhador (OLIVEIRA; VASCONCELLOS, 2000). Os temas centrais que nortearam as discussões nessa Conferência foram: diagnóstico da situação de saúde e segurança dos trabalhadores; novas alternativas de atenção à saúde dos trabalhadores e Política Nacional de Saúde e Segurança dos Trabalhadores.

Esse período foi marcado por lutas dos trabalhadores e da sociedade brasileira pela democracia, momento em que a sociedade civil se organizou para promover a reforma sanitária (STOTZ, 2003). A economia do país que se apresentava em expansão sofreu uma inflexão a partir dos primeiros anos da década 1980 e os níveis de desemprego e informalidade passaram a aumentar principalmente a partir de 1986 (AMADEO *et al.*, 1994). Além disso, destacavam-se as precárias condições de trabalho expressas por: subnotificação das doenças ocupacionais e dos acidentes de trabalho; extensas jornadas de trabalho; falta de estabilidade no emprego; inexistência de liberdade e autonomia sindicais; ausência do cumprimento dos mais elementares direitos dos trabalhadores e baixos salários (BRASIL, 1986).

Na análise das resoluções apresentadas nessa Conferência foram encontradas duas propostas direcionadas aos trabalhadores informais que, mesmo não os citando diretamente em seus textos, remetiam a situações de trabalho com ausência de vínculo empregatício formal: garantia de aposentadoria com remuneração mínima aos trabalhadores rurais, independente de terem contribuído ou não para o sistema previdenciário; reconhecimento da profissão de empregada doméstica e que essa usufrua de todos os direitos trabalhistas.

Apesar dessas propostas não serem especificamente voltadas para saúde dos trabalhadores, representam

ações que podem influenciar em suas condições de vida. Análise realizada a partir dos microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) identificou que na década de 1990 a concessão de aposentadorias aos trabalhadores rurais aumentou a renda *per capita* no campo (KRETER; BACHA, 2006).

O reconhecimento da profissão de empregada doméstica e o direito a proteções trabalhistas e previdenciárias é um dos grandes pontos a serem discutidos entre os movimentos sociais. Inquérito conduzido na cidade de Salvador (BA) com 1.650 mulheres encontrou percentual de acidentes de trabalho não fatais maior entre as trabalhadoras domésticas do que as demais participantes da pesquisa (SANTANA *et al.*, 2003), mostrando a importância de cobertura das leis trabalhistas e previdenciárias a essas trabalhadoras.

Os eixos temáticos propostos para discussão nessa Conferência foram de relevância ímpar para o debate sobre o direito ao trabalho digno e ao atendimento de saúde público, universal, integral e igualitário, porém não foram observadas citações diretas sobre a inclusão dos trabalhadores informais e dos desempregados em políticas públicas específicas, de forma que esses ficaram subentendidos nos textos em propostas amplas, o que infere a inclusão de todos os trabalhadores sem distinção.

II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

A II CNST realizada em Brasília, em 1994, teve como tema central: 'Construindo uma política de Saúde do Trabalhador'. Considerando a saúde como sendo:

[...] um estado de bem-estar decorrente de um conjunto de determinantes políticos, socioeconômicos, ambientais, além dos biopsíquicos, que agem direta ou indiretamente sobre o indivíduo e/ou a coletividade. (BRASIL, 1994, p.20).

Destaca-se como proposta principal dessa Conferência a unificação de todas as ações de Saúde do Trabalhador no SUS, o que levaria a ações conjuntas do Ministério do Trabalho, Ministério da Saúde e Ministério da Previdência Social na elaboração de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador, que integrasse ações entre os três Ministérios. Para auxiliar na formulação de propostas para essa política, o tema

central foi desdobrado em três temas complementares: 'desenvolvimento, meio ambiente e saúde'; 'cenário da Saúde do Trabalhador de 1986 a 1993' e 'perspectivas e estratégias de avanço na construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador' (BRASIL, 1994).

No país, políticas econômicas neoliberais adotadas pelo governo brasileiro a partir da década de 1990 geraram, além das privatizações, rompimento com as políticas de desenvolvimento regional e outras medidas nacionais de ordem econômica, impulsionando um processo de reestruturação produtiva que resultou no aumento dos níveis de informalidade e desemprego (POCHMANN, 2001). Dias e Hoefel (2005) descrevem que nos anos 90, enquanto ainda se comemoravam as conquistas do movimento da Saúde do Trabalhador, mudanças na forma de organizar e gerenciar o trabalho estavam se estruturando e direcionando ações para efetivação de um Estado mínimo, destacando-se a precarização do trabalho, perdas de direitos trabalhistas e previdenciários historicamente conquistados.

No relatório final da II CNST encontramos quatro resoluções que apresentaram propostas de inclusão dos trabalhadores informais e desempregados em políticas públicas.

Duas dessas resoluções citaram a participação dos trabalhadores informais e desempregados nas seguintes propostas: garantir acesso universal aos serviços de saúde; atenção integral dos trabalhadores em todos os níveis de assistência de acordo com as necessidades de atenção, promoção, tratamento e reabilitação em saúde.

Outras duas resoluções abrangeram os trabalhadores informais nas seguintes propostas: participar e ocupar lugar destinado aos usuários nos fóruns relacionados à Saúde do Trabalhador; participação e abrangência dos trabalhadores nos sistema de informação em Saúde do Trabalhador.

Ainda que pequeno, nota-se o aumento das resoluções que propõem a participação dos trabalhadores nas ações e serviços de saúde. As propostas apresentadas representam o esforço em se fazer cumprir o que foi determinado em lei: acesso universal e igualitário, garantia do controle social e ações de serviço de vigilância em Saúde do Trabalhador.

Na década de 1990, novas tecnologias e métodos gerenciais nos processos de trabalho modificaram o

perfil de saúde, adoecimento e sofrimento dos trabalhadores (ABRAMIDES; CABRAL, 2003; MAENO; CARMO, 2005), configurando um perfil de morbidade em que doenças profissionais clássicas, como silicose, intoxicações por metais pesados e por agrotóxicos conviviam com formas de adoecimento mal caracterizadas e sofrimento mental (MAENO; CARMO, 2005). A análise da saúde do trabalhador passou a exigir estudos sobre impactos do regime de acumulação flexível sobre as relações de trabalho configuradas a partir desse período (ABRAMIDES; CABRAL, 2003).

Lacaz e Flório (2009) apontam para as barreiras impostas pela globalização e reestruturação produtiva ao controle social no campo da Saúde do Trabalhador em decorrência do enfraquecimento das representações sindicais e ausência de participação dos trabalhadores informais, inclusive daqueles que trabalham de forma precária. Dessa forma, é pertinente a reivindicação dos movimentos sociais para inclusão dos trabalhadores informais nas políticas públicas, uma vez que é vasta a literatura que aponta para a vulnerabilidade desses trabalhadores quanto a aspectos de saúde, segurança, ausência de proteção trabalhista e previdenciária (GIATTI; BARRETO; CÉSAR, 2008; IRIART *et al.*, 2008; CORRÊA-FILHO *et al.*, 2010; WHO, 2007).

No que tange a questão da vigilância, verificam-se problemas como a disponibilidade limitada de acesso e a não inclusão dos trabalhadores informais e desempregados nas estatísticas. Facchini *et al.* (2005) apontam que o sistema de informações em Saúde do Trabalhador deva ser articulado com os vários níveis de atenção, inclusive com os Programas de Saúde da Família, uma vez que poderiam ser mais eficientes em captar agravos decorrentes do trabalho informal.

Notamos que as propostas referentes ao controle social e participação no sistema de vigilância em Saúde do Trabalhador não citaram a inclusão dos desempregados. Vale ressaltar que o desemprego é um problema social que causa um sentimento de insegurança generalizado em trabalhadores de todos os ramos e setores de atividade (SANTOS, 2008) e, além disso, pode estar relacionado ao pior estado de saúde autorreferido e menor acesso a serviços de saúde (GIATTI; BARRETO, 2006; GIATTI; BARRETO; CÉSAR, 2008).

III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

A III CNST ocorreu em 2005 sob o lema 'Trabalhar sim, adoecer não', que evidenciava a ainda insustentável condição dos trabalhadores observada nas elevadas taxas de adoecimento e acidentes de trabalho, teve como eixos temáticos as seguintes questões: como garantir a integralidade e a transversalidade da ação do Estado na saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras? Como incorporar a saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras nas políticas de desenvolvimento sustentável no país? Como efetivar e ampliar o controle social em saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras? (BRASIL, 2005).

Nesse período a estratégia da RENAST, instituída a partir da Portaria MS/GM nº 1.679/02, já estava em vigor (DIAS; HOEFEL, 2005). Sua implantação representou uma nova etapa na evolução do sistema de saúde no país e foi vista como a principal estratégia da Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS (MAENO; CARMO, 2005). A atuação e o aprimoramento das ações dos CEREST estaduais e regionais vêm atuando na consolidação da RENAST.

Quanto à situação do mercado de trabalho, segundo estimativas da Pesquisa Mensal de Emprego (PME) realizada pelo IBGE, a População Economicamente Ativa (PEA) em 2005 correspondia a 22,2 milhões de pessoas, sendo 20,1 milhões trabalhadores ocupados e 2,1 milhões desocupados (IBGE, 2005). Entre os ocupados, 35,2% eram trabalhadores por conta própria e empregados sem carteira no setor privado (IBGE, 2005).

As condições de trabalho na época foram consideradas pelos membros participantes da Conferência como sendo resultado do processo de globalização excludente e de reestruturação produtiva geradora de subempregos, precarização do trabalho, informalidade e outras modalidades de trabalho que não respeitavam as leis trabalhistas vigentes (BRASIL, 2005).

Analisando os relatórios finais da III CNST verificamos que das 18 resoluções encontradas, três foram referentes aos trabalhadores informais e desempregados, três aos desempregados e doze aos informais.

As resoluções que abrangeram a inclusão dos informais e desempregados versaram sobre as seguintes propostas: garantia irrestrita da universalidade, integralidade e equidade no acesso aos serviços de saúde a todos os

trabalhadores, com ou sem vínculo empregatício, sendo informal ou não; ampliação de políticas de emprego com inclusão dos trabalhadores informais; ampliação do controle social das instituições públicas e privadas nas áreas da Saúde, Previdência, Meio Ambiente, Recursos Hídricos, Ministério Público e Ministério do Trabalho, promovendo mecanismos de participação dos trabalhadores informais e desempregados.

As seguintes resoluções apresentaram propostas que contemplaram os trabalhadores desempregados: incorporar nas políticas públicas das três esferas de governo a necessidade de intervenção sobre contextos e situações de risco à saúde dos trabalhadores, como o desemprego; mobilizar todos os segmentos da sociedade para o enfrentamento das questões que envolvam incorporações de novas tecnologias que impliquem em desemprego, prejuízos a saúde dos trabalhadores e ao meio ambiente; criar e implementar mecanismos que ampliem o controle social em segurança e saúde do trabalhador evitando a utilização de tecnologias que causem desemprego, danos à saúde e à qualidade de vida dos trabalhadores.

Por último apresentamos as propostas que incluíram os trabalhadores informais: garantir a inclusão dos trabalhadores informais em políticas universais, inter-setoriais e integradas entre os Ministérios do Trabalho, Previdência e Saúde que garantam ações preventivas, de promoção da saúde, de vigilância (epidemiologia sanitária e ambiental), reabilitação e atendimento humanizado nas três esferas de governo; garantir políticas de erradicação do trabalho precário e de diminuição da informalidade; ampliar ações em saúde do trabalhador que envolvam prioritariamente políticas de saúde, previdência social e de assistência social incluindo os trabalhadores informais; impedir, mediante leis específicas, transferência de atividades perigosas aos trabalhadores informais; garantir direitos trabalhistas e previdenciários aos trabalhadores domésticos e autônomos; elaborar sistema de notificação que seja instrumento de controle epidemiológico, auxiliando na fiscalização e prevenção de doenças e acidentes entre os trabalhadores não abrangidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT); compilar nos sistemas de informação em saúde do SUS dados dos atendimentos prestados aos trabalhadores acidentados e portadores de doenças relacionadas

ao trabalho, inclusive dos trabalhadores informais; promover a discussão de ações integradas entre ambiente de trabalho, processo produtivo e meio ambiente nas três esferas de governo abrangendo os trabalhadores informais; estabelecer políticas para o desenvolvimento sustentável considerando o direito universal à vida e à saúde, com propostas de políticas de emprego que incluam os trabalhadores informais; fortalecer a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) em todos os níveis do SUS e que essa garanta os direitos dos trabalhadores formais e informais; implantar e estabelecer o controle social em Saúde do Trabalhador, garantindo a participação da sociedade civil organizada no conselho gestor dos CEREST facilitando também a participação dos trabalhadores informais.

Observamos que nessa Conferência houve propostas mais inclusivas sobre a participação dos trabalhadores informais e dos desempregados nas políticas públicas de Saúde do Trabalhador no Brasil. Além disso, versou sobre propostas já apresentadas em Conferências anteriores, como a garantia da universalidade, integralidade e equidade no acesso aos serviços de saúde aos trabalhadores. Novamente observa-se a preocupação com o controle social, que representa condição necessária para que os trabalhadores informais e desempregados sejam atores capazes de intervir nas políticas públicas sociais e de saúde no país.

Notamos a preocupação na elaboração de propostas de políticas intersetoriais integradas entre os Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Previdência Social. Isso resulta do entendimento de que as condições de trabalho não podem apenas ser observadas sob uma única ótica, uma vez que as repercussões geradas pelo trabalho informal e desemprego comprometem não apenas o indivíduo como também toda sociedade.

A erradicação dos contratos precários e as políticas de desenvolvimento do trabalho formal foram preocupações reivindicadas pelos participantes dessa Conferência. A atenção à Saúde dos Trabalhadores informais não envolve apenas medidas de promoção à saúde ou curativas, mas também deve envolver ações que garantam trabalho digno a partir de ações integradas entre os Ministérios da Previdência Social e demais Ministérios, englobando políticas econômicas, desenvolvimento industrial, comércio e outros. São

necessários esforços para que esses trabalhadores passem a usufruir de direitos previdenciários, a exemplo do projeto do microempreendedor individual.

Verifica-se a proposta de criação de um grupo interministerial de estudos envolvendo os Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Previdência e Assistência Social para elaborarem, juntamente com o Instituto Nacional de Segurança Social (INSS) e com os trabalhadores, um sistema de notificação de acidentes e doenças que envolva os trabalhadores não abrangidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

De acordo com dados do Ministério da Previdência Social (MPS), em 2007 foram registrados 653.090 acidentes e doenças do trabalho entre os trabalhadores assegurados da Previdência Social (BRASIL, 2010b). Em 2009 foram registrados 723.500 acidentes do trabalho (BRASIL, 2009), mostrando que este fato ainda é uma realidade a ser enfrentada no país.

Por isso, a criação e expansão do sistema de notificação de acidentes e de informações contidas nos relatórios de atendimentos tornam-se especialmente relevantes, uma vez que existem poucos registros sobre acidentes e adoecimento entre os trabalhadores sem vínculo formal de trabalho. Analisando acidentes de trabalho na cidade de Botucatu, Cordeiro *et al.* (2005b) estimaram um percentual de 79,5% de subnotificação de acidentes entre trabalhadores formais, sendo que se acrescidos os acidentes entre os trabalhadores informais esse percentual poderia corresponder a 91,7% (CORDEIRO *et al.*, 2005b).

Medidas de inclusão dos trabalhadores informais nas políticas públicas de Saúde do Trabalhador foram voltadas para a garantia do direito desses trabalhadores na participação da formulação dessas políticas e no direito ao trabalho decente, o que só pode acontecer caso sejam implantadas e implementadas as propostas de participação de todos os trabalhadores no conselho gestor dos CEREST e realização de políticas de emprego articuladas com a União, Estados e Municípios.

Quanto ao desemprego, este foi considerado como uma situação de risco à saúde dos trabalhadores. As propostas apresentadas para combatê-lo foram direcionadas para a incorporação de políticas capazes de intervir nas situações geradoras de desemprego, garantindo também o controle social na participação

e planejamento de ações que gerem oportunidades de trabalho e no debate da segurança e saúde dos trabalhadores. Apesar da III CNST ter dado pouco destaque aos desempregados, ela apresentou resoluções mais elaboradas do que aquelas apresentadas na II CNST, além de enfatizar a intersectorialidade como principal meio para se combater as situações geradoras de desemprego e os impactos causados na saúde dos trabalhadores.

Considerações finais

As resoluções contendo propostas de inclusão dos trabalhadores informais e desempregados nas políticas públicas apresentaram um pequeno avanço no decorrer das Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador, sendo encontradas mais propostas voltadas aos trabalhadores informais do que aos desempregados.

Por ser uma classe fragmentada por diversas categorias, inclusive aquelas em que os trabalhadores se encontram em condições precárias de trabalho e expostos a riscos de acidentes, os trabalhadores informais apresentam demandas que precisam ser traduzidas na área da saúde em forma de políticas públicas que garantam

assistência integral e o acesso aos serviços de saúde, conforme proposto nas resoluções.

O desemprego, situação que compromete a renda e leva à exclusão social, foi considerado consequência de múltiplos contextos desfavoráveis, o que resultou em resoluções direcionadas para articulações intersectoriais com garantia da participação conjunta desses trabalhadores.

As propostas observadas nas Conferências não tratavam apenas de integrar os trabalhadores informais e desempregados em sistemas de vigilância e ações de promoção da saúde, mas em combater qualquer tipo de trabalho precário e perigoso e promover políticas de incentivo à formalização e geração de empregos, mostrando a necessidade de articulação intersectorial e comprometimento do Estado.

Este estudo não teve por pretensão esgotar as possibilidades de analisar esses documentos, entendendo ainda que tais resoluções podem não representar a totalidade das discussões ocorridas nos eventos. No entanto, sugerimos que diante da vasta literatura que mostra a vulnerabilidade desses trabalhadores, os movimentos sociais reivindiquem a execução das resoluções propostas, pois, ainda que pequenos ganhos já tenham sido alcançados, muito mais pode ser feito a fim de melhorar as condições de vida e saúde desses trabalhadores. ■

Referências

ABRAMIDES, M. B. C.; CABRAL, M. S. R. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 17, n. 1, jan./mar. 2003, p. 3-10.

ALVES, M. A.; TAVARES, M. A. A dupla face da informalidade do trabalho: autonomia ou precarização. In: ANTUNES, R. (Org). *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2006.

AMADEO, E. *et al. A natureza e o funcionamento do mercado de trabalho brasileiro desde 1980*. Rio de Janeiro: IPEA, 1994. Textos para Discussão, n. 353.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. *Anuário Estatístico da Previdência Social de 2009*. Disponível em: <<http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=989>>. Acesso em: 03 fev 2011.

_____. *Empreendedor: Semana de mobilização eleva número de formalizados no país*. 2010a. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/vejaNoticia.php?id=40667>>. Acesso em: 12 jan 2011.

_____. *Informações Estatísticas Relativas à Segurança e Saúde Ocupacional*. 2010b. Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=500>>. Acesso em: 08 ago 2010.

_____. Ministério da Saúde. Resoluções da 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. In: *1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*, Brasília, DF, 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1a_conf_nac_saude_trabalhador.pdf>. Acesso em: 15 fev 2010.

_____. Resoluções da 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. In: *2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*, Brasília, DF, 1994. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/saudedotrabalhador/Arquivos/Sala203.pdf>>. Acesso em: 15 fev 2010.

_____. Resoluções da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. In: *3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador*,

- Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/trabalhador/pdf/relatorio_final_3con.pdf>. Acesso em: 15 fev 2010.
- _____. *Manual de Gestão e Gerenciamento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador*. 2006.
- CACCIAMALI, M. C. Processo de Informalidade, flexibilização das relações de trabalho e proteção social na América Latina. *Economia e Sociedade*, Campinas, n. 14, jun. 2000, p. 153-174.
- CORDEIRO, R. et al. O sistema de vigilância de acidentes do trabalho de Piracicaba, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 21, set./out. 2005a.
- CORDEIRO, R. et al. Subnotificação de acidentes do trabalho não fatais em Botucatu, SP, 2002. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 2, abr. 2005b.
- CORRÊA-FILHO, H.R. et al. Epidemiological surveillance of informal workers' health in two cities in southeastern Brazil: the experience of the TRAPP-TRAPPURA projects. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, v. 15, n. 1, jan./mar. 2010, p. 36-43.
- DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, out./dez. 2005, p. 817-828.
- DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. *Mercado de trabalho brasileiro: evolução recente e desafios*. 2010. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/ped/mercadoTrabalhoEvolucaoDesafio2010.pdf>>. Acesso em: 10 fev 2011.
- FACCHINI, L. A. et al. Sistema de informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, 2005.
- GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 1, fev. 2006, p. 99-106.
- GIATTI, L.; BARRETO, S. M.; CÉSAR, C. C. Informal work, unemployment and health in Brazilian metropolitan areas, 1998 and 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, out. 2008, p. 2396-2406.
- IBGE. *Comunicação Social: Pesquisa Mensal de Emprego*. 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=485>. Acesso em: 01 fev 2010.
- _____. *Comunicação Social: Em novembro, taxa de desocupação foi de 5,7%*. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1790&id_pagina=1>. Acesso em: 10 jan 2011.
- IRIART, J. A. B. et al. Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, jan./fev. 2008, p. 165-174.
- KRETER, A. C.; BACHA, C. J. C. A avaliação da equidade da Previdência no meio rural do Brasil. *Revista de Economia e Sociologia Rural*, Brasília, v. 44, n. 3, jul/set. 2006, p. 467-502.
- LACAZ, F. A. C.; FLÓRIO, M. R. Controle social, mundo do trabalho e as conferências nacionais de saúde da virada do século XX. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, dez. 2009.
- MAENO, M.; CARMO, J. C. *Saúde do Trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- MALAGUTI, M. L. *Crítica à Razão Informal: a imaterialidade do salariado*. São Paulo; Vitória: EDUFES, 2001.
- NERI, M. O desemprego no censo: a febre e o termômetro. *Revista FGV. Conjuntura Econômica*, v. 56, n. 6, jun. 2002, p. 54-55.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe: Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad*, 2010.
- _____. *Organização Internacional do Trabalho. OIT e a economia informal*. Lisboa, 2006.
- OLIVEIRA, L. P. J. *A condição 'provisória-permanente' dos trabalhadores informais: o caso dos trabalhadores de rua na cidade de Salvador*. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.
- OLIVEIRA, M. H. B.; VASCONCELLOS, L. C. F. As políticas públicas brasileiras de saúde do trabalhador: tempos de avaliação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 55, maio/ago. 2000, p. 92-103.
- POCHMANN, M. *A década dos mitos*. São Paulo: Contexto, 2001.
- _____. *O trabalho na crise econômica no Brasil: primeiros sinais. Estudos Avançados*, São Paulo, v. 23, n. 66, 2009.
- SANTANA, V. S. et al. Emprego em serviços domésticos e acidentes de trabalho não fatais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, n. 37, v. 1, 2003, p. 65-74.
- SANTANA, V. S.; OLIVEIRA, R. P. Saúde e trabalho na construção civil em uma área urbana do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, Mai./Jun. 2004, p. 797-811.
- SANTOS, G. P. G. Desemprego, informalidade e precariedade: a situação do mercado de trabalho no Brasil pós-1990. *Pro-Posições*, Campinas, v. 19, n. 2, maio/ago. 2008, p. 151-161.
- SEN, A. Inequality, unemployment and contemporary Europe. *International Labour Review*, v. 136, n. 2, 1997, p. 155-171.

STOTZ, E. N. Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 17, n. 1, jan./mar. 2003, p. 25-33.

VASCONCELOS, C. M. D.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, GWS (org.) *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Employment Conditions Knowledge Network* (EMCONET). Geneva, 2007.

_____. *Social determinants of health: The solid facts*. 2ed. Geneva, 2003.

Recebido para publicação em Dezembro/2010
Versão definitiva em Agosto/2011
Conflito de interesses: Inexistente
Suporte financeiro: FIOCRUZ/ENSP e CAPES/MEC.

O cuidado de enfermagem no campo da saúde pública: reflexões sobre suas possibilidades

The care of nursing in the field of public healthcare: reflections on their chances

Vanessa de Almeida Ferreira¹, Luciana Valadão Alves Kebian², Sonia Acioli³

¹ Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).
nessa_aferreira@hotmail.com

² Mestranda em Enfermagem pela UERJ.
lucianavvalves@hotmail.com

³ Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem da UERJ; Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UERJ.
soacioli@gmail.com

RESUMO O texto objetiva refletir sobre o desafio de expressão do cuidado de Enfermagem no campo da saúde pública, buscando apresentar uma aproximação das práticas de Enfermagem neste campo de atuação e um breve histórico da construção do cuidado na área da Enfermagem. Sendo o cuidado o elemento estrutural na prática de Enfermagem, torna-se necessário desenvolver estudos que objetivem identificar, conhecer e analisar as práticas de cuidados que são realizadas pelos enfermeiros no campo da saúde pública, já que estudos publicados sobre os cuidados de Enfermagem são mais direcionados para o cuidado na perspectiva hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem em saúde pública; Cuidado de enfermagem; Prática de enfermagem.

ABSTRACT *The text seeks to reflect on the challenge of expressing the care of nursing in the field of public healthcare, aiming at present proximity between Nursing practices in this field of operation and a brief summary of the development of care in the area of Nursing. As care is a structural element in the Nursing practice, it is necessary to develop studies that seek to identify, acknowledge and analyze the care practices that are being carried out by nurses in the field of public healthcare since the studies published on Nursing care are more focused on care in the hospital perspective.*

KEYWORDS: *Public health nursing; Nursing care; Nursing practice.*

Introdução

O debate a respeito do cuidado como razão existencial e objeto de trabalho da profissão de Enfermagem parece atual (HENRIQUES; ACIOLI, 2004; SILVA, 1997; WALDOW, 2006). Todavia, o cuidado na Enfermagem tem sido marcado por certa imprecisão conceitual devido à variedade de sentidos presentes nas teorias de Enfermagem. Essas teorias buscam a formalização dessa profissão como ciência da saúde, a qual tem no cuidado sua base histórica (SILVA *et al.*, 2006).

Observa-se que a maior parte dos estudos publicados sobre os cuidados de Enfermagem é direcionada para o cuidado na perspectiva hospitalar e relacionada ao cuidado de grupos específicos (MEDINA; BACKES, 2002; RODRIGUES; CAETANO; SARES, 2002).

Em estudo realizado pelas autoras Ferreira e Acioli (2009) sobre a produção científica desenvolvida por enfermeiros em relação ao cuidado de Enfermagem na atenção primária em saúde, no período de 1990 a 2007, constatou-se o número reduzido de produções relacionadas ao cuidado de Enfermagem no campo da saúde pública. A análise possibilitou identificar o distanciamento da prática do enfermeiro, neste campo de atuação, em relação à reflexão sobre o desenvolvimento do cuidado de Enfermagem.

Ao refletir sobre a importância do cuidado do enfermeiro na saúde pública surgem algumas indagações motivadoras deste artigo: como a Enfermagem se insere no campo da saúde pública? Quais são as formas de expressão do cuidado do enfermeiro no campo da saúde pública? Como o cuidado de Enfermagem é identificado no campo da saúde pública?

Nesse sentido, identifica-se como desafio a reflexão sobre as possibilidades de expressão do cuidado de Enfermagem no campo da saúde pública. Sendo o cuidado o elemento estrutural na prática de Enfermagem, torna-se necessário desenvolver estudos que objetivem identificar, conhecer e analisar as práticas de cuidados que são realizadas pelos enfermeiros no campo da saúde pública.

Neste artigo, objetiva-se refletir sobre as possibilidades de expressão do cuidado de Enfermagem no campo da saúde pública. Para tal, apresenta-se uma aproximação das práticas de Enfermagem neste campo de atuação e um breve histórico da construção do cuidado na área da Enfermagem.

A Enfermagem no campo da saúde pública

A Enfermagem de saúde pública surge em 1922, ao ser criado o Serviço de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), organizado e dirigido por enfermeiras norte-americanas, que vieram ao Brasil por meio de um convênio entre o Serviço Internacional da Fundação Rockefeller e o DNSP. Tinha-se como objetivo colaborar efetivamente no controle dos graves problemas de saúde pública, uma vez que representavam sérios obstáculos para o desenvolvimento econômico brasileiro (SANTOS; FARIA, 2004; PIRES, 1989).

O final do século XIX no Brasil é caracterizado pela política econômica agrária de exportação do café. Sendo a exportação desse produto a principal fonte de riqueza do País, era necessário garantir a qualidade de sua exportação. Nesse sentido, tornava-se fundamental a realização de ações relativas ao saneamento dos portos e que as doenças, como a cólera e a varíola, fossem controladas (PIRES, 1989).

A sociedade brasileira dessa época vivenciava, não apenas no plano econômico, mas também no plano sociopolítico, a crise do capitalismo industrial, na qual países que comercializavam com o Brasil ameaçavam parar com as negociações caso persistissem as epidemias e endemias. Esse fato obteve atenção especial por parte do governo no sentido de implementar o saneamento dos portos e núcleos urbanos do País. Esse contexto faz com que a saúde pública cresça como questão social no Brasil (GERMANO, 1993).

A cafeicultura também favoreceu a industrialização e a expansão do comércio devido à aplicação dos lucros advindos do café nas cidades (BERTOLLI FILHO, 1996). O Brasil vivia, então, um período de crescimento populacional e de formação dos grandes centros urbanos, realizados desordenadamente, o que produziu precárias condições de moradias e de vida.

Nesse cenário, a atenção à saúde emergiu de forma efetiva como prioridade para o governo no Brasil, pois era necessária a preservação desse contingente de trabalhadores ativos. Todavia, as melhorias das condições de saúde estavam relacionadas basicamente ao saneamento dos portos e ao combate das endemias e epidemias.

De acordo com Carvalho *et al.* (2001), ocorreram profundas mudanças no Brasil após a desvalorização do café no mercado mundial devido à longa crise do café. O pólo dinâmico da economia foi deslocado para os centros urbanos em busca de empreendimentos industriais e surgiu, dessa forma, um novo contingente de trabalhadores assalariados.

O surgimento do trabalho assalariado, a chegada de operários europeus, o fim da escravidão e as consequências da crise do capitalismo internacional, na década de 1920, contribuíram para que a economia brasileira se estruturasse no mesmo modelo do capitalismo internacional (PIRES, 1989). A referida década é, então, marcada pelo movimento operário-sindical de lutas que reivindicava melhores condições de habitações e de vida, posicionando-se a favor da implementação de políticas sociais.

A população representava, para parte da sociedade, uma parcela marginalizada, ociosa por não conseguir trabalho, carregada de vícios, disseminadora de doenças e que influenciava de forma negativa o crescimento econômico do País (CHALHOUB, 1996). As imagens associadas ao Brasil nesse momento são relacionadas ao combate de grandes epidemias nas áreas urbanas e às endemias rurais.

Esse período tem como principal tendência política de saúde no Brasil e repercussão para a Saúde Pública o chamado 'sanitarismo campanhista'. Paim (2003) o apresenta como um modelo assistencial, que enfrenta os problemas de saúde da população por meio de campanhas e programas especiais. Sua principal característica era a criação de um sistema sanitarista de promoção e prevenção da saúde por meio de campanhas que visavam ao combate a endemias e epidemias, tendo como fundamento o saneamento básico.

Naquela época, o governo contava com pouquíssimos equipamentos e profissionais médicos qualificados capazes de promover o atendimento às grandes endemias e epidemias. Assim, em uma visita aos serviços de saúde dos Estados Unidos da América, o Doutor Carlos Chagas, diretor do DNSP, conheceu o trabalho do profissional de enfermagem e interessou-se em trazer os princípios de Florence Nightingale para o Brasil. Nesse sentido, solicitou a criação de um serviço de enfermagem em Saúde Pública nacional (PIRES, 1989).

Sabóia (2003) afirma que a Enfermagem de saúde pública era considerada uma profissão árdua, cujo propósito principal era o cuidado dos pobres e o controle das doenças. Todavia, não eram consideradas as péssimas condições de vida das pessoas na análise dos determinantes dos problemas de saúde dessa população. Bertolli Filho (1996) acrescenta que as enfermeiras sanitárias tinham a missão de percorrer os bairros mais carentes, ensinando aos moradores regras básicas de higiene e encaminhando os doentes aos hospitais públicos ou filantrópicos.

No período de 1930 e 1950,

a América Latina experimentou a progressiva ascensão da atenção médica individualizante em substituição às práticas sanitárias [...]. Foi assim que, na década de 40, entrou em declínio o primeiro modelo de enfermagem de saúde pública no Brasil. (SALUM; BERTOLOZZI; OLIVEIRA, 1999, p. 112).

Em 1942, criou-se o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que durante 30 anos trabalhou sob a ótica do modelo individualista, tornando o campo da enfermagem voltado para a rede hospitalar.

A abordagem coletiva ressurgiu somente a partir da década de 1970, principalmente a partir da Conferência de Alma-Ata, a qual trazia como objetivo 'Saúde para todos no ano 2000'. Essa concepção de coletivo nutriu diversos movimentos de reforma sanitária, culminando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 (KEBIAN; ACIOLI, 2010). O SUS é fruto do mais importante movimento do setor da saúde conhecido como Reforma Sanitária, que defendia a unificação do sistema, a descentralização das ações e a universalização do acesso – tudo sob o controle social (POLIGNANO, 2004).

No final dos anos 90, o Ministério da Saúde (MS) adota como foco de organização da saúde pública a Atenção Básica à Saúde e introduz a concepção de mudança do modelo assistencial a partir do processo de descentralização político-administrativo. Segundo Almeida e Macinko (2006), a Atenção Básica é definida como um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, sendo desenvolvidas no primeiro nível de

atenção dos sistemas, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação.

O enfermeiro, no contexto da Atenção Básica à Saúde, tem suas atribuições específicas e, entre elas, a realização da consulta de enfermagem, solicitação de exames complementares, prescrição e transcrição de medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do MS e disposições legais da profissão. Todavia, a prática do enfermeiro também é centrada em atividades técnicas, como: medir, aferir pressão arterial, aplicar injeções, dentre outras (FERREIRA, 2009). Assim, observa-se o desenvolvimento de uma prática fundamentada no modelo biomédico, em que as ações de saúde são voltadas para o atendimento médico. Para Franco e Merhy (2006), esse modelo – também conhecido como médico procedimento centrado – tem a consulta médica como centro do desenvolvimento do trabalho na unidade de saúde, comandado pelos saberes e atos do médico.

Para Rosen (1994), ao longo da história humana, os maiores problemas de saúde enfrentados pelo homem estiveram relacionados com a natureza da vida comunitária e da sua inter-relação: no controle de doenças, na melhoria do ambiente físico e no alívio das incapacidades, o que originou o que se entende hoje por saúde pública.

Segundo Castiel (2007), a expressão ‘saúde pública’ possui muitas definições. Para o autor, a saúde pública se refere a formas de agenciamento político/governamental relacionadas aos programas, serviços e instituições, com o objetivo de dirigir intervenções voltadas às necessidades sociais de saúde.

Nery e Vanzin (1994) acrescentam que a saúde pública engloba a organização da sociedade para que o indivíduo e/ou grupos sociais assumam o controle de sua própria saúde mediante ações educativas.

A saúde pública apresenta-se, dessa forma, como um campo de saberes e práticas em que são exigidas dos profissionais de saúde habilidades técnicas e pedagógicas para que estes possam lidar com as necessidades de saúde da população, além de planejar e organizar as ações nos serviços públicos de saúde.

Todavia, ao analisar a prática de Enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho no campo da saúde pública, na década de 1990, Almeida *et al.* (1997) identificam

a ação do enfermeiro de saúde pública como uma ação auxiliar, centrada nas atividades de pronto atendimento.

Ainda, Almeida *et al.* (1997) discutem a perspectiva da enfermagem como prática social ao destacar que o trabalho da enfermagem não se caracteriza apenas pela divisão de funções e tarefas entre os profissionais dessa área, vai além, sendo uma divisão social de saberes e poderes, favorecendo a divisão de classes sociais no trabalho. É importante refletir no quanto as relações profissionais de enfermagem são complexas e conflituosas, o que pode influenciar na sua prática.

A polivalência do profissional enfermeiro também é descrita em 2008 (NAUDERER; LIMA, 2008) quando objetiva-se caracterizar e compreender as práticas dos enfermeiros em unidades básicas de saúde no município de Porto Alegre (RS), Brasil. Os resultados indicam a assistência de enfermagem direcionada à saúde coletiva, ao atendimento individual e sua sistematização, voltada à atenção a grupos prioritários caracterizados por risco biológico, como hipertensos, diabéticos, crianças em creches, entre outros, além do enfoque na diversidade de práticas do enfermeiro.

Em relação aos estudos anteriores, observa-se a preocupação em descrever a prática do enfermeiro, porém não é apresentada uma análise do cuidado de enfermagem e do trabalho desenvolvido por esses profissionais. Cabe ressaltar a dificuldade de delimitação da prática do enfermeiro nessa área do conhecimento.

Nesse sentido, parece necessário avançar um pouco mais na articulação entre as práticas realizadas pelos enfermeiros nos diferentes períodos históricos abordados, referentes ao combate a epidemias, orientação em saúde, grupos prioritários e prevenção de doenças, com as reflexões sobre o cuidado de Enfermagem.

O cuidado de Enfermagem: breve histórico

As investigações sobre a origem do cuidado apontam para o surgimento da própria vida, sendo o cuidado identificado como um conjunto de atividades indispensáveis para garantir a continuidade e a sobrevivência do grupo humano (COLLIÈRE, 1999; WALDOW, 1999).

Waldow (1999) discute a historicidade do cuidado a partir da construção da própria evolução humana.

Resgata que ações de cuidado podem ser identificadas até mesmo entre os animais. Por meio da análise da história humana, a autora considera que o cuidado é expresso de acordo com a cultura, comunicação e sentimentos de uma determinada civilização.

O cuidado em saúde é representado pelos valores do toque, do olhar e da escuta, ultrapassando as dimensões das práticas técnicas. Neste momento, o profissional de saúde oportuniza espaço para o diálogo, valorizando história de vida, crenças e cultura de cada indivíduo.

O cuidado é expressivo a partir do momento em que deixa de ser uma tarefa para ser uma ação que proporcione crescimento para quem cuida e para quem é cuidado (FONTES; ALVIM, 2008, p. 194).

Assim, para que o cuidado técnico seja considerado cuidado humano, é necessário o encontro entre o expressivo e o técnico.

O cuidado enquanto prática de saúde não é uma ação exclusiva dos profissionais de enfermagem. Concorda-se com Collière (1999, p. 25) ao afirmar que “a prática de cuidado é, sem dúvida, a mais velha prática da história do mundo”; ao continuar sua reflexão, aponta que o cuidado diz respeito a qualquer pessoa que ajuda outra pessoa a garantir a vida e não está relacionado a um ofício, nem mesmo a uma profissão.

Contudo, a profissão de enfermagem, em sua trajetória, tem sido associada ao termo cuidado, e os profissionais de enfermagem refletem sobre a categoria cuidado como algo que garante a identidade e razão existencial da profissão. Segundo Henriques e Acioli (2004), o cuidado é identificado na prática do enfermeiro como razão de ser, estimativa de valor social e econômico, desde o surgimento da profissão.

A pioneira no estudo sobre o cuidado de Enfermagem foi Florence Nightingale, em meados do século XIX. Florence Nightingale implementou importantes conceitos sobre a influência do ambiente físico na saúde e bem-estar do indivíduo, os quais nos remete ao estabelecimento dos primeiros princípios científicos com o objetivo de fundamentar os cuidados de enfermagem (GEORGE, 1993).

Waldow (2006) apresenta alguns enfoques de interesse para o estudo do cuidado que têm sido

abordados na literatura de Enfermagem. Esses enfoques são relacionados à implicação filosófica do cuidar; aos conceitos, práticas e rituais do cuidar; ao ensino do cuidar na área da educação em Enfermagem; à incorporação do cuidado na prática da administração; a novas metodologias de pesquisas e à proposição de modelos e teorias de cuidado.

Dessa forma, a autora destaca que, apesar do aumento das pesquisas relacionadas ao cuidado a partir dos anos 1990, há a necessidade de aprofundar alguns aspectos relacionados ao tema, principalmente os estudos do fenômeno de cuidado na cultura brasileira, a partir da realidade prática do enfermeiro (WALDOW, 2006).

O cuidado na saúde pública

A prática de Enfermagem no campo da saúde pública foi historicamente orientada para medidas de combate e prevenção de doenças. Caracterizou-se pelo modelo sanitário de atenção à saúde, estando o papel do enfermeiro associado ao desenvolvimento de atividades referentes a campanhas e programas de saúde.

As atividades desenvolvidas pelos enfermeiros na saúde pública, principalmente nas décadas de 1950 e 1960, estão associadas ao saber científico expresso por essa categoria profissional neste período. Segundo Almeida e Rocha (1986), o saber da enfermagem era expresso por princípios científicos baseados nas ciências médicas. A Enfermagem era vista, assim, como dependente da atenção médica e não possuía natureza específica e autonomia.

De acordo com Neves (2002), a tarefa principal das enfermeiras era realizar o tratamento médico devido ao predomínio da ideologia médica hospitalar. O cuidado possuía um sentido limitado e a literatura existente não proporcionava suporte para a discussão dos aspectos epistemológicos, ontológicos e históricos relativos ao cuidado de Enfermagem.

Waldow (2006) acrescenta que na década de 1950 prevaleceu a ênfase nos aspectos biológicos, sendo os princípios científicos da anatomia, fisiologia, microbiologia, física e química os mais frequentemente utilizados.

Portando, a prática de Enfermagem em saúde pública desenvolvida até a década de 1960 expressava o saber científico construído no campo da Enfermagem e apontava para a necessidade de um novo enfoque para as práticas de saúde realizadas pelos enfermeiros. Esse fato contribuiu para a construção de um olhar específico da Enfermagem na discussão de suas práticas. Esse novo olhar faz surgir, nos anos 70, a preocupação com as teorias de Enfermagem.

Na década de 1970, tem início o que Waldow (2006) chama de terceira fase do desenvolvimento da Enfermagem: a construção das teorias de Enfermagem. Nesse momento, a Enfermagem busca *status* de ciência e conseqüentemente a definição de sua identidade profissional. Neves (2002) acrescenta que a partir da década de 1990 ocorre a expansão dos estudos relativos ao cuidar em Enfermagem, com a ampliação das perspectivas teóricas e/ou filosóficas do significado do cuidar.

As teorias baseadas no cuidado de enfermagem passam a ser, então, objeto de estudo e interesse dos enfermeiros. Para Leopardi (1999), essa discussão tem início a partir da reflexão do enfermeiro sob sua prática profissional, o que favoreceu o início da construção de uma lógica própria da Enfermagem. Ao objetivar a sistematização de suas ações, busca dar cientificidade à profissão e delinear seu campo de saber na área de saúde.

Collière (2001) apresenta uma reflexão direcionada para uma nova abordagem de cuidados de Enfermagem na saúde pública. Para a autora, devido às alterações que se operam no mundo atual e à nova concepção de saúde, os enfermeiros de saúde pública deveriam se questionar sobre suas representações de saúde e as crenças geradas, pois são essas representações que orientam os cuidados de Enfermagem a serem realizados. Nesse sentido, acrescenta que, se os cuidados de Enfermagem em saúde pública não quiserem cair na rotina, deve-se “reconsiderar a sua orientação e conseguir um procedimento de abordagem e meios apropriados para participar melhor da ação de saúde” (COLLIÈRE, 2001, p. 229).

Assim, a Enfermagem, enquanto área de conhecimento que compõe o campo da saúde, possui um importante papel na constituição da saúde pública como campo de saberes e práticas direcionadas a atender as necessidades e problemas de saúde da população.

Em estudos realizados sobre a atuação do enfermeiro no campo da saúde pública, identifica-se a prática do enfermeiro centralizada em ações relativas ao auxílio de outras profissões (ALMEIDA *et al.*, 1997), o que evidencia uma dicotomia entre sua prática de saúde pública e a apropriação de seu saber científico.

No entanto, o cuidado de Enfermagem no campo da saúde pública é analisado por Friedrich e Sena (2002) como ações prioritariamente curativas, sendo importante investir em um novo modo de cuidar. Nos estudos desenvolvidos por Almeida *et al.* (1997) e Souza (1999), o cuidado é caracterizado como uma proposta de reorganização da assistência de enfermagem em saúde pública. Essa proposta de reorganização é fundamentada em uma nova lógica centrada nos cuidados de enfermagem.

Os autores Friedrich e Sena (2002), Almeida *et al.* (1997) e Souza (1999) referem-se ao cuidado de Enfermagem na saúde pública como um novo modo de cuidar e como uma proposta de reorganização da assistência, o que aponta para a necessidade de estudos que abordem o cuidado de Enfermagem no campo da saúde pública.

Esse campo é historicamente prática de atuação da Enfermagem, porém os estudos aqui apresentados indicam a importância de um novo olhar para esse campo, no sentido de identificar e divulgar a apropriação do saber científico da Enfermagem na saúde pública, com especial atenção para as práticas de cuidado.

Acredita-se que a reflexão sobre o cuidado de enfermagem relacionado às práticas do enfermeiro de saúde pública contribuirá para a construção de práticas em saúde integrais e participativas com base nas necessidades de saúde da população. Nesse contexto, ressalta-se que este estudo não tem a pretensão de exaltar a prática do enfermeiro em relação aos demais profissionais de saúde, todavia identifica-se que essa reflexão favorece o desenvolvimento de práticas interdisciplinares e integrais.

Conclusão

O momento atual evidencia uma ampla e extensa divulgação sobre o cuidado por diversas áreas da saúde. Como apresentado anteriormente, o cuidado não é

uma atividade exclusiva do profissional de Enfermagem. Com isso, destaca-se a necessidade de atentar para a produção teórica da Enfermagem relacionada ao cuidado e avançar na construção dessas teorias na perspectiva das práticas de cuidado na saúde pública.

Sabe-se, contudo, que os avanços esperados não ocorrem repentinamente e que o tempo necessário para que as mudanças sejam reconhecidas é longo. Portanto, torna-se urgente conhecer, apresentar dados, produzir conhecimentos e trocar experiências sobre essas práticas, para que seja possível um aprimoramento da visão crítica acerca do cuidado na saúde pública e um maior

aprofundamento teórico e prático, a fim de que possamos qualificar nossa atuação como profissionais desejosos e comprometidos com a saúde pública.

Este estudo contribui para a reflexão do enfermeiro sobre sua atuação no campo da saúde pública na medida em que possibilita o repensar da prática profissional na saúde pública e amplia as possibilidades de expressão do trabalho do enfermeiro desenvolvido por meio do cuidado de Enfermagem. A abordagem da prática de cuidado apresenta-se como importante ferramenta de transformação das ações de enfermagem desenvolvidas nesse campo de atuação. ■

Referências

- ALMEIDA, C.; MACINKO, J. *Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local*. Brasília: OPAS, 2006.
- ALMEIDA, M. C. P. et al. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva – rede básica de saúde. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997. p. 61-112.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez, 1986.
- BERTOLLI FILHO, C. *História da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Ática, 1996.
- CARVALHO, B. G. et al. A organização do sistema de saúde do Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (orgs). *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: UEL, 2001.
- CASTIEL, L. D. *O que é Saúde Pública*. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/bibsp/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>>. Acesso em: 12 mar 2007.
- CHALHOUB, S. *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das letras, 1996.
- COLLIÈRE, M. F. *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel, 1999.
- _____. *Cuidar: a primeira arte da vida*. Paris: Lusociência, 2001.
- FERREIRA, V. A. *Sentidos e práticas do cuidar: O enfermeiro em Centros Municipais de Saúde do município do Rio de Janeiro*. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- FERREIRA, V. A.; ACIOLI, A. O cuidado na prática do enfermeiro no campo da atenção primária em saúde: produção científica. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro: v. 17, n. 4, out./dez. 2009, p.506-509.
- FONTES, C. A. S.; ALVIM, N. A. T. Cuidado humano de enfermagem: a cliente com câncer sustentado na prática dialógica da enfermeira. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, abr./jun. 2008, p. 193-199.
- 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. et al. *O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 55-124.
- FRIEDRICH, D. B. C.; SENA, R. R. Um novo olhar sobre o cuidado no trabalho da enfermeira em unidades básicas de saúde em Juiz de Fora-MG. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, nov./dez. 2002, p. 772-779.
- GEORGE, J. B. *Teorias de Enfermagem*. Tradução de Regina Machado Garces. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- GERMANO, R. M. *Educação e ideologia da enfermagem no Brasil*. São Paulo: Cortez, 1993.
- HENRIQUES, R. L. M.; ACIOLI, S. A expressão do cuidado no processo de transformação curricular da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 293-305.
- KEBIAN, L.V.A.; ACIOLI, S. As diferentes práticas de cuidado na história da enfermagem em saúde pública brasileira. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, v. 4, n. especial, mai/jun. 2010, p. 188-94.
- LEOPARDI, M. T. *Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática*. Florianópolis: Papa-livros, 1999.

- MEDINA, R. F.; BACKES, V. M. S. A humanização no cuidado com cliente cirúrgico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 55, n. 5, set./out. 2002, p. 522-527.
- NAUDERER, T. M.; LIMA, M. A. D. S. Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do sul do Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, set./out. 2008.
- NERY, M. E. S.; VANZIN, A. S. *Enfermagem em saúde pública: fundamentação para o exercício do enfermeiro na comunidade*. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1994.
- NEVES, E. P. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, dez. 2002, p. 79-92.
- PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.
- PIRES, D. *Hegemonia médica na saúde e a enfermagem: Brasil 1500 a 1930*. São Paulo: Cortez, 1989.
- POLIGNANO, M. V. *História das políticas de saúde no Brasil – uma pequena revisão*. Disponível em <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.pdf>. Acesso em: 10 jul 2004.
- RODRIGUES, L. M. N.; CAETANO, J. A.; SARES, E. O cuidado de enfermagem à mulher com câncer ginecológico, uma aplicação da Teoria de Roy. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, set./dez. 2002, p.208-214.
- ROSEN, G. *Uma história da Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- SABÓIA, V. M. *Educação em saúde: a arte de talhar pedras*. Niterói: Intertexto, 2003.
- SALUM, M.J.L.; BERTOLOZZI, M.R.; OLIVEIRA M.A.C. *O coletivo como objeto da enfermagem: continuidades e descontinuidades da história*. In: Organização Panamericana de Saúde (Org.). *La enfermería en las Américas*. 1ª ed. Washington: OPS; 1999. p. 101-18.
- SANTOS, L. A. C.; FARIA, L. R. Cooperação Internacional e a Enfermagem de Saúde Pública no Rio de Janeiro e São Paulo. *Horizontes*, Universidade São Francisco, São Paulo, v.22, n.2, jul/dez. 2004, p.123-150.
- SILVA, L. S. *Cuidado transdimensional: um paradigma emergente*. Pelotas: Ed. Universitária/UFPEL, 1997.
- SILVA, A. R. V. *et al.* O cuidado como marco conceitual para dissertações e teses de um programa de pós-graduação do nordeste. *Online Brazilian Journal of Nursing (online)*, v. 5, n. 2, abr. 2006. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br//index.php/nursing/article/view/334/75>>. Acesso em: 03 ago 2007.
- SOUZA, M. J. *A família – pessoa portadora de síndrome de Down na ótica da mãe: uma contribuição para a prática de cuidar na enfermagem*. 1999. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.
- WALDOW, V. R. *Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem*. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.
- _____. *Cuidado humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Editora Sagra Luzzatto, 1999.

Recebido para publicação em Agosto/2010
Versão definitiva em Julho/2011
Conflito de interesses: Inexistente
Suporte financeiro: Não houve

Subjetividades produzidas no cotidiano do CAPS: sujeitos, práticas e relações*

Subjectivities produced in CAPS's daily routine: subjects, practices and relationships

Juliana Mara de Freitas Sena¹, Maria Salete Bessa Jorge²

¹ Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); Assessora Técnica do Núcleo de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Ceará; Membro do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde em Enfermagem (GRUPSFE).
jufsena@yahoo.com.br

² Doutora em Enfermagem; Professora Titular da UECE na Área de Saúde Mental; Pesquisadora 1C – CNPq; Líder do GRUPSFE.
masabejo@bol.com.br

RESUMO A subjetividade produzida no cotidiano no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é o objeto em estudo. O estudo apresenta uma dimensão crítica e reflexiva dentro de uma abordagem qualitativa. Os participantes foram dez sujeitos, os quais eram usuários, familiares e trabalhadores de um CAPS de Fortaleza. Foram utilizadas para coleta de dados a entrevista semiestruturada e a observação sistemática. A análise dos dados teve como referência as categorias empíricas resultantes do cruzamento entre as diferentes informações e a articulação com o referencial teórico. Conforme os resultados evidenciam, coexistem diversos modos de atenção operando no mesmo espaço de produção do cuidado em saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; Inter-relação; Serviços de saúde mental.

ABSTRACT *The subjectivity produced everyday in CAPS is the object of the study, which presents a reflective and critical view within a qualitative approach. Participants were ten subjects, including users, relatives and employees of a CAPS of Fortaleza. In order to collect data, it was used: a semi-structured interviews and systematic observation. The data analysis had as reference the empirical categories resulting from crosses between the several information and links with the theoretical referential. As the results show, there are many coexisting modes of attention operating in the same area of production of mental health care.*

KEYWORDS: *Mental health; Interrelation; Mental health services.*

*Recorte da Dissertação do Curso de Mestrado Acadêmico de Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (Produção do cuidado no Centro de Atenção Psicossocial de Fortaleza (CE): limites e desafios na construção da autonomia do usuário).

Introdução

No processo da Reforma Psiquiátrica, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são lugares de (re)construção de projetos de vida. Nesse serviço, encontra-se uma diversidade de singularidades dos trabalhadores, usuários e familiares. O encontro desses sujeitos é atravessado por subjetividades que produzem diferentes modos de operar o cuidado em saúde mental.

A reflexão sobre a construção de uma nova forma de assistência ao portador de transtorno mental conduz à visão de um modelo distinto do tradicional, originado de concepções que fundamentem uma nova clínica. O primeiro aspecto a ser verificado diz respeito à ideia de que a Saúde Mental lida com um sujeito, não somente com o portador de uma doença determinada pelo saber médico. O sujeito é nas relações que estabelece na família, no trabalho e em todo campo do coletivo, destacando as diversas redes de relações em detrimento da priorização do organismo biológico manifestado no determinismo do discurso científico. O controle do sujeito sobre sua existência por meio da restauração de sua capacidade de escolha e de autorresponsabilização é o foco central das intervenções terapêuticas que não estão focadas exclusivamente em uma determinada disciplina ou profissão (TORRE; AMARANTE, 2001).

A Reforma Psiquiátrica implica uma nova forma de tratar e acolher a pessoa dita doente mental por meio da negação da internação e do isolamento como formas de atendimento e da construção de espaços relacionados às condições políticas, econômicas, históricas e culturais que caracterizam as diferentes regiões brasileiras, possibilitando, assim, o exercício de práticas singulares (OLIVEIRA; FORTUNATO, 2001).

Nesse contexto, o tratamento desloca o foco do sintoma para a singularidade de cada indivíduo, apontando para um processo que favorece a produção de autonomia e o estabelecimento de novas possibilidades na interação com os outros e com o modo de produção da sociedade, assimilando e participando do cotidiano da comunidade.

A articulação dos serviços e a intersetorialidade, aliada às práticas desenvolvidas, podem ou não potencializar o cuidado. A dinâmica do processo de trabalho das equipes de saúde e saúde mental possibilita ganho

de autonomia para os portadores de transtorno mental ao ampliar suas relações sociais.

Os CAPS, como serviços de base comunitária, requerem a instituição de uma nova prática, com novos significados. Esse novo conceito na saúde mental enfatiza o território como instrumento de promoção de autonomia ao envolver a comunidade, estimulando sua participação nas atividades do serviço e desmistificando a doença mental.

Para tanto, é fundamental que os trabalhadores disponham de formação permanente, no sentido de permitir a autorrealização tanto no plano pessoal quanto profissional do trabalho psicossocial. A atuação multidisciplinar em saúde mental propicia a necessidade também da interdisciplinaridade no agir em saúde ao articular práticas e saberes diferentes na promoção da assistência integral (JORGE *et al.*, 2006).

A atenção à saúde mental deve incorporar estratégias direcionadas ao exercício de cidadania, criando vínculos do usuário com o serviço e com a comunidade, possibilitando a produção de autonomia. Assim, caberia à instituição funcionar como um espaço intermediário, um local de passagem, na medida em que possibilitaria aos usuários um aumento de seu poder contratual, emprestando-lhe, segundo Tykanori (1996), sua própria contratualidade, não podendo confundir-se autonomia com autossuficiência nem com independência.

Para o autor, a ideia é que quanto maiores forem as possibilidades do estabelecimento de novas e diversificadas redes de relações com o mundo, maiores serão as possibilidades de melhorias de reorganização e o consequente aumento de autonomia. As redes de relações diversificadas são estabelecidas quando existe uma inserção social, ampliando as possibilidades do estabelecimento de novos ordenamentos na vida.

Importa menos, nesse sentido, criar e impor critérios de autonomia para essa clientela, mas observar qual seria o lugar ocupado pela questão no interior de uma nova perspectiva de atenção à loucura como a instituição a concebe e promove no cuidado de seus usuários (SANTOS *et al.*, 2000).

Pode-se dizer então que a autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental é produzida mediante a dependência em relação ao meio externo, tendo um caráter relacional, no qual o indivíduo é autônomo em

relação aos outros à medida que consegue manter sua identidade nas múltiplas relações que estabelece.

Nessa perspectiva, a produção de autonomia representa o processo em que o sujeito passa a relacionar e interagir com a comunidade de maneira que requer menos dispositivos assistenciais, seja do próprio serviço, seja do entorno social mais próximo (familiares, vizinhos, amigos etc.), mantendo-se numa rede de relações sociais que possibilita viver em comunidade. São esses elos que proporcionarão a capacidade de gerar suas próprias normas.

A medicalização social das práticas em saúde vem se configurando, no mundo contemporâneo, como uma determinação para o consumo excessivo, principalmente, com a utilização de condutas farmacoterápicas na resolução hegemônica dos problemas psíquicos mais comuns. Os mecanismos terapêuticos instituem um modo de subjetivação relacionado ao formato da clínica instituída nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), podendo produzir vida ou mais doenças (TESSER, 2006).

Essa questão diz respeito à proposta dos serviços substitutivos, que, por assistirem um território bastante diversificado, devem considerar que não deva ser o sujeito a se adequar a uma proposta terapêutica, mas, ao contrário, que o serviço deva ser capaz de absorver as necessidades dessas pessoas que exigem as mais diversas abordagens.

No campo relacional, o CAPS possibilita uma relação de aproximação entre as pessoas (usuários, familiares, vizinhos e profissionais) e os espaços comunitários, potencializando a mudança no modo de conviver com a loucura na comunidade e buscando garantir os direitos e deveres de cidadão a essas pessoas.

A doença, na atenção psicossocial, deve estar colocada em parênteses, ou seja, a pessoa humana deve ser o foco da assistência e promoção da saúde mental. No entanto, tal realidade ainda é um objetivo idealizado na sociedade e no campo da saúde por conceber o estado saudável, por diversas vezes, como ausência da saúde (AMARANTE, 2007).

Nessa concepção, a prática assistencial tem seu sentido na direção da resolução de problemas psicopatológicos do usuário e na intervenção terapêutica diretiva e biologizante contratualizada, unilateralmente, pelo saber instituído como verdade, no caso, o saber biomédico.

O cuidado produzido nos Centros de Atenção Psicossocial é permeado pelos vínculos estabelecidos pelos usuários. Nessa perspectiva, as conexões estabelecidas por eles ocorrerão a partir dos agenciamentos promovidos no serviço. Nesse prisma, o artigo em elaboração tem por objetivo discutir a subjetividade produzida no cotidiano do Centro de Atenção Psicossocial no município de Fortaleza.

Metodologia

O estudo apresenta uma dimensão crítica e reflexiva dentro de uma abordagem qualitativa. A opção metodológica deu-se pela busca à compreensão dos fenômenos sociais e suas relações no campo da saúde mental, sendo possível, por meio dessa opção, dimensionar a compreensão dos significados, dos sentidos, das intencionalidades e das questões subjetivas inerentes aos atos, às atitudes, às relações e às estruturas sociais, conforme sinaliza Minayo (2008).

Como local da pesquisa, decidiu-se por um dos Centros de Atenção Psicossocial do município de Fortaleza, estado do Ceará, Brasil. Para a coleta de dados, foram utilizadas as técnicas de entrevista semiestruturada e observação sistemática. Os sujeitos da pesquisa foram dez pessoas, conforme coleta no período de julho a setembro de 2010, distribuídas em três grupos: grupo I – trabalhadores de saúde mental (3); grupo II – usuários (4); e grupo III – familiares dos usuários (3).

As observações dos grupos foram adotadas como estratégia para apoiar a identificação dos núcleos de significação. As sessões dos grupos foram registradas de modo integral, tomando-se como base o roteiro de observação, objetivando alcançar a compreensão das relações entre os trabalhadores e os usuários no processo de produção do cuidado a partir das atividades terapêuticas realizadas. Posteriormente, ocorreu a transcrição e o registro em diário de campo, constituindo-se ambos o corpus desta etapa da pesquisa.

Os dados empíricos foram analisados tomando-se como referência as categorias empíricas que emergiram dos dados. A partir do material construído a partir das observações e das entrevistas, foi feito o cruzamento entre as diferentes informações levantadas, articulando-as

com o referencial teórico, por meio da técnica de triangulação do material empírico, o que possibilitou às várias dimensões do processo investigativo estabelecer as convergências, as divergências, as complementaridades e as diferenças.

Resultados e discussão

O acompanhamento das atividades aponta que o discurso médico e as práticas de medicalização ainda ocupam um importante espaço na configuração desse serviço. Os profissionais da equipe multiprofissional contribuem para sustentação desse modelo, sem promover alternativas não médicas, para abordagem de alguns problemas de saúde mental. A potência do trabalho multiprofissional nesse contexto fragiliza-se, transformando-se em complemento do tratamento prescrito pelo psiquiatra.

Essas situações geram tensão em torno da proposta terapêutica desse serviço substitutivo entre a força das práticas psiquiátricas e as tentativas de redimensioná-las para um trabalho em equipe. Nessa perspectiva, percebe-se que as práticas inseridas no CAPS buscam, cotidianamente, superar as medicalizantes. A articulação entre vários profissionais favorece novas formas de acompanhamento das pessoas e engloba toda uma série de intervenções psicológicas, sociais e familiares. As dificuldades próprias do trabalho interdisciplinar requerem ferramentas e instrumentos que possibilitem essa articulação, necessária ao cuidado em saúde mental.

Um outro aporte do compromisso ético e político da atenção à saúde mental está voltado para a política de humanização no SUS, que dirime o atendimento das redes assistenciais a uma conformação mais voltada às necessidades sociais e de saúde dos usuários. As diretrizes da Política Nacional de Humanização enfatizam o acolhimento, a ampliação da clínica e a construção de projetos terapêuticos singulares no fluxo dos usuários nos serviços (BRASIL, 2006).

Porém, tal política por si só não dimensiona a transformação das práticas no conjunto de serviços do SUS, pois a modificação apresenta-se a partir dos sujeitos implicados nas condutas mais próximas da realidade social de cada paciente. Essa implicação tem um sentido

comum diretamente relacionado com a participação dos trabalhadores de saúde e população na resolução dos problemas.

Essas mudanças se estabelecem no cotidiano, na construção de uma rede de relações, dentro e fora do serviço. Essa aproximação do CAPS com os outros serviços e espaços comunitários favorece a compreensão das necessidades das pessoas com transtornos mentais, permite a diminuição do estigma e proporciona outra maneira de cuidar sem interromper o fluxo de sua vida.

Desse modo, o desafio ético da atenção psicossocial remete-se ao paradigma psicossocial em que a produção social do paciente deve estar presente como processo contínuo da assistência à saúde e promoção da vida. O reconhecimento da subjetividade se faz no emergir do usuário em seu território de vida, no seu modo de andar a vida e na integralidade do cuidado em saúde (AYRES, 2001; AMARANTE, 2007).

Apesar dos avanços alcançados, ainda há dificuldade de o CAPS relacionar-se com os outros equipamentos. O que aponta o serviço não traz por si só a transformação do modelo de atenção à saúde mental, é necessário que um novo olhar para essas pessoas seja produzido no território. Essas mudanças vão acontecendo a partir das conexões no território, buscando superar a lógica de institucionalização da loucura.

As conexões com o território parecem complexas, pois precisam originar mecanismos os quais rompem as barreiras de segregação construídas ao longo do tempo. Esse parece ser o grande desafio: dispositivos que produzam agenciamentos no território e não institucionalizem o cuidado.

Ao se transpor a membrana do CAPS para formular as parcerias entre os serviços do SUS, o que se pretende é a resolução dos problemas complexos no meio social. É interagindo e mantendo um diálogo com a rede que se pode transformar a infeliz e dura realidade. Os pontos de conexão são derivados de uma aproximação e trabalho em conjunto com diversas instituições e serviços de vários setores da sociedade em torno de um objeto comum (POLLETI, 2008).

No CAPS, conectam-se diversas e múltiplas redes que operam entre si, em diversas direções e sentidos, (des)construindo linhas de produção do cuidado. Desse modo, as redes são imanentes aos processos produtivos

da saúde em suas implicações ou não. As intencionalidades dos sujeitos em cada unidade de saúde articulam-se como, por exemplo, na cultura de encaminhamento referenciada e contrarreferenciada, bastante utilizada na rede de saúde (FRANCO, 2006).

Os espaços como o CAPS permitem que a representação da loucura passe a tomar outra dimensão e a ser considerada de outra forma pela comunidade, pelos familiares e pelos trabalhadores. Contudo, alguns aspectos ainda permanecem quase inalterados, como a relação com o SAMU e hospitais gerais. A falta de intercâmbio acarreta, muitas vezes, interações desnecessárias de pessoas que são acompanhadas no CAPS.

No CAPS, a condução terapêutica compartilhada dos usuários com problemas psíquicos e transtornos no campo da saúde mental ainda é motivo para precaução por parte dos trabalhadores devido às dúvidas inerentes ao processo clínico destes para com tais situações apresentadas na demanda comum do serviço.

As apresentações delirantes expressas pelos usuários em suas narrativas decorrem de modos singulares de entender o seu estado de saúde ou morbidade. Assim, a interação para com estes sujeitos de sua própria história requisita um caminho terapêutico mais ampliado, para além da prescrição medicamentosa.

A possibilidade do cuidado em saúde mental no território é produzida a partir dos agenciamentos promovidos pelo CAPS e pressupõe um espaço de interlocução para construção de projetos de vida. Esse processo é operado no cotidiano do serviço e é regido por diferentes atores, que (res)significam de forma singular o cuidado. Essas singularidades produzem diversas possibilidades de ver, sentir e conviver com as pessoas com transtorno mental.

Por tal necessidade, urge a proposição de estratégias inovadoras no cuidado em saúde mental, sendo vislumbrado com ações que extrapolam o limite da unidade de saúde. Os vínculos e as significações ocorrem em espaços de pactuação social do sujeito em seu existir territorial e na própria rede assistencial. A produção terapêutica existente em serviços como a Estratégia Saúde da Família (ESF), serviço residencial terapêutico e demais dispositivos da rede de atenção em saúde priorizam a comunidade ao capilarizar e interiorizar as ações

de saúde pública, incluindo políticas especiais como, no caso, a saúde mental (SILVEIRA, 2003).

De forma geral, o CAPS constrói uma atmosfera de possibilidades, na qual a proposta terapêutica desse serviço de saúde mental encontra-se com outros equipamentos e com a comunidade. Nesse contexto, a equipe dispara ações que ainda enfrentam barreiras e que revelam os desafios no percurso da Reforma Psiquiátrica. Os caminhos, que vem sendo construídos desde que o paradigma manicomial começou a ser questionado, buscam ultrapassar os limites do estigma da loucura, que, por muitas vezes, é evidenciado pela restrição do acesso aos outros espaços do território.

A atenção psicossocial pressupõe o agir centrado nas histórias de vida, nos sujeitos, nas famílias e no contexto social. De outro modo, a prática biomédica circunscreve o cuidado num plano biopolítico definindo espaços, atitudes e delimitações da vida. Porém, ainda tem-se que ocorrem, quase sempre, intersecções entre o trabalhador da ESF e outros elementos.

Nas narrativas dos usuários e familiares, quando abordados sobre o início do processo concebido como adoecimento, faz-se referência a alguma situação desencadeadora ou a algo da emoção. A concepção que os usuários e familiares têm da doença ou sofrimento mental está vinculada à singularidade, ao contexto familiar, comunitário e cultural, diversificando o modo como é descrita e os termos para nomeá-la.

Eu fiquei assim depois do parto da minha filha. Eu tive um parto muito difícil. O médico não foi legal comigo, sabe? Ele me tratou muito mal. Ele disse que foi um parto normal, mas eu acho que não foi, não. Foi à força [...] E de tanto eu chorar, minha cabeça foi ficando assim. E a gente de resguardo piora [...] a minha cabeça foi ficando assim, perturbada (Usuário 3).

O problema dele é de nascença [...] desde pequeno ele dá ataque, já foi internado com crise muito forte [...] umas coisas na cabeça dele [...] eu não tava conseguindo controlar. Aí, depois, ficou direto tendo problema mental (Familiar 1).

Eu sou muito nervoso, qualquer coisa eu fico assim [...] todo nervoso. Eu não tenho nada de agressividade não. Meu problema é nervosismo mesmo [...] parece que é problema emocional (Usuário 1).

No horizonte terapêutico, o trajeto que compreende da saída da condição de sujeitado, um corpo marcado pelo exame clínico e pelo diagnóstico psiquiátrico, até a transformação em um usuário do sistema de saúde que luta para produzir cidadania para si e seu grupo passa necessariamente pelo aspecto central da autonomia. Em vez da cura, incitação de focos de autonomia (TORRE; AMARANTE, 2001).

Nesta perspectiva, a cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito (TORRE; AMARANTE, 2001).

A doença ou transtorno psíquico altera padrões de comportamento e cognição afetando principalmente algumas habilidades motoras, bem como o senso de percepção, orientação, dentre outros. Para tanto, é preciso medir a grandeza de tais limitações e assistir a estas de modo produtor de superação. A ida e vinda à unidade de saúde pode ser difícil pela distância ou algo parecido, porém ações mais simples e seguras podem ser estimuladas pela equipe e família.

A doença mental vem sendo (res)significada, diferenciando-se da compreensão desse termo na antiguidade, na Idade Média ou em décadas anteriores. A concepção de que o transtorno mental é algo apenas de ordem biológica pode estimular uma atribuição exclusiva do papel do psiquiatra e da medicação como formas de tratamento.

Assim, as ações desenvolvidas pelo CAPS estão relacionadas à percepção que os trabalhadores têm em relação ao processo de adoecimento dos usuários e como isso afeta seu cotidiano. Isso implica o planejamento das possibilidades de intervenção da equipe. A forma como a equipe aborda o diagnóstico com os usuários e familiares implica a significação destes em relação ao adoecimento.

Em determinados momentos do diálogo, os usuários e familiares faziam referência ao diagnóstico.

Mesmo que a pergunta não fizesse ou trouxesse a questão da doença mental, ele fizeram alusões a ela.

[...] mas aí, você olha pra mim, que tenho saúde, casa, trabalho [...] eu tenho tudo pra ser muito feliz. E, no entanto, eu sou muito infeliz. É uma infelicidade você acordar cansada [...] o meu diagnóstico é daquele negócio, o tal de bipolar [...] Aí, quando você começa a tomar consciência que tem, realmente, alguma coisa [...] Aí, você começa a olhar e começa a ter noção de que, realmente, é muito incrível. É uma coisa muito incrível (Usuário 4).

[...] eu era atendida aqui [no CAPS] toda semana. O meu transtorno é um transtorno de personalidade. A qualquer momento, eu posso ter vontade de fazer coisas, assim, que [...] eles [trabalhadores] não podem depositar tanta confiança em mim (Usuário 3).

A rotulação do indivíduo pelo seu diagnóstico reduz o indivíduo a sua doença, gerando práticas de aprisionamento subjetivo dos usuários e familiares. A atenção psicossocial pressupõe a reflexão cotidiana da equipe em torno da reprodução de práticas estigmatizantes, que colocam a doença como objeto principal do cuidado. O sujeito deve ser percebido como agente ativo, sendo necessário ouvir e conhecer suas necessidades.

O dispor do adoecimento acontece em situações cotidianas da vida dos usuários. Ao indagar-se sobre o começo de seus processos mórbidos na dimensão psíquica e o modo pelo qual incorporaram tais nomeações e classificações diagnósticas, percebe-se um hiato da pretensa relação entre o trabalhador de saúde e eles.

Ainda assim, o imaginário releva situações comuns da vida em sociedade, como trabalho tenso, ciclo de vida e atividades sociais como os potencializadores de suas situações clínicas desfavoráveis. Em diversas narrativas, justifica-se a atual condição de saúde ou não pelo fato dessas atividades cotidianas:

[...] Foi assim [...] eu senti um vazio muito grande. Eu botei na cabeça que se tivesse outro

filho, uma menina, porque já tenho um menino, aquele vazão ia passar, porque isso ia me dar uma alegria [...] aí, passou um ano para eu engravidar [...] eu engravidei de uma menina e fiquei muito feliz por ter sido essa menina como eu queria. Mas só que eu não imaginei que, daí, eu fosse ficar doente, sabe? (Usuário 3).

[...] quando eu tava de resguardo e precisei muito da minha mãe e ela não tava comigo, eu vi o papel de mãe naquela pediatra que atendia ela, que tava cuidando dela. Comecei a ver isso nela, até porque ela me disse: olha, eu vou passar o remédio para a sua filha, que é o mesmo que a minha filha usa. Nossa, aquilo me tratava muito bem, como uma pessoa próxima. Aí, eu passei a ver isso nela. Aí, pronto. Quando ela deixou eu piorei, mesmo, de vez [...] aí, todo mundo dizia que quando meu marido chegava eu tava chorando. Eu chorava, eu chorava, todo dia eu chorava [...] (Usuário 3).

[...] eu tava fazendo um cursinho, na época, eu tava conversando e falando que eu tinha que sair da sala, porque eu tinha que pegar o ônibus e aquilo foi começando a me apavorar e tal e foi aquela conversa. Quando foi depois, chegou uma moça e disse assim: olha, eu acho que seria bom que você marcasse uma consulta, porque eu tenho pra mim que tu tá com pânico. Então, você não tá procurando ajuda; mas, se chega até você, aí você diz: puxa [...] (Usuário 4).

Em concepções históricas, complementares e co-existent, a doença mental pode ser percebida como patologias do cérebro na medicina orgânico-fisiológica; disfunção ou déficit do desenvolvimento da história de relacionamento infantil e nas fases da vida para a psicanálise; e também vista como consequência das relações familiares patogênicas para o olhar sistêmico. A própria sociedade pune os membros da sociedade desviantes da ordem e normalidade anunciada como doentes mentais atrelando tal conceito à opressão do paciente.

Em síntese, temos que o processo de adoecimento mental e sua explicação conceitual perpassam inicialmente por três abordagens: a organicista, a psicanalítica e a sociológica, que apresentam teorias e práticas diferentes e muitas vezes incompatíveis (JACCARD, 1981).

Quando o discurso psiquiátrico passa a ser o regulador do cuidado numa ideação de que o tratamento moral restituiria a razão e, assim, devolveria a liberdade, talvez seja a justificativa desse olhar para estabelecer ao louco sua condição de sujeito de direito, fato este contraposto em si pelas próprias práticas limitantes e isoladoras. A exclusão social perpassa por consistências terapêuticas dessa ordem, pois retira do indivíduo a sua verdadeira condição de sujeito, que está no estabelecimento de seus direitos de cidadão e na liberdade de escolha terapêutica, dentre outras.

Na proposição da classificação dos sintomas e diferentes diagnósticos, o hospital apresenta-se como instituição histórica desse processo histórico. No entanto, o próprio CAPS, a depender de seus dispositivos de análise e a forma com que resguarda suas inovações, também deve estar em questão para acompanhamento contínuo inerente ao controle social.

Na lógica pineliana, já permeava tal premissa de possibilitar uma determinada cidadania, mesmo que ambientes de socialização asilar fossem tidos como terapêuticos, tais como as casas de reclusão. A ideia de Pinel estava em respeitar apenas a cidadania formal do louco ao possibilitar um tratamento específico por um lado, mas limitando sua cidadania de fato por mantê-lo enclausurado, por outro (AMARANTE, 1995).

A doença mental então implicava sua origem no erro da razão e, assim, percebia que o alienado nesse contexto não poderia gozar de razão plena nem liberdade de escolha. Sendo a liberdade de escolha o pré-requisito da cidadania, sem ser livre, o indivíduo não poderia ser cidadão plenamente, com o direito de participar inclusive das decisões sociais sobre sua própria vida (AMARANTE, 1995).

Nesses processos de marginalização social, a discutida relação entre a cidadania e saúde mental estabelece-se na tentativa de conduzir atividades de prevenção e tratamento dos portadores de transtornos mentais regidas sob o controle da marginalidade aos processos

socializantes. Em síntese, a instituição de regras básicas de cidadania voltadas para indivíduos excluídos, no caso, o portador de transtorno mental. Desse modo, este poderia adquirir sua cidadania no próprio desenvolvimento das ações de psiquiatria (BIRMAN, 1992).

Um dos desafios da Reforma Psiquiátrica consiste na gestão de uma rede de atenção em saúde mental para o cuidar em liberdade. Para tanto, é preciso enfatizar a construção de projetos terapêuticos ancorados na ideia de reinserção social, na busca da afirmação da autonomia e cidadania do louco. Os direitos sociais têm uma fundamental importância na invenção da vida e, consequentemente, na desinstitucionalização (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

Considerações

Pelo que se observa no CAPS, o envolvimento superficial dos indivíduos que produzem o cuidado em saúde mental remete à formação de relações verticalizadas em hierarquia de saberes e práticas nas quais, muitas vezes, o usuário é tido como objeto de tais relações. O resultado dessa lógica é a aderência terapêutica inter-

posta pelo serviço de saúde mental em sobreposição às singularidades do usuário e familiares.

É importante ressaltar que coexistem diversos modos de atenção e assistência operando no mesmo espaço de produção do cuidado em saúde mental. Em cada atitude clínica, percebem-se vertentes e sentidos que possibilitam situar os olhares e intervenções sobre o sofrimento alheio em modelos mais direcionados à ótica psicopatológica ou para o refletir psicossocial.

Em convergência, observa-se ainda que está presente um movimento institucional para valorização da escuta e do acolhimento com práticas integrativas e complementares, como: massoterapia e atividades de relaxamento em todos os dias de funcionamento. Tais atitudes instituem uma reflexão para o cuidado mais aproximado e integral do usuário.

São medidas e atitudes transversalizadas no funcionamento do CAPS que propiciam uma concepção de saúde voltada para o cuidado a partir de um determinado nível de acesso a serviços de saúde, bem como aos setores sociais e econômicos, ou seja, numa ação intersectorial. Corroborando com a perspectiva da integralidade da atenção, a ação cuidadora incorpora o espaço vivencial do indivíduo na dimensão familiar e comunitária. ■

Referências

- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 1995, p. 491-494.
- _____. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface*, Botucatu, v. 10, n. 20, 2006.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.6, n.1, 2001, p. 63-72.
- BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA JÚNIOR, B.; AMARANTE, P. (Orgs.). *Psiquiatria sem hospício*: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização (PNH): HumanizaSUS - Documento-Base*. 3. ed. Brasília, 2006.
- FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (Org.) *O trabalho em saúde*: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- JACCARD, R. *A loucura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1981.
- JORGE, M. S. B. et al. Reabilitação psicossocial: visão da equipe de Saúde Mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 59, n. 6, 2006, p. 734-739.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2008.
- OLIVEIRA, F. B.; FORTUNATO, M. L. Reabilitação psicossocial na perspectiva da reforma psiquiátrica. *Revista Vivência*. Natal, v. 10, n. 32, 2001, p. 155-161.7.
- POLETTI, P. C. *Intersetorialidade e a clínica em saúde mental: construindo e ampliando redes para a inclusão*. Trabalho de Conclusão de Curso, Unicamp, 2008.
- SANTOS, N. S. et al., A autonomia do sujeito psicótico no contexto

da reforma psiquiátrica brasileira. *Psicologia: ciência e profissão*, vol. 20, n. 4, 2000, p. 46-53.

SILVEIRA, D. P. *Sofrimento psíquico e serviços de saúde: cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde*. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 10, n. 20, 2006.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a

construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001.

TYKANORI, R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A.M.F (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.

Recebido para publicação em Fevereiro/2011
Versão definitiva em Junho/2011
Conflito de interesses: Inexistente
Suporte financeiro: Não houve

Programa de reabilitação para profissionais de segurança pública usuários de álcool

Rehabilitation program for public safety officers alcohol users

Rubens José Loureiro¹

¹ Graduado em Enfermagem.
Coordenador do Programa de Reabilitação à Saúde do Toxicômano (PRESTA) do Hospital Central da Polícia Militar do Estado do Espírito Santo.
rubensjl@ig.com.br.

RESUMO Os objetivos foram identificar os motivos que levam os profissionais de segurança pública usuários de álcool a não aderir integralmente ao tratamento e analisar as repercussões na vida desse profissional. Foi feito um estudo descritivo, qualitativo, com técnica de análise de conteúdo, sendo realizada entrevista semiestruturada, em hospital militar com 31 militares. Os motivos da não adesão foram: complicações físicas; depressão; relações de estresse no trabalho associadas a problemas de saúde; negação; estigma, preconceito e discriminação; influência da família; violência urbana; condições financeiras. Concluiu-se que a não adesão integral ao tratamento resulta de um quadro complexo de fatores pessoais, financeiros e relacionados ao trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Alcoolismo; Drogas ilícitas; Militares; Não adesão ao tratamento; Saúde do trabalhador.

ABSTRACT *The aim was to identify the reasons why public safety officers who used alcohol do not fully adhere to treatment and to analyze the impact of this in the professional life. A qualitative descriptive study was done with technique of content analysis. Semi-structured interview was carried out in a military hospital with 31 soldiers. The reasons for noncompliance were: physical illnesses; depression; relationships of work stress associated with health problems; denial, stigma, prejudice and discrimination; family influence; urban violence; financial conditions. It was concluded that non-adherence to full treatment results from a complex framework of personal, financial and work-related problems.*

KEYWORDS: *Alcoholism; Street drugs; Military personnel; Non-compliance; Occupational health.*

Introdução

Atendendo ao disposto na Portaria A nº 648, de 28/3/06, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) e na Política Nacional de Atenção Básica em vigor no País, em 1995, em Vitória (ES), teve início o Programa de Reabilitação à Saúde do Toxicômano e Alcoolista (PRESTA) visando prestar assistência aos servidores civis e militares da Polícia Militar daquela Unidade da Federação, extensiva aos respectivos dependentes. O Programa é integrado por uma equipe multidisciplinar composta por profissionais da área da Saúde (enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, psicóloga e médico) e de áreas afins, como educação física e arte terapia, contando ainda com a contribuição de conselheiros em dependência química.

O PRESTA tem como metas: promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de profissionais de segurança pública com problemas de dependência química, a serem alcançadas por meio da mudança de comportamentos e atitudes que possam propiciar condições de risco à abstinência do cliente. Do Programa, participam grupos de ajuda mútua, a exemplo dos Alcoólicos Anônimos (AA), dos Narcóticos Anônimos (NA) e dos Alcoólicos Anônimos para Parentes e Amigos de Alcolistas (ALANON), objetivando dar apoio aos clientes externos e àqueles em regime de internação. Para tanto, os profissionais de saúde que acompanham o cliente em tratamento ambulatorial procuram, por meio de atendimento em grupo e/ou individual, identificar situações de risco e discutir medidas para a prevenção de recaídas.

O ingresso e a participação dos clientes no Programa ocorrem em três etapas: triagem (o cliente estabelece contato telefônico ou procura o serviço para marcar uma consulta, quando recebe orientações acerca dos problemas relacionados com a dependência química e a forma de tratamento), internação (durante 35 dias) e pós-tratamento, que é a fase de cumprimento de atividades ambulatoriais. Para acompanhar o desempenho dos clientes, a equipe multiprofissional reúne-se em sessões clínicas, em horário e dia previamente determinados, faz o levantamento dos clientes internados durante a semana, realiza estudo de caso de todos os que estão em tratamento, avalia as altas hospitalares da semana anterior, prepara a

programação de altas da semana em curso e programa a continuidade do tratamento ambulatorial.

A alta é comunicada pela equipe multiprofissional durante uma reunião específica da qual participam o cliente e a sua família, sendo que estes últimos fazem uma avaliação da internação e das metas traçadas. Na ocasião, são abordados aspectos relacionados ao pós-tratamento, com destaque para a importância e a necessidade da frequência semanal ao ambulatório, o retorno às bases religiosas (se for o caso), a necessidade de evitar local e pessoas que, de alguma forma, tenham acesso a substâncias químicas, a importância de ocupar-se com alguma atividade a fim de evitar o ócio, a retomada das atividades laborais com a brevidade possível e a participação nos grupos de ajuda mútua existentes nas proximidades da área residencial. Em seguida, o cliente recebe uma declaração referente ao período de internação, contendo informações detalhadas do pós-tratamento, cuja duração prevista é de dois anos. Esse documento deverá ser entregue à respectiva chefia imediata a fim de alertá-la quanto à necessidade de liberar o profissional semanalmente, para que ele possa participar com regularidade das atividades ambulatoriais.

O pós-tratamento prevê o seguinte cronograma de comparecimento: semanalmente, nos primeiros três meses; quinzenalmente, durante três meses; em continuidade, durante seis meses, uma vez por mês; finalmente, durante doze meses, o comparecimento deverá ser bimestral. Somente após cumprir estas etapas, na íntegra, o cliente recebe alta do PRESTA. Entretanto, por motivos relacionados ao trabalho, pela distância entre a residência e o hospital e até por questões financeiras, alguns profissionais de segurança pública não cumprem corretamente esse cronograma. Embora reconheçam a necessidade de continuar o tratamento, chegando mesmo a afirmar que participarão com assiduidade, não é o que acontece, culminando apenas com a presença dos mesmos nos grupos de ajuda mútua existentes nas comunidades onde residem, e retorno esporádico ao ambulatório, em suas folgas ou quando são liberados pela chefia imediata para esse fim. Esta é a questão que se aborda neste artigo: os motivos que levam os profissionais de segurança pública a não aderirem integralmente ao tratamento ambulatorial do PRESTA e os objetivos foram: identificar os motivos que levam esse profissional

a não aderir integralmente ao tratamento e analisar as repercussões na vida desse profissional. Por se tratar de tema atual, espera-se que os resultados ora apresentados contribuam para preencher lacunas de conhecimento dos profissionais de enfermagem interessados no alcance de uma nova visão a respeito da problemática da não adesão dos pacientes aos programas de dependência química, e também dispostos a repensar a prática diária, em benefício de uma assistência qualificada, voltada especificamente para a saúde do trabalhador que é dependente químico.

Método

Realizou-se um estudo descritivo com abordagem qualitativa, utilizando-se a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 1977). A pesquisa foi realizada no ambulatório de um hospital público militar em Vitória (ES), onde se desenvolve o PRESTA. Inicialmente, procedeu-se a um levantamento do total de profissionais que se internaram entre 2000 e 2006, período em que ocorreram mudanças com a troca de profissionais de saúde, gerando alterações na dinâmica das atividades oferecidas aos clientes. O levantamento resultou em 55 sujeitos, dos quais apenas 31 militares do sexo masculino, entre sargentos, cabos e soldados, atendiam ao critério de inclusão, que era a obrigatoriedade de terem concluído a primeira etapa do PRESTA: o regime de internação de 35 dias e a participação integral no tratamento, em regime ambulatorial, durante dois anos, às quintas-feiras, das 08:00 às 16:00 horas.

A pesquisa foi autorizada pelo Diretor do Hospital da Polícia Militar do Espírito Santo e pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Para a obtenção dos dados, utilizou-se um roteiro de entrevista com perguntas semiestruturadas, enfocando dados pessoais e profissionais e o tema a ser pesquisado. Não houve dificuldade na abordagem aos sujeitos efetivos da pesquisa, o que viabilizou a realização das entrevistas no ambulatório onde funciona o PRESTA ou na Unidade (Batalhão/Companhia) em que estavam lotados.

As entrevistas ocorreram nos meses de dezembro de 2006 e janeiro e fevereiro de 2007, segundo a disponibilidade de horário do entrevistador e a de cada profissional

de segurança pública. Para tanto, houve um agendamento telefônico prévio com o interessado, ou por ofício encaminhado ao respectivo Comandante, objetivando a liberação do militar. Cada entrevista durou, em média, vinte minutos. Foram observados os termos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que dispõe sobre normas de pesquisa envolvendo seres humanos.

No momento da entrevista, reiteravam-se os esclarecimentos sobre o assunto investigado e solicitava-se autorização para realizar a gravação dos depoimentos em MP3, sob a justificativa de garantir a fidedignidade do que seria dito, obtida após a transcrição da gravação e conferência do seu teor pelos respectivos entrevistados. Na ocasião, assegurava-se a cada um o sigilo e o anonimato com relação ao seu depoimento. Não havendo manifestação em contrário, dava-se início à coleta de dados. Concluídas as entrevistas e as transcrições dos depoimentos, cada entrevistado recebeu um código (R1, R2, R3) objetivando preservar-lhe a identidade. A partir de então, teve início a análise dos dados obtidos.

O método utilizado foi o da análise de conteúdo, cujo objetivo maior é a busca de informação, sabendo que essa é mais que simplesmente um dado, pois é dotada de relevância e propósito. Os dados coletados foram agrupados por convergência de conteúdo, obedecendo as seguintes etapas de organização: transcrição e conferência dos depoimentos gravados, obtidos mediante entrevistas realizadas; leitura e análise temática das mesmas, identificando os respectivos núcleos de sentido que, depois de relacionados, foram selecionados pela identificação de presença ou frequência de Unidades de Significação, revelando o caráter definitivo do discurso dos entrevistados; interpretação dos dados à luz do referencial teórico, com apoio em bibliografia apontada como suporte para o estudo. Os resultados das entrevistas apontaram relevantes subsídios a respeito do tema em estudo; todavia, neste artigo serão discutidos apenas alguns motivos de não adesão ao tratamento.

Resultados

Caracterização dos sujeitos do estudo

Foram identificadas as características mais relevantes dos sujeitos: todos eram do sexo masculino, considerando

que não houve atendimento a militares do gênero feminino, sendo 15 na faixa etária entre 40 e 49 anos; 17 casados; 14 católicos; 15 com escolaridade média; 14 recebendo de 1 a 3 salários mínimos; 17 atuando na Polícia Militar há mais de 10 e menos de 19 anos; 10 procedentes da Região Norte do Espírito Santo e soldados, em sua maioria (21). No caso em estudo, a faixa etária prevalente (40-49 anos) confirma que, em geral, o jovem começa a se exceder na bebida aos 20 anos, refletindo o estilo de vida próprio da juventude, reconhecido pela exuberância e pela irresponsabilidade. Muitos desses jovens interromperão esse processo, enquanto outros desenvolverão o alcoolismo 20 a 30 anos mais tarde (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005), exatamente como aconteceu com 15 dos profissionais de segurança pública entrevistados, os quais necessitaram de cuidados primários de saúde para saber como lidar com o início de uma doença sorrateira e silenciosa, a fim de que pudessem criar mecanismos de defesa específicos.

A presença de abuso de álcool é significativamente maior nas faixas etárias mais jovens e o diagnóstico de dependência alcoólica é mais frequente no sexo masculino, a partir dos 41 anos de idade, geralmente entre os que executam trabalhos de baixa complexidade e submetidos diretamente às condições climáticas inóspitas, fatores que influenciam decisivamente no consumo de álcool (AMARAL; MALBERGIER, 2004), como ficou constatado nesse estudo, em que 21 sujeitos eram soldados, atingidos por condições laborais prejudiciais, inclusive sob os aspectos emocional e moral, face à submissão à hierarquia militar.

Os motivos de não adesão ao tratamento no PRESTA são diversos, mas cabe enfatizar alguns aspectos de cada um deles e os recortes de entrevistas que guardam relação com os problemas apresentados pelo profissional de segurança pública:

- complicações físicas decorrentes da dependência química, no caso do uso abusivo de álcool, podem ser destacados os distúrbios gastroenterológicos, como fígado gorduroso, hepatite alcoólica, cirrose alcoólica, pancreatite e gastrite; distúrbios musculoesqueléticos, como gota; problemas nos ossos; miopatia; distúrbios endócrinos; doenças cardiovasculares, como hipertensão, acidente vascular cerebral e doenças coronarianas;

distúrbios metabólicos e neurológicos, dentre inúmeros outros problemas, dificultando que trabalhadores com problemas de saúde crônicos permaneçam em atividade laboral (AMARAL; MALBERGIER, 2004):

[...] cheguei aqui com a mente muito ruim, eu estava com dois problemas: depressão e alcoolismo [...] (R19).

[...] estou com problemas de saúde [...] o meu fígado [...] (R28).

Na pesquisa, ficou evidenciado que o álcool foi a substância psicoativa mais utilizada pelos pacientes do PRESTA, constituindo-se na principal razão para que os profissionais de segurança pública procurassem ajuda, face às alterações de saúde neles manifestadas. Nessa linha de raciocínio, vale ressaltar que esses problemas refletem-se nos hospitais do mundo inteiro, tanto assim que apresentam um custo considerável com a taxa de morbidade física pelo consumo de álcool (DONATO, 2002). Há confirmação de que os danos físicos variam conforme a condição de saúde de cada indivíduo, devendo o clínico geral ou os profissionais de saúde, que atuam nas emergências dos hospitais gerais, buscar sinais e sintomas que possam estar relacionados com a ingestão alcoólica (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

Diante da gravidade das complicações clínicas já citadas, e considerando o tipo de profissão exercida pelos sujeitos do estudo, deveria haver maior adesão ao tratamento, e não o contrário, já que o PRESTA funciona em âmbito hospitalar e, portanto, tem condições de oferecer atendimento em diversas especialidades (LOUREIRO, 2007).

A depressão também deve ser considerada, já que pode levar o dependente químico ao suicídio (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005), tornando-se importante que esse diagnóstico seja feito rapidamente com o objetivo de diminuir a probabilidade de tal acontecimento. A propósito, estudo realizado com policiais de Detroit (EUA), concluiu que 42% dos suicidas apresentavam associação com abuso de álcool (MINAYO; RAMOS, 2003).

As relações de estresse no trabalho, associadas a problemas de saúde, também podem levar o

profissional de segurança pública a utilizar-se simultaneamente de álcool e de outras substâncias químicas, com o objetivo de minimizar a dificuldade que tem de lidar com situações estressantes (MINAYO; RAMOS, 2003). Exemplo disso é o uso de álcool com cocaína, cada vez mais frequente. Nesse caso, o álcool é usado durante a aspiração da cocaína objetivando diminuir experiências desagradáveis associadas ao uso dessa substância, como agitação e paranoia (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005), numa combinação cujos efeitos são lembrados por um dos entrevistados:

[...] tive vários problemas de saúde pelo uso de álcool e cocaína [...] (R16).

As dificuldades de inter-relação pessoal no ambiente de trabalho podem causar insegurança física e emocional, contribuindo para o início do abuso de substâncias psicoativas (DONATO, 2002), em especial do álcool, substância lícita e plenamente aceita pela sociedade. Dois entrevistados foram categóricos a respeito da própria situação de dependência:

[...] não acho que eu tenho problema de alcoolismo [...] (R18)

[...] fui mandado para cá, mas não me vejo uma pessoa com problemas de drogas [...] (R30).

Um entrevistado, ao negar o próprio problema e a necessidade de comparecimento ao PRESTA, justificou-se dizendo:

[...] o tempo que eu tenho, vou dar atenção à minha esposa, porque ela está precisando mais de ajuda, mais do que eu [...] (R2).

Mas o que foi dito, contradizia as próprias espensas quando, durante a abordagem familiar, relatavam o desejo de que seus companheiros comparecessem assiduamente ao tratamento. Percebe-se, portanto, que aqueles que minimizam (ou negam) os efeitos do uso de substâncias psicoativas, requerem uma abordagem cuidadosa por parte dos profissionais de saúde.

A negação também gera resistência em relação ao tratamento, tanto que um entrevistado assim se manifestou:

[...] o meu internamento no PRESTA foi feito por pressão, não foi feito por vontade própria. O que eu queria até certo ponto, era diminuir a bebida, e não parar completamente [...] (R31).

Essa resistência não corresponde à abordagem do PRESTA, que se baseia na abstinência total. Sendo assim, a negação do problema significa apenas o agravamento das condições de saúde de quem faz uso abusivo de substâncias psicoativas, em especial do álcool. Vale destacar que, comprovadamente, 84,0% da população brasileira consome bebida alcoólica e desses, 3,10% apresentarão problemas crônicos de saúde pelo uso abusivo dessa substância (DONATO, 2002).

A ambivalência, estado mental no qual uma pessoa tem sentimentos conflitantes a respeito de alguma coisa, também foi observada nas palavras de dois entrevistados:

[...] o acompanhamento é muito bom, mas eu não tenho comparecido [...] (R8).

[...] lá é bom demais e se eu pudesse voltar, eu voltava novamente [...] (R21).

Esse é um comportamento comum entre aqueles que, mesmo sabendo que precisam buscar ajuda especializada para superar o problema que vivenciam, sentem-se ainda muito presos e atraídos pelas substâncias psicoativas, prejudicando quaisquer iniciativas que lhes sejam favoráveis (MILLER; ROLLNICK, 2001). Em tais casos, o profissional de saúde precisa ser hábil para fazê-los acreditar que se trata de um comportamento normal, aceitável e compreensível, que não deve ser encarado como um 'mau sinal'. O importante é que o dependente químico compreenda o processo pelo qual está passando, e que aceite e adote os aconselhamentos que lhe são transmitidos, ao invés de manifestar um comportamento belicoso, de ataque ao profissional de saúde que está envolvido com a sua recuperação.

O estigma, o preconceito e a discriminação causam sérios transtornos para quem é dependente químico,

porque denotam o estereótipo de uma pessoa desacreditada (GOFFMAN, 1988). No primeiro caso, pode contribuir para a não adesão ao tratamento, porque o profissional sente o peso de vivenciar uma doença que altera completamente a sua vida, fazendo com que se sinta um fardo pesado, um objeto, e não uma pessoa que precisa de cuidados e atenção, como relatou um entrevistado:

[...] você sente que não dão apoio [...] o problema deles [comandantes] é se livrar do policial, jogar a carga para cima dos senhores [profissionais do PRESTA] [...] para eles, é menos um para dar problemas [...] (R1).

As palavras do policial comprovam que o estigma, o preconceito e a discriminação são mais consequência da aplicação das normas sociais do que uma característica da atitude da pessoa (BECKER, 1963), uma vez que a transgressão às normas criadas pelos grupos constitui-se em desvios de comportamento, vistos como inadequados. A propósito, três entrevistados comentaram:

[...] da sua recuperação, ninguém menciona, e se você menciona que está em pós-tratamento, todo mundo te chama de doido [...] (R3).

[...] pré-conceito que a gente tem que enfrentar dentro dos quartéis com relação a nós, que assumimos esta doença [...] ficamos isolados [...] (R4).

[...] acham que a pessoa tem vergonha de ir lá [no PRESTA], que lá é um bicho de sete cabeças [...] (R17).

Por outro lado, a influência da família é um fator determinante para que o dependente químico busque o tratamento adequado à sua necessidade de saúde, como afirmou um entrevistado:

[...] quando a família te acompanha, é outra coisa [...] e aqui [no PRESTA], eles te acompanham [...] (R31).

Ressalta-se, porém, que a redução do impacto do alcoolismo no meio familiar requer ajuda profissional competente, porque todos são profundamente afetados

pela doença, tornando-se codependentes e vítimas de uma ‘montanha russa’ emocional, que poderá causar traumas severos e levar à perda do amor-próprio dos membros do núcleo familiar (COONEY, 2005), podendo levá-los a situações de dificuldades diversas, danos físicos, morais, materiais, violência sexual e abandono de responsabilidades. Três entrevistados reconheceram a gravidade desse quadro, quando disseram:

[...] a pessoa que bebe discute com o filho, pai, esposa, mãe. Ela sempre procura se refugiar no álcool, tentando resolver o problema e acaba piorando e agravando o problema [...] (R2).

[...] parei devido a problemas familiares, pois houve uma separação entre eu e minha esposa, aí complicou um pouco a minha vida [...] (R14).

[...] a mulher foi esfriando e acabou descuidando de tudo [...] (R28).

Portanto, resta, claro, que a família está diretamente relacionada ao desenvolvimento saudável (ou não) de seus membros, porque é compreendida como o elo que liga as várias esferas da sociedade, sendo responsável por definir as bases para os relacionamentos, a interação e o comportamento no meio social e cultural.

Fatores como a influência da violência urbana, também devem ser destacados, no caso dos policiais de segurança pública que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, já que a falta de atenção específica à sua saúde tem raízes históricas profundas: remonta à origem da oposição da população e dos intelectuais aos oficiais de segurança pública, devido à atuação da Corporação nos períodos da ditadura militar no Brasil (MINAYO; SOUZA, 2005). Atualmente, embora os policiais civis e militares, federais ou estaduais, sejam os responsáveis pelo exercício das atividades de segurança pública, não dispõem de meios nem dos instrumentos necessários à realização plena de suas atividades precípuas (ROSA, 2007), o que gera um estresse profissional e, possivelmente, a aquisição de hábitos nocivos relacionados ao consumo abusivo de álcool, dentre outros agravantes.

A degradação das condições materiais de vida, a ausência de mecanismos de proteção social associada à desestruturação/reconstrução de identidades geradas em torno do trabalho, o crescente processo de

pauperização, as desigualdades sociais, dentre outros aspectos, configuram a complexidade da nova questão social (GOMES; COSTA, 1999), reconhecida por alguns entrevistados como justificativa para a não adesão ao tratamento ambulatorial no PRESTA:

[...] condições financeiras, gastos com ônibus, com viagem, com retorno à minha residência [...] eu não tenho como vir para cá [...] (R4).

[...] eu tenho que fazer bico de segurança particular [...] (R8).

[...] o motivo é trabalho [...] é escala de segurança, é escala de polícia [...] (R10).

[...] isto não era assim, mas com o meu salário atual, tenho que fazer bico em outros lugares [...] (R11).

[...] estava dando muito gasto, eu estava gastando muito dinheiro de passagem. Ai, eu parei [...] (R22).

[...] às vezes, não tenho dinheiro para ir e voltar, pois gasta até uns quarenta reais para vir toda quinta, no caso uma vez por semana [...] e 200 por mês [...] e esse dinheiro faz falta para mim [...] (R28).

[...] falta de dinheiro, de recurso... muita coisa para pagar, dívidas [...] então, eu não pude estar dando continuidade por algumas razões dessas [...] (R30).

A manutenção de vícios com bebida alcoólica e substâncias psicoativas é muito dispendiosa, então, os dependentes químicos perdem o controle sobre a própria vida. Desestruturam-se financeiramente com muita facilidade, passam a ser alvo de indivíduos inescrupulosos, pagam suas contas com atraso, pedem adiantamentos de salários, dinheiro emprestado a colegas e amigos, e não raramente fazem uso de cheques sem fundos (VAISSMAN, 2004).

Outro aspecto abordado como motivação para não adesão é a recaída, pois quando o policial conclui a fase de internação, a expectativa da equipe do PRESTA é a de que ele compareça ao ambulatório para o pós-tratamento, que lhe dará suporte para o retorno às atividades laborais. Porém, quando isso não acontece, por motivos variados, a equipe do Programa e também

a chefia imediata ficam frustrados por constatarem que o profissional não conseguiu engajar-se na fase mais importante do tratamento e entre os motivos observa-se a recaída, conforme relato abaixo:

[...] a recaída é escandalosa [...] eu tenho visto cada caso de recaída [...] suicídio [...] algumas pessoas se suicidam [...] outras conseguem [...] horrível [...] (R3).

[...] eu não podia deixar de faltar [...] pois podia ter uma recaída e podia ser pior [...] que geralmente acontece e é difícil voltar de novo [...] (R20).

A recaída pode ser considerada uma questão ambígua: pode ser vista como motivo para a não adesão, ou como uma repercussão negativa na vida do profissional, que se torna ainda mais suscetível à dependência química (LOUREIRO, 2007).

A solução para a continuidade do tratamento poderia estar na implantação e implementação das atividades ambulatoriais do PRESTA em outras cidades do Espírito Santo, como estratégia para melhor adesão no pós-tratamento dos profissionais de segurança pública.

Conclusão

Entender a problemática da dependência química não tem sido tarefa fácil para os estudiosos dessa temática, não sendo diferente também neste caso. Trata-se de um assunto complexo, que apresenta variados fatores intervenientes, entre eles os biológicos, os sociais e os psicológicos, ensejando reações contraditórias e ambivalentes naqueles que, direta ou indiretamente, estão envolvidos com a situação. No caso dos profissionais de segurança pública do Espírito Santo, foi possível inferir que a não adesão integral ao pós-tratamento ambulatorial resulta de um quadro complexo, envolvendo negação, ambivalência, estigma, preconceito e questões financeiras, recaídas dentre outras, inclusive as relacionadas à organização do próprio trabalho do profissional.

Por tudo o que foi exposto, percebe-se que há um longo caminho a ser percorrido por aqueles que convivem com o fenômeno da dependência de

substâncias psicoativas, em especial no que se refere à problemática da não adesão ao tratamento. Para reverter essa situação, são válidos os grupos de estudo que enfoquem textos específicos sobre o tema, a participação dos profissionais de saúde em cursos sobre dependência química objetivando a aquisição

de novos saberes, além do intercâmbio com outros programas de tratamento que permitam a troca de experiências e ideias a respeito da dependência de substâncias psicoativas e do tipo de tratamento de saúde que deve ser dispensado àquele que se vê acometido pela doença. ■

Referências

- AMARAL, R. A.; MALBERGIER, A. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool entre trabalhadores da Prefeitura do Campus da Universidade de São Paulo – Campus Capital. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 26, n. 3, 2004, p. 156-163.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições, 70, 1977.
- BECKER, H. *Outsiders: studies in sociology of deviance*. New York: Free Express, 1963.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28/03/2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários. Brasília, 2006. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 30 jun 2007.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 – Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. In: *Bioética*, v. 4, n. 2 [supl.], 1996.
- COONEY, J. G. *Vença a dependência do álcool e mantenha a dignidade*. São Paulo: Nova Era, 2005.
- DONATO, M. *Reinserção do trabalhador alcoolista no contexto laboral: a percepção do enfermeiro do trabalho*. Tese [Doutorado em Enfermagem]. Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.
- EDWARDS, G.; MARSHALL, E. J.; COOK, C. C. H. *O tratamento do alcoolismo – um guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2005.
- GOFFMAN, E. *Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. São Paulo: LTC, 1988.
- GOMES, C. M.; COSTA, S. M. F. T. Precarização do trabalho e desproteção social: desafio para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999, p. 114-119.
- LOUREIRO, R. J. *Motivos de não adesão do profissional de segurança pública ao tratamento ambulatorial de dependência química*. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.
- MILLER, W.; ROLLNICK, S. *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: ARTMED, 2001.
- MINAYO, M. C. S.; RAMOS, E. *Missão investigar: entre o ideal e a realidade de ser policial*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. S. Policial, risco como profissão: morbimortalidade vinculada ao trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, out./dez., 2005.
- ROSA, P. T. R. *Responsabilidade do Estado por atos das Forças Nacionais de Segurança Pública*. São Paulo: Suprema Cultura, 2007.

Recebido para publicação em Fevereiro/2011
Versão definitiva em Agosto/2011
Conflito de interesses: Inexistente
Suporte financeiro: Não houve

Obesidade e cirurgia bariátrica no olhar dos ex-obesos mórbidos

Obesity and bariatric surgery from the perspective of morbidly ex-obese

Ana Valéria Carvalho Pires Yokokura¹, Antônio Augusto Moura da Silva², Gutemberg Fernandes de Araújo³, Lia de Oliveira Cardoso⁴, Licianne Cristine Monteiro Menezes Barros⁵, Santana Maria Alves de Sousa⁶

¹Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA).
valeria.yokokura@hotmail.com.

²Pós-doutorado em Epidemiologia Perinatal pela National Perinatal Epidemiology; Professor do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFMA.
aasilva@elo.com.br

³Doutor em Gastroenterologia Cirúrgica pela Universidade Federal de São Paulo; Professor do Departamento de Medicina da UFMA.
gutekika@elo.com.br

⁴Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá; Professora do Departamento de Enfermagem da Faculdade Santa Terezinha (CEST).
lia_cardoso@hotmail.com

⁵Especialista em Saúde Coletiva pela UFMA.
licianne.cris@bol.com.br

⁶Doutora em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; Professora Adjunta I do Departamento de Enfermagem da UFMA.

RESUMO Este artigo objetivou analisar o significado de ser obeso e da cirurgia bariátrica na perspectiva dos ex-obesos mórbidos. Foi realizado por meio do Discurso do Sujeito Coletivo, com as seguintes categorias: ser obeso e cirurgia bariátrica. Ser obeso representa um corpo feio e limitado, doente, frágil e fracassado pelas frustrações dos diversos tratamentos. A cirurgia bariátrica representa um renascimento, retorno ao convívio social e não ser diferente das outras pessoas. Ainda há um longo caminho a ser percorrido para atingir a satisfação, porém a cirurgia foi um dos grandes passos para o alcance de uma mudança que representa um passado próximo e um futuro não muito distante.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade mórbida; Cirurgia bariátrica; Corpo Adiposo.

ABSTRACT *This article aims at analyzing the meaning of being obese and of the bariatric surgery from the perspective of morbidly ex-obese ones. It was accomplished through the discourse of the collective subject, with the following categories: being obese and bariatric surgery. Being obese represents an ugly and limited body, sick, fragile and failed by the frustrations of the various treatments. Bariatric surgery represents a rebirth, returning to social life, and not to be different from the others people. There is still a long way to go in order to achieve satisfaction, but it's important to emphasize that the surgery was a major step to achieve a change that represents a near past and a not too far future.*

KEYWORDS: *Obesity, morbid; Bariatric surgery; Faty body.*

Introdução

O Brasil vem passando por um período de transição epidemiológica, no qual as doenças crônicas vêm crescendo de maneira importante. Nesse cenário, destaca-se a obesidade por ser um dos fatores de maior risco para adoecimento nos adultos. Sua prevenção e seu diagnóstico precoce são importantes para a promoção da saúde e redução da morbimortalidade, não só por ela ser um fator de risco para outras doenças, mas também por interferir na duração e qualidade de vida, e por ter implicações diretas na aceitação social dos indivíduos (MONTENEGRO; MONTENEGRO JÚNIOR, 2010; BRASIL, 2006).

Fala-se de obesidade quando há um acúmulo evidente de gordura que leva o indivíduo a ultrapassar em muito o seu peso normal, chegando a atingir, às vezes, uma forma grotesca do seu aspecto corporal. A base da doença é o processo indesejável do balanço energético positivo, resultando em ganho de peso. É um agravo de caráter multifatorial, envolvendo determinantes neuroendócrinos, metabólicos, dietéticos, ambientais, sociais, familiares e psicológicos (BRASIL, 2006; A GLOBALIZAÇÃO DA OBESIDADE, 2003; CARNEIRO, 2000).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica a obesidade considerando o Índice de Massa Corporal (IMC), o qual equivale à divisão do peso do indivíduo pela sua altura ao quadrado. Quanto à gravidade, ela pode ser grau I, quando o IMC situa-se entre 30 e 34,9 kg/m²; grau II, quando o IMC situa-se entre 35 e 39,9 kg/m²; e grau III ou obesidade mórbida, quando o IMC ultrapassa 40 kg/m², sendo este o que mais acarreta complicações, razão pela qual é o grau abordado em nosso estudo (COUTINHO; BECHIMOL, 2002).

Atualmente, o tratamento cirúrgico constitui o procedimento mais eficaz em relação ao tratamento clínico da obesidade mórbida, que pode proporcionar perda de peso a longo prazo e melhora da qualidade de vida. São candidatos a esse tratamento portadores de obesidade de grandes proporções, de duração superior a dois anos, com IMC superior a 40 kg/m² e resistentes aos tratamentos conservadores ou obesos com IMC superior a 35 kg/m², portadores de doenças associadas

como diabetes, hipertensão arterial e apneia do sono (COUTINHO; BECHIMOL, 2002; ZILBERSTEIN; GALVÃO NETO; RAMOS, 2002; SCAGLIUSI; LOURENÇO, 2010; KAUFMAN, 2002).

A obesidade tem um impacto negativo, podendo levar a depressão, sentimento de culpa e pensamento de suicídio. A gordura transforma-se no símbolo visual de todos os aspectos físicos, sociais e psicológicos que a pessoa não gosta em si mesma. Além disso, o indivíduo pode dar conotações ao próprio corpo como algo para ocupar espaço, para chamar atenção, para que seja visto enquanto pessoa. No fundo, o que está em questão gira em torno da dificuldade em lidar com o próprio corpo e reconhecer suas dimensões. Com todas essas implicações na vida social, muitos tendem ao isolamento. A consequência é uma intensa sensação de baixa autoestima, rejeição e impotência. O obeso sofre, além da dor física, uma dor pela imagem do seu corpo, fazendo-se presente nele um forte desejo de mudança (KAUFMAN, 2002).

A relevância da problemática da obesidade e suas repercussões físicas, psíquicas, sociais e econômicas foi o fator motivador para a realização deste artigo, por meio do qual buscamos compreender o significado de ser obeso e da cirurgia bariátrica na perspectiva dos obesos mórbidos que foram submetidos a tal cirurgia.

Metodologia

Nesta pesquisa foi utilizada a abordagem qualitativa. Esse tipo de metodologia refere-se à pesquisa que produz dados descritivos, palavras tanto escritas quanto faladas, assim como comportamentos observáveis das pessoas, enfatizando a importância de se conhecer, entender e interpretar apuradamente a natureza das situações e eventos, quer sejam eles no passado ou no presente (GUALDA, 1995; MINAYO, 2000).

Participaram desse estudo oito obesos mórbidos submetidos à cirurgia bariátrica de Fobi-Capella, no Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra (HUUPD) em São Luís (MA), no período de setembro a novembro de 2003.

Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se a entrevista aberta, gravada. Essa técnica permite

captar a informação desejada, além de possibilitar ao entrevistado liberdade e espontaneidade para expressar-se sobre o tema. Baseou-se no Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefèvre e Lefèvre (MINAYO, 2000; LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

As entrevistas foram realizadas em domicílio, critério escolhido pelos informantes. O critério de inclusão na pesquisa foi selecionar os pacientes que já haviam completado oito meses de pós-operatório até a data do levantamento, isso porque, após seis ou oito meses de cirurgia, a perda de peso se torna significativa, em torno de 30% (GUALDA, 1995; FRANQUES, 2002).

Nessa perspectiva, as entrevistas foram conduzidas por meio de questões norteadoras de acordo com o objetivo do trabalho. Selecionaram-se as expressões-chave (informações mais importantes) e, dentro dessas, as ideias centrais, as quais foram transformadas em frases e que representaram a opinião dos ex-obesos mórbidos, formando um único discurso, o DSC (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

Em concordância com o que determina a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o projeto de pesquisa foi apresentado, avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário, e cada informante assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, explicando o objetivo do trabalho e sua forma de realização. Não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho (BRASIL, 1996).

Resultados e discussão

Com a análise dos dados, pôde-se investigar as questões norteadoras e a partir delas trabalhar as duas categorias principais: o significado de ser obeso e o significado da cirurgia bariátrica. Destas, emergiram subcategorias que ajudaram na compreensão do significado da problemática para o ex-obeso, que são: corpo feio e limitado, corpo doente, nascer de novo e ser normal.

Significado de ser obeso

Corpo feio e limitado

O corpo é um mapa fidedigno de nossa história pessoal. Nele está inscrito tudo aquilo que vivemos, todas as

emoções. É algo de mais privado que possuímos, mas é, simultaneamente, social e público, pois por meio dele nos damos, de imediato, na interação social, no sentido em que as representações que dele temos são socialmente construídas e partilhadas (ALFERES, 1987; SOUSA, 1992).

Os ex-obesos mencionaram demasiada insatisfação relacionada à aparência física que acarreta uma dificuldade em lidar com a dimensão do corpo, de poder sentir prazer em se olhar, se analisar e gostar de si mesmo. Também trataram não somente de um corpo anatômico, constituído de seus caracteres genéticos, mas também de um corpo vivido, de um corpo enquanto sujeito, repleto de experiências, que traz em cada pesquisado uma história de vida. Um corpo em busca de um lugar no espaço. É o que evidencia o discurso abaixo:

Eu não tinha coragem de me olhar no espelho, meu corpo, meu rosto, nada. Eu não tinha coragem de enfrentar o próprio espelho. Eu detestava espelho. Balança? Pavor, pavor, pavor. Até de peso quando alguém falava ou eu procurava sair ou procurava mudar de assunto. Ninguém sabia o meu peso, nem minha família (DSC 1).

Há ainda de se ressaltar que as pessoas começam a perceber que estão acima do peso a partir do momento em que ocupam duas poltronas, não passam mais na catraca ou quando as roupas não conseguem mais entrar. Isso nos leva a pensar que a maneira como nos vemos é originada a partir do olhar do outro, que, muitas vezes, pode ser uma pessoa ou objeto. A partir desse momento é que eles conseguem ver o seu corpo como grotesco, sem forma, sem beleza, sem identidade e como ponto de referência. Como exemplo, citamos os seguintes discursos:

Quando eu chegava lá no começo da rua, alguém dizia: lá vem uma gorda balançando. O obeso não é considerado gente. Você passa e é criticado. A gente perde até o nome - Olha aquela gorda, bujão de gás (DSC 1).

Eu era uma pessoa que me destacava na inteligência: 'ah, para chefia, gosto da gorda'. A gente não tem identidade (DSC 2).

Schilder (1980) define imagem corporal como sendo a percepção que temos de nós mesmos, sendo influenciada pela sociedade e construída por meio do olhar de outras pessoas. A obesidade também é um problema estético e traz grandes repercussões físicas, psíquicas, sociais e econômicas (HALPERN, 1997).

Uma das grandes dificuldades citadas pelos ex-obesos estava relacionada à busca desses padrões. Sair para comprar roupas, encontrar moldes e tamanhos adequados, experimentar as peças e encontrar adereços adequados são as principais barreiras encontradas por eles, como se constata no seguinte discurso:

Meu pescoço, eu não tinha, era colado [...] O que eu mais amava no mundo era andar de salto, era me enfeitar, me arrumar, era gostar de mim e eu não podia fazer isso. Eu gostava muito de usar calça jeans e foi chegando assim num momento em que as calças não estavam mais servindo e eu vi que eu já estava de uma maneira que eu não podia mais usar. Então passei a usar saia e blusa, aquelas roupas que obeso pode vestir que é só cortada no pescoço. Eu fazia minhas roupas em casa, na mão (DSC1).

Segundo Cordás (2002), os obesos são mais insatisfeitos e preocupados com sua aparência pessoal. Sentem-se inseguros em relação aos outros, imaginando que estes os veem com hostilidade e desprezo. A ênfase em que a forma ideal do corpo deve ser extremamente delgada preocupa os obesos, os oprime e serve como uma forma de controle social.

Os informantes mencionaram haver uma busca de um corpo funcional para o trabalho e para as atividades diárias, um corpo capaz e não um corpo limitado. Pode-se perceber claramente algumas dessas limitações:

Ser obeso para mim é sofrimento e privação. Eu tinha limites. Ela te poda. Ela te limita em todos os sentidos. Eu queria comprar uma coisa e não podia. Eu queria cuidar da minha casa, sempre tinha que ter uma pessoa para cuidar da casa. Eu tinha vontade de brincar com minha neta, não podia fazer. Eu já estava

de uma maneira que para sair daqui para ali, alguém tinha que me dar a mão. São coisas que até mesmo você tomando banho, até onde você consegue ir com o sabonete. Eu não estava mais vivendo (DSC1).

Barros *et al.* (1990) descrevem que a obesidade impossibilita a realização das atividades nas coisas mais simples da vida, como na higiene pessoal, locomoção, atividades sociais e trabalho. Pessoas obesas apresentam maiores dificuldades de encontrar emprego, são encaradas como menos capazes que os magros.

O obeso acaba sofrendo uma intensa discriminação, talvez por falta de informação das pessoas. Ele se sente cobrado por si e pela sociedade. O tempo é cruel e impõe um sofrimento insuportável para os obesos, haja vista que a obesidade os impede de ter uma vida igual a das pessoas que os cercam, como cita o discurso:

Uma cadeira de ônibus, você passar na catraca, num avião. As pessoas vêm no corredor, aí tem um lugar vago, eles olham para o lugar vago, te olham e passam direto para não ter que sentar do seu lado. Tinha gente que jogava piadinha [...] Um dia eu vinha para cá num ônibus da Alemanha e quando eu entrei dei o dinheiro para o cobrador e eu ouvi o motorista dizer: 'desconta duas'. As pessoas não conseguem enxergar um ser humano, eles enxergam um monstro comilão, deformado, sem força de vontade (DSC1).

Guedes (2003) afirma que rejeitar, discriminar, desprezar, prejudicar e estigmatizar não só são atitudes fascistas e intensamente dolorosas para as pessoas obesas, mas também têm um efeito real e nocivo à sua saúde física e emocional.

Corpo doente

O obeso frequentemente carrega sobre seus ombros o peso da culpa e da responsabilidade pela sua obesidade, mesmo porque há uma suposição da sociedade de que o fator desencadeante da obesidade seja a falta de vontade e de autocontrole. A obesidade, portanto, longe de ser uma fraqueza de caráter, é considerada uma doença que

afeta o homem nos seus aspectos físico, psíquico e social (FRANQUES, 2002; BARROS *et al.*, 1990).

Diante dos depoimentos, os ex-obesos relataram que consideram que a obesidade não é algo saudável, mas está ligada a uma carga de doenças inerentes a ela. Mencionaram conviver com patologias que provocam uma saúde frágil, gerando expectativa de morte súbita, sempre próxima e presente, o que acarreta desequilíbrios emocionais. O depoimento revela:

Não é só pela fisionomia, mas pelos problemas de saúde. Eu tinha picos de hipertensão muito grande. Tinha dores articulares, dores nas pernas. A obesidade é uma carga muito grande. Deus te dá um corpo e você não cuida. Parece assim um relaxamento, uma morte por relaxamento, por pouco caso de você mesmo. O meu medo era de eu morrer e as pessoas perguntarem assim: 'Tua mãe morreu de quê? De gorda?'. Então era assim, uma roleta russa dentro de você mesma (DSC1).

Franques (2002) afirma que a obesidade é considerada uma condição clínica multideterminada na qual, sem se invalidarem mutuamente, diversas causas no seu processo de desenvolvimento são associadas.

Identificou-se também que o obeso carrega consigo muitas reações angustiantes e complexas, que poderão trazer danos psicossomáticos à sua saúde. Com isso, alguns sentem a necessidade de chamar atenção como forma de pedir ajuda e acabam colocando em risco a sua saúde mental, o que pode ser claramente observado no depoimento:

É mais do que o físico, mas o emocional, a sua cabeça. Eu me sentia tudo, era fora da sociedade, era incapaz, era culpada de tudo, mal humorada, triste. Eu fui parar no psiquiatra e nesta fase eu raspei a cabeça, fiquei careca, raspei por agressão, eu queria pedir socorro para minha família porque ninguém via que eu estava sufocada, afogada, precisava de socorro (DSC1).

Segundo Quaglia (1997), o ser humano busca satisfações nas guloseimas quando outras fontes de prazer são

escassas ou inexistentes. A obesidade acaba se tornando uma muleta, uma forma de compensar os problemas internos.

Ratificando o pensamento desse autor, os ex-obesos mencionaram a questão de esse fator psicológico ser o principal agravante para a obesidade mórbida e que a falta de afeto, a perda de entes queridos, insatisfações profissionais, crises conjugais mal resolvidas, por exemplo, são fatores que levam o ser solitário e infeliz a empanturrar-se de doces e guloseimas. Destaca-se o depoimento:

Eu tinha passado por muitos problemas, eu não tinha casado, eu não tinha casa, eu não tinha nada, aí veio a morte do meu pai, aí o fator emocional atacou mesmo [...] Eu encontrava na comida uma fuga. Eu tinha uma fome doentia, uma fome de atacar, eu atacava a geladeira, eu acordava de madrugada para abrir a geladeira [...] (DSC1).

Diante desse fardo pesado, que é trazer consigo um corpo doente, tanto física quanto psicologicamente, os obesos também relataram grande satisfação em falar sobre a importância do tratamento cirúrgico, haja vista que inúmeras tentativas, como terapêuticas, medicamentosas, exercícios físicos e dietas, já haviam sido experimentadas, porém sem sucesso, sendo necessário recorrer a esse último recurso.

Significado da cirurgia bariátrica

Nascer de novo

O nível de sofrimento a que chegam os pacientes obesos mórbidos faz com que eles se agarrem à possibilidade da cirurgia como grande tábua de salvação para os seus problemas (BARROS *et al.*, 1990).

Os informantes relataram a importância da cirurgia bariátrica como o último recurso para solução do problema da obesidade e o meio de recomeçar a viver. Eles se sentem presenteados, pois se libertam de uma vida aprisionada e ganham a felicidade em troca. A cirurgia marca a vida deles, pois ela traz resultados jamais experimentados anteriormente por outros tratamentos. Os discursos revelam:

Tudo pra mim era lucro depois da cirurgia. Até morrer era lucro, porque eu tinha a consciência

que eu tinha tentado, pelo menos isso. Em 2002 eu realizei esse sonho, em 2003, eu vivi esse sonho, eu passei a ser magra, eu só vivi maravilha, e em 2004 eu gostaria de viver toda essa felicidade que vivi em 2003, eu não quero mais nada, mas somente continuar essa felicidade (DSC1).

Operar não é nada. É só o presente. O dia-a-dia é desembulhar o presente. E o presente é aquele numa caixa, dentro duma caixa. Quando você opera ganha aquele presentão gigantesco, com aquela fitona vermelha, linda e maravilhosa. Aí você tem que desembulhar pedacinho por pedacinho [...] (DSC2).

Segundo Nasser e Elias (2002), a cirurgia bariátrica é o único método comprovado para obter controle de peso em longo prazo, gerando esse tratamento cirúrgico uma mudança radical no estilo de vida, e essa opção deve ser oferecida a pacientes severamente obesos, bem informados e motivados, e com riscos cirúrgicos aceitáveis. Os obesos procuram esse tratamento como uma solução mágica, capaz de resolver os seus problemas, e em busca de alívio para suas dificuldades existenciais.

Ser normal

A cirurgia da obesidade leva o indivíduo a reduzir drasticamente seu peso corpóreo e isso produz mudanças ou alterações importantes na vida como um todo (FRANQUES, 2002).

Nessa subcategoria, reuniram-se os depoimentos em que os informantes mencionaram que a cirurgia bariátrica representa um caminho para atingir uma melhoria na qualidade de vida – saúde física e emocional –, representada pelo retorno ao convívio social, melhora da saúde e da autoestima, em busca de uma vida normal que não os diferencie das outras pessoas. Os discursos revelam que a maioria dos ex-obesos buscou o tratamento para esse fim:

Eu fiz tudo só pra ser igual a todo mundo, para me encaixar na sociedade. Para passar

despercebida ou se chamar atenção, chamar por outras coisas, por beleza, enfim, menos por ser diferente (DSC1).

O meu sonho era andar com uma calça jeans assim, rasgada, suja, velha, uma camiseta branca e um chinelo. Assim, sem me preocupar com nada. Tipo assim, vamos ali. Boto um chinelo, uma camiseta e pronto, não preciso me preocupar se a roupa está combinando ou se está adequada ao meu corpo, ou para o meu tamanho, a cor, tipo da coisa que vai fazer, o lugar para onde vai [...] (DSC2).

Barros *et al.* (1990) relatam que o objetivo da cirurgia bariátrica não é só eliminar ou amenizar as doenças associadas à obesidade, mas também promover o retorno às atividades sociais, melhorar o desempenho das atividades cotidianas e melhorar a afetividade interpessoal.

Há também grande melhora na vida social, nos afazeres diários e na autoestima. Em todo esse contexto, os obesos definem como principal satisfação atingir a normalidade. Seguem os discursos:

Comprar roupa agora é uma maravilha, comprar calcinha então, não precisa ninguém ficar esticando de um lado a outro [...] Hoje eu adoro andar de ônibus, tenho a segurança de dizer que passo na catraca (DSC1).

A minha relação com as pessoas melhorou, o meu jeito de encarar a vida, os meus medos diminuíram, eu me sinto mais plena, mais segura comigo mesma e isso transborda. Hoje eu posso fazer qualquer coisa, trabalhar em qualquer coisa, eu sei que vou me adaptar, eu sei que vou fazer, e isso me dá segurança, autoestima. O melhor de tudo é você ser comum, sem falar, claro no prazer que você tem de entrar numa loja e comprar uma roupa, do seu condicionamento físico, das atividades que você pode desempenhar, da tua vida ser

mais normal, mais comum. Isso é muito bom, não ser diferente (DSC2).

Apesar de haver uma mudança generalizada na vida do obeso, pôde-se perceber que, após a perda significativa de peso que este alcança com a cirurgia, o corpo físico encontra-se com excesso de pele e estrias que são consequências inerentes ao processo de engordar e emagrecer. Em torno dessa questão é que o trabalho pós-cirúrgico só é completo com o acompanhamento das cirurgias reparadoras. Pode-se notar grande expectativa em completar a satisfação de poder apresentar um dia um corpo sem essas deformações:

Hoje eu quero tudo. Eu fui o primeiro a fazer plástica e assim que o médico me liberar eu faço a outra porque acho que faz parte de um processo e não quero ficar pela metade. Muito bom reviver essas duas coisas, um passado não muito distante e um futuro bem próximo que eu idealizo (DSC1).

É uma coisa tão longe, tão distante, que eu não consigo visualizar, mas eu vou chegar lá. Claro que eu não vou ter um corpo perfeito, porque tem muitas cicatrizes, mas um corpo decente (risos) que eu possa entrar como qualquer pessoa (DSC2).

Com todas as dificuldades que os obesos mórbidos carregam ao longo da sua história, pode-se afirmar que a cirurgia bariátrica representa a única saída para eles haja vista que as declarações ratificam a lúgubre história de tentativas e frustrações. Continuar lutando provavelmente todos eles irão, mesmo porque cabe agora às cirurgias reparadoras ajudar a concretizar os grandes sonhos e desejos enrustidos em cada cabeça.

Considerações finais

Este artigo pôde proporcionar a compreensão do significado de ser obeso e da cirurgia bariátrica na visão dos ex-obesos mórbidos. Verificou-se que 'ser obeso' representa um mundo de insatisfações, em que há uma dor pela imagem corporal deformada, refletida por um corpo feio fisicamente, limitado, não aceito socialmente, que deixa a pessoa com baixa autoestima e baixa qualidade de vida. Representa um corpo doente, que é a soma de diversas comorbidades, dentre as quais os transtornos emocionais que carregam o obeso de sensações angustiantes e complexas; um corpo recoberto de expressões verbais e não verbais que os constroem e os tornam diferentes de todos.

A 'cirurgia bariátrica' para os ex-obesos, no entanto, significa nascer de novo, voltar a fazer parte do grupo de pessoas normais, possibilitando-os recuperar uma vida saudável, manter um convívio social e resgatar um corpo funcional. Entretanto, essa satisfação não é completa, pois ainda restam expectativas relacionadas ao aspecto corporal por estes se verem no espelho e encontrarem imperfeições resultantes da obesidade que só a cirurgia reparadora poderá minimizar.

Foi notória a felicidade em cada rosto por ter conseguido passar por esta etapa árdua, que é se submeter a um processo cirúrgico de alto risco, mas cuja retribuição está sendo usufruída a cada momento e em cada situação pela redução de peso e comorbidades, pela modificação progressiva da aparência mais aceitável e pela melhora na qualidade de vida.

Não se pode esquecer que a decisão de fazer a cirurgia tem que partir de cada um, individualmente, para que essa escolha não fracasse e que o êxito possa ser alcançado o mais rápido possível. Acima de tudo, que haja sempre amor próprio, pois o ser humano só conquista seus objetivos quando aprende a se amar e respeitar. ■

Referências

A GLOBALIZAÇÃO DA OBESIDADE. *O Estado de São Paulo*. São Paulo, 2 fev. 2003. Disponível em: <<http://www.vivasorrindo.hpg.ig.com.br/htmls/artigos.htm>>. Acesso em: 20 out 2003.

ALFERES, V. R. O corpo: regularidades discursivas, representações e patologias. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra, n. 23, 1987, p. 211-219.

- BARROS, C. A. S. M. *et al.* Transtorno da imagem corporal de obesos em grupoterapia. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 12, n. 2, 1990, p.75-83.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Obesidade*. Brasília: Cadernos de Atenção Básica, n.12 (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2006.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 196*. Aspectos éticos envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
- CARNEIRO, H. F. *A Obesidade sob a visão do psiquiatra: Um conceito humano para avaliar o peso*. São Paulo: Atheneu, 2000.
- CORDÁS, M. D. Tratamento clínico da obesidade mórbida. In: GARRIDO JÚNIOR, A. B. *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu, 2002.
- COUTINHO, W. F.; BECHIMOL, A. K. Obesidade mórbida e afecções associadas. In: GARRIDO JÚNIOR, A. B. *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu, 2002.
- DALDON, M. T. B. *Imagem corporal e sexualidade em mulheres obesas submetidas a tratamento multidisciplinar*. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/prato/artigos/>>. Acesso em: 20 dez 2000.
- FRANQUES, A. R. M. Participação do psiquiatra e do psicólogo na fase perioperatória – Participação do psicólogo. In: GARRIDO JÚNIOR, A. B. *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu, 2002.
- GUALDA, D. M. R. *et al.* Abordagem qualitativa: sua contribuição para a enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem USP*. São Paulo, v. 29, n. 3, 1995, p. 297-309.
- GUEDES, A. *Fatores emocionais afetam tratamento da obesidade*. Disponível em: <<http://www.uol.com.br/cienciahoje/chdia/n438.htm>>. Acesso em: 19 jan 2003.
- HALPERN, A. *Obesidade, mitos e verdades*. São Paulo: Contexto, 1997.
- KAUFMAN, A. *Obesidade e estilo de vida*. Disponível em: <http://www.revistapsicologia.com.br/materiais/estadoAlerta/m_estado_de_alerta.html>. Acesso em: 20 dez 2002.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. *Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social*. Brasília: Líber Livro, 2003.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.
- MONTENEGRO, A. P. D. R.; MONTENEGRO JÚNIOR, R. M. Obesidade na infância e na adolescência. *Revista Abeso*. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pagina/246/artigo.shtml>>. Acesso em: 10 jan 2010.
- NASSER, D.; ELIAS, A. A. Indicação de tratamento cirúrgico da obesidade grave. In: GARRIDO JÚNIOR, A. B. *Cirurgia da obesidade*. São Paulo: Atheneu, 2002.
- QUAGLIA, D. R. G. E. *Como vencer a obesidade: os pontos-chave do emagrecimento*. São Paulo: Casa do psicólogo, 1997.
- SCAGLIUSI, F. B.; LOURENÇO, B. H. Aspectos psico-sócio-culturais da alimentação: Algumas considerações sobre o caso da Obesidade. *Revista Abeso*. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/pagina/254/artigo.shtml>>. Acesso em: 10 jan 2010.
- SOUSA, P.R. *Os sentidos dos sintomas. Psicanálise e Gastroenterologia*. Campinas: Papyrus, 1992.
- SCHILDER, P. *A imagem do corpo – As energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes, 1980.
- ZILBERSTEIN, B.; GALVÃO NETO, M.; RAMOS, A. C. O papel da cirurgia no tratamento da obesidade. *Revista Brasileira de Medicina*, São Paulo, v. 59, n. 4, 2002, p. 258-264.

Recebido para publicação em Setembro/2010
 Versão definitiva em Dezembro/2010
 Conflito de interesses: Inexistente
 Suporte financeiro: Não houve

A satisfação no trabalho dos profissionais de saúde no ambulatório de Cardiologia de um Hospital de Ensino

Satisfaction at work of health professionals in Cardiology ambulatory of a Teaching Hospital

Casiana Tertuliano Chalegre de Paula¹, Hilda Silva Carrilho Barbosa², Lúcia Roberta Rego Villachan³, Rejane Vasconcelos Lima⁴

¹ Mestre em Saúde Pública; Terapeuta Ocupacional do Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco Professor Luiz Tavares. casichalegre@hotmail.com

² Mestre em Hebiatria; Enfermeira do Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco Professor Luiz Tavares. hcarrilho@terra.com.br

³ Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); Médica cardiopediatra do Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco Professor Luiz Tavares. rvillachan@gmail.com

⁴ Especialista em Saúde da Família; Enfermeira do Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco Professor Luiz Tavares. rejane.lima2006@gmail.com

RESUMO Esta pesquisa surgiu da necessidade do Grupo de Trabalho de Humanização em planejar melhor suas ações a partir de avaliação do grau de satisfação no trabalho dos profissionais de saúde do ambulatório do Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco. Os dados deste estudo de caso foram coletados a partir de entrevista estruturada contendo os parâmetros de avaliação da satisfação propostos pela Política Nacional de Humanização. A análise foi realizada pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Quanto aos principais resultados, identificaram-se falhas nos canais de comunicação, pouca oferta de Educação Permanente e críticas quanto à fragmentação do processo de trabalho, em que as ações não são conjuntas.

PALAVRAS-CHAVE: Satisfação no trabalho; Humanização; Hospitais universitários.

ABSTRACT *This research arose from the need of the Humanization Working Group to better plan their actions, from assessing the degree of job satisfaction of health professionals at the ambulatory of University Cardiac Emergency of Pernambuco. Data were collected from a structured interview containing the parameters for the assessment of satisfaction offered by the National Policy of Humanization. The analysis was performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) program. Concerning the main results, we identified gaps in communication channels, low provision of continuing education and criticism regarding the fragmentation of the working process, in which joint actions are not together.*

KEYWORDS: *Job satisfaction; Humanization; Hospitals, University.*

Introdução

As mudanças econômicas e sociais decorrentes do processo de globalização nessas últimas décadas têm alterado consideravelmente a relação entre o homem e o seu trabalho. Cada vez mais, busca-se crescimento de produtividade associado a um baixo custo de produção, visando obter produtos altamente competitivos no cenário capitalista. Diante desse panorama, observa-se o aumento dos ritmos e cargas de trabalho em detrimento da satisfação dos trabalhadores em realizar as tarefas, o que pode repercutir na sua qualidade de vida, interferindo no processo saúde/doença (SILVA *et al.*, 2009).

Segundo vários autores, para ser considerado satisfeito o trabalhador deverá sentir-se realizado profissionalmente em relação às suas expectativas, necessidades e valores. Em outras palavras, o profissional satisfeito seria aquele que recebe aquilo que esperava obter, como remuneração adequada, segurança no emprego, ambiente harmonioso no trabalho, amizade, valorização e reconhecimento profissional, além de oportunidade de trabalho em equipe (CURA; RODRIGUES, 1999; PEREIRA; FÁVERO, 2001; CECAGNO; CECAGNO; SIQUEIRA, 2003).

As práticas assistenciais e os processos de trabalho nos hospitais são compostos pelos arranjos de saberes e tecnologias, e isso se dá no campo da micropolítica. Nessa dinâmica, existe uma disputa do monopólio do saber/poder, que é tensa e traz conflitos, uma vez que se tenta reorganizar as práticas assistenciais, nas quais ainda persiste a hegemonia médica. Tudo isso acaba dificultando o arranjo de equipes de trabalho solidárias, amparadas na interação dos sujeitos e dos seus saberes, voltadas para produzir o cuidado integral ao paciente (VASCONCELOS, 2002).

O objeto de estudo dessa investigação é 'o grau de satisfação' no trabalho dos profissionais de saúde do ambulatório do Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco Professor Luiz Tavares (Procape). Utilizamos como referencial teórico a Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (Humaniza SUS), trazendo uma discussão mais voltada para o dispositivo de avaliação da satisfação.

A PNH tem como intenção efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano

das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos (BRASIL, 2008). Essa Política tem como um dos dispositivos, também chamado de tecnologia leve, a avaliação da satisfação. Para isso, propôs parâmetros para humanização do trabalho dos profissionais e para o atendimento dos usuários. É a partir desses parâmetros que se torna possível avaliar a realidade do hospital e planejar as ações de humanização.

Este artigo teve por objetivo identificar o grau de satisfação no trabalho dos profissionais de saúde do ambulatório do Procape.

Estratégia metodológica

Consiste em uma pesquisa descritiva exploratória, na qual se expõem características de determinada população ou de determinado fenômeno, podendo também estabelecer correlações entre variáveis (TOBAR; YALOUR, 2001).

O Procape é um hospital escola da Fundação Universidade de Pernambuco (UPE). Tem sede e foro na cidade do Recife e atuação em todo o território pernambucano. Fundado em junho de 2006, representa um dos maiores centros cardiológicos do Brasil e o primeiro do seu porte no Norte-Nordeste. É referência para o desenvolvimento da formação e da qualificação de profissionais no tratamento de doenças cardiovasculares e para a pesquisa científico-tecnológica no campo da Cardiologia (UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, 2008).

O universo da pesquisa compreende os trabalhadores de saúde que atuam no ambulatório do Procape. Foram 'incluídos' todos os profissionais que trabalham nesse ambulatório e não estiveram de férias, licença-maternidade e licença médica no período da pesquisa. Foram 'excluídos' os profissionais que não trabalham na área de saúde do hospital, os substitutos por profissão e os pesquisadores desta pesquisa que trabalhavam no setor. Depois de aplicados os 'critérios de inclusão e exclusão', obtivemos um total de 56 profissionais de saúde.

Para escolher uma amostragem desses profissionais, adotou-se o critério de amostra casual simples, na

qual, a partir da técnica da tabela dos números aleatórios, selecionaram-se 27 profissionais.

Nos meses de agosto e setembro de 2009, os dados foram coletados por meio de um roteiro de entrevista estruturada elaborado pelas autoras, contendo variáveis relacionadas aos objetivos do estudo com questões para o delineamento do perfil dos funcionários (setor de trabalho, ocupação, regime de trabalho, faixa etária e tempo de serviço (na UPE, no Procape, no setor).

Nesse roteiro, consideraram-se também os indicadores sugeridos pela PNH: gestão hospitalar e participação dos profissionais, condições de trabalho na instituição, condições de apoio aos profissionais, qualidade da comunicação entre os profissionais, relacionamento interpessoal no trabalho e valorização do trabalho e motivação profissional. As repostas às questões fechadas seguiram uma graduação de acordo com a seguinte escala criada pelas autoras: () Excelente; () Bom; () Regular; () Ruim.

Os dados coletados foram tabulados e analisados por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 13.0 for Windows, um *software* específico para interpretação de dados estatísticos. Foram geradas frequências simples das questões. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Pernambuco (CAAE: 0137.0.097.000-09). Além disso, antes de responderem às questões, os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

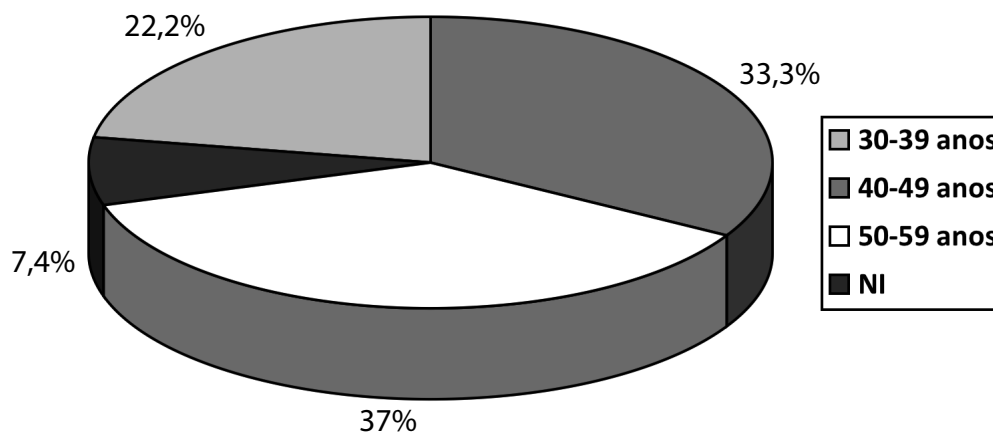
Resultados e análise

Quanto ao perfil dos profissionais de saúde entrevistados, obtivemos 15 médicos (55,6%); 3 psicólogos (11,1%); 2 enfermeiros (7,4%); 6 técnicos de enfermagem (22,2%) e 1 nutricionista (3,7%). Identificamos uma frequência de 55,6% no regime diarista e uma faixa etária predominante (Gráfico 1) de 50 a 59 anos (37%). Obtivemos ainda 37% entre 20 e 29 anos de trabalho na UPE, e 96,3% com 3 anos no Procape, mesmo percentual identificado no setor ambulatório.

Existe no ambulatório um alto percentual de profissionais médicos. É interessante notar que a grande especificidade das organizações hospitalares está na predominância do poder e autonomia médicos, tanto na gestão quanto nas políticas hospitalares desenvolvidas. Sendo um hospital universitário, essa organização adquire ainda maior complexidade, uma vez que a instituição escola médica sobrepõe-se à instituição hospitalar, trazendo sua lógica da disciplinarização e os vários poderes e saberes existentes em seu interior, os quais trabalham no sentido da formação do profissional médico (CARAPINHEIRO, 1998).

Considerando que se trata de uma estrutura hospitalar, a qual é burocratizada e verticalizada, podemos entender que o ambulatório acaba seguindo essa lógica, o que produz um processo de trabalho fragmentado, alienado e com pouca responsabilização dos profissionais,

Gráfico 1: Percentagem da faixa etária dos profissionais entrevistados.



Fonte: PROCAPE, 2010.

no qual o diálogo é quase inexistente. Seguindo esse caminho, apesar da presença de profissionais de saúde não médicos, não há espaço para o exercício de uma assistência integral ao usuário com ação interdisciplinar. De acordo com Gattás (2005), a interdisciplinaridade permite um melhor entendimento da complexidade dos fenômenos, diminuindo os efeitos muitas vezes desastrosos da fragmentação do conhecimento e favorecendo uma assistência humanizada pela compreensão do homem em suas diversas nuances.

No bloco de questões sobre gestão e participação dos profissionais, destaca-se que 44,4% avaliaram que as oportunidades de discussão da qualidade dos serviços prestados aos usuários do hospital acontecem de forma regular. Quando se partiu para as chances de discussão das dificuldades na execução do trabalho de atendimento aos usuários do setor, 55,6% consideraram ser ruim. Houve um mesmo percentual (44,4%) para os itens regular e ruim quando se perguntou sobre a coleta de sugestões para a melhoria do trabalho. Dos entrevistados, 37% consideraram que as oportunidades de reconhecimento e resolução de conflitos e divergências ocorrem de forma regular, e 44,4% acreditam que a aplicação sistemática de normas de trabalho é boa.

Essa maior variação de percentual entre regular e ruim demonstra que as discussões acerca da qualidade da assistência e da execução do trabalho para a melhoria dos serviços, além da captação de sugestões, ainda é extremamente incipiente, o que aponta para a dificuldade na interação entre atenção e gestão. Para a PNH, a gestão está indissociada da atenção. Para Hennington (2008), gestores, trabalhadores e usuários deveriam adotar papéis de relevância, potencializando práticas humanizadas e conseqüentemente proporcionando eficiência e efetividade dentro do SUS.

A PNH apresenta parâmetros que orientam a implantação dos seus dispositivos, os quais destacamos aqui: ampliar o diálogo entre os trabalhadores, entre os trabalhadores e a população, e entre os trabalhadores e a administração, promovendo a gestão participativa, colegiada e a gestão compartilhada dos cuidados/atenção, e viabilizar a participação ativa dos trabalhadores nas unidades de saúde por meio de colegiados gestores e processos interativos de planejamento e de tomada de decisão (BRASIL, 2008).

Observam-se também em vários trabalhos de Rivera que a comunicação e a gerência são campos que o autor vem perseguindo como objeto de estudo. Para ele, uma gestão comunicativa que considere variáveis estratégicas de poder é uma alternativa necessária a modelos tradicionais de planejamento/programação de serviços e de gestão rotineira (RIVERA, 1996).

No grupo de questões sobre as condições de trabalho na instituição, identificamos que 48,1% consideraram boas as condições do ambiente de trabalho, contra 33,3% que consideraram ser ruim. Para 40,7%, a prática de biossegurança ainda é regular, 51,9% consideraram que existe um bom controle dos equipamentos e materiais utilizados, e 55,6% avaliaram ser bom o nível de higiene no hospital.

No conjunto de temas sobre as condições de apoio aos profissionais, o item sobre acesso e estacionamento recebeu a maior percentagem (88,9%) da categoria ruim. Na época da pesquisa, o estacionamento do Procape estava sendo construído, o que promoveu esse alto índice de insatisfação. A respeito do refeitório, 55,6% não fazem uso dele – compreende-se essa situação pelo fato de que a maioria das pessoas são diaristas. Já as pessoas que fazem uso do refeitório, atribuíram uma categoria regular (25,9%). Quanto à pergunta sobre a área de descanso, identificamos que não se aplica ao ambulatório, pois a maioria dos profissionais são diaristas, e os que estão em regime de plantão não passam o plantão inteiro nesse setor, com exceção dos técnicos de enfermagem, única categoria que fica todo o plantão no ambulatório. Mesmo assim, optou-se por excluir essa pergunta, considerando a especificidade de uma estrutura ambulatorial.

Chamou atenção o alto percentual (59,3%) de pessoas que atribuíram uma classificação ruim às atividades recreativas e/ou sociais. Sobre o mesmo item, apenas 3,7% considera ser boa a oferta dessas atividades. Muitos relataram que nunca souberam da existência de tais atividades, o que aponta para falhas na comunicação.

Quando se perguntou sobre os cursos ou treinamentos para aprimoramento profissional, identificamos que muitos (14,8%) não sabiam da existência desses cursos e que a maioria acha que são ruins (51,9%). Houve também profissionais considerando que a pergunta não se aplicava (3,7%), pois os cursos oferecidos

se destinavam apenas para as categorias de enfermagem e técnico de enfermagem.

Bem próxima a essa pergunta foi a que indagou sobre cursos ou treinamentos para melhoria da relação com os usuários, na qual verificamos que 44,4% consideram que são ruins e 11,1% desconhecem esses cursos. Assim como na pergunta anterior, houve também profissionais ponderando que a pergunta não se aplicava (18,5%), pois os cursos oferecidos no hospital se destinavam apenas para as categorias citadas acima.

No momento da coleta dos dados, o setor de Educação Permanente do hospital estava voltado apenas para o setor de Enfermagem. Deslandes (2004) afirma que, de um modo geral, as instituições investem pouco na qualificação dos trabalhadores, principalmente quando se fala em trabalho em equipe e gestão participativa. A Educação Permanente deve ser um processo contínuo de treinamento, aperfeiçoamento e atualização para todos os profissionais, a fim de atender às necessidades do serviço e gerar alto padrão de assistência, sob o ponto de vista não apenas técnico-científico, mas também humano e ético-político. Entende-se que essa é uma estratégia forte que pode muito contribuir para a divulgação e exercício dos princípios, diretrizes e dispositivos da PNH.

Na classe de perguntas sobre a qualidade da comunicação entre os profissionais, os canais de informações oficiais da administração foram categorizados como ruim (48,1%), regular (33,3%) e bom (18,5%). Se observarmos os canais de informação contribuindo na resolução de problemas e necessidades, 44,4% consideram ser regular e 40,7% consideram ser ruim. Quanto aos canais de informação e comunicação interna sobre programas e atividades, a maioria, 51,9%, avalia ser ruim.

A PNH apresenta alguns entendimentos sobre a humanização no SUS, dos quais se destacam aqui aqueles que têm relação com o tema da comunicação interna: valorização, fomento da autonomia e do protagonismo dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores); aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2008). Acompanhando esse raciocínio, compreendemos, portanto, que não se pode mais considerar os trabalhadores de saúde

meramente como instrumentos ou recursos no oferecimento de cuidados necessários, mas sujeitos estratégicos que podem atuar individual ou coletivamente influenciando na construção das políticas (DUSSAULT; RIGOLI, 2003).

No bloco de perguntas sobre relacionamento interpessoal no trabalho, a interação grupal ficou com os maiores percentuais entre bom (48,1%) e regular (25,9%). O indicador cooperação obteve também os maiores percentuais entre bom (51,9%) e regular (22,2%). Os entrevistados, de uma forma geral, criticaram a fragmentação do processo de trabalho, no qual as ações não são conjuntas. Entendemos que a humanização tem um papel importante de resgate do respeito à vida humana, em dimensões que alcançam o âmbito social, ético, educacional e psíquico, presentes em todo relacionamento humano e evitando a fragmentação do sujeito. Nesse sentido, acreditamos que disparar processos de humanização no ambiente de trabalho pode propiciar um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde, promover motivação e gerar, conseqüentemente, a satisfação profissional (HENNINGTON, 2008).

Muitas são as questões ainda não resolvidas que cercam o ato de refletir e operar sobre o trabalho em saúde. Repensar a gestão e os processos de trabalho e a tarefa de produzir saúde traz como conseqüência o maior entendimento desse elo vital na construção de uma rede de atenção humanizada e solidária (HENNINGTON, 2008, p. 556).

Na última série de perguntas, sobre valorização do trabalho e motivação profissional, o indicador respeito obteve os maiores percentuais entre excelente (25,9%) e bom (37%). Referente ao reconhecimento, os maiores percentuais foi entre bom (33,3%) e regular (29,6%). Acerca da motivação, 33,3% consideraram ser excelente, mesmo percentual para a categoria bom. Dos entrevistados, 37% consideram-se bem satisfeitos e 14,8% acreditam que a sua satisfação está ruim. Quanto à classificação da expectativa de melhoria do serviço, 37% têm uma boa expectativa e 14,8% têm uma expectativa ruim.

Rios (2008), em seu artigo sobre humanização e ambiente de trabalho, aponta para os fatores psicossociais

relacionados à saúde e satisfação no trabalho, os quais são: estabilidade no emprego, salários e benefícios, relações sociais no trabalho, supervisão e chefia, ambiente físico de trabalho, reconhecimento e valorização, oportunidades de desenvolvimento profissional, conteúdo, variedade e desafio no trabalho, qualificação, autonomia, subutilização de habilidades e competências, e carga de trabalho (física, cognitiva ou emocional).

Nota-se que a PNH já traz discussões acerca de muitos desses aspectos e apresenta como um dos eixos de ação a gestão do trabalho, a qual indica a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional.

Destaca-se aqui também dois dos dispositivos dessa política que são: Programa de Formação em Saúde do Trabalhador, Comunidade Ampliada de Pesquisa e a criação de sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde, como: gerência de porta aberta, ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação. Por último, como um dos parâmetros que orientam a implantação dos dispositivos da PNH, destacamos: promover atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho (BRASIL, 2008).

Considerações finais e recomendações

Identificamos o grau de satisfação no trabalho dos profissionais de saúde, abordando os diversos aspectos apontados pela PNH: gestão hospitalar e participação dos profissionais, condições de trabalho na instituição, condições de apoio aos profissionais, qualidade da comunicação entre os profissionais, relacionamento interpessoal no trabalho e valorização do trabalho e motivação profissional.

Considerando esses itens, podemos afirmar que, de uma forma geral, os profissionais estão pouco satisfeitos. Isso demonstra que o Procape ainda está longe de alcançar as diretrizes e de desempenhar os dispositivos dessa política.

Porém, esse estudo trouxe uma relevante contribuição ao identificar a realidade explorada, o que pode subsidiar inovações no âmbito do trabalho em saúde, melhorando a prática assistencial e proporcionando condições ao profissional de ocupar seu espaço indispensável na assistência humanizada ao paciente no ambiente hospitalar.

Como recomendações, podemos levantar a importância da criação de um programa de atendimento às necessidades biopsicossociais dos profissionais de saúde, uma vez que não existe neste hospital, e a realização de futuras pesquisas aprofundando o estudo com um enfoque qualitativo, que possa dar conta de nuances não abordadas nesta pesquisa. ■

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos: Resolução nº 196/96*. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CARAPINHEIRO, G. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento, 1998.

CECAGNO, D.; CECAGNO, S.; SIQUEIRA, H. C. H. Satisfação de uma equipe de enfermagem quanto à profissão e emprego num hospital do sul do estado do Rio Grande do Sul. *Cogitare Enfermagem*, v. 8, n. 1, 2003, p. 34-38.

CURA, M. L. A. D.; RODRIGUES, A. R. F. Satisfação profissional do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7 n. 4, out. 1999, p. 21-8.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, 2004, p. 7-14.

DUSSAULT, G.; RIGOLI, F. The interface between health sector reform and human resources in health. *Human Resources for Health*. 2003. Disponível em: <<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/9>>. Acesso em: 14 mai 2007.

GATTÁS, M. L. B. *Interdisciplinaridade em cursos de graduação na área de saúde da Universidade de Uberaba - Uniube*. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, 2005.

HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.42, n.3, 2008, p. 555-561.

MARTINS, M. C. F. *Humanização das relações assistenciais de saúde: a formação do profissional de saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

PEREIRA, M. C. A.; FÁVERO, N. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, 2001, p. 7-12.

RIOS, I. C. Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais da saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.17, n.4, 2008, p.151-160.

RIVERA, F. J. U. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, jul./set., 1996, p. 357-372.

SILVA, R. M. *et al.* Análise quantitativa da satisfação profissional dos enfermeiros que atuam no período noturno. *Texto &*

Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.18, n.2, abr./jun. 2009, p. 298-305.

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

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, Reitoria. *Estatuto da Fundação Universidade de Pernambuco*. Aprovado pelo CONSUN em 19.12.2007. Publicado no Boletim Oficial da UPE em 02.01.2008.

VASCONCELOS, C. M. *Notas sobre a crise dos Hospitais de Ensino no Brasil*. Campinas: LAPA/UNICAMP, 2002.

Recebido para publicação em Agosto/2010

Versão definitiva em Dezembro/2010

Conflito de interesses: Inexistente

Suporte financeiro: Não houve

Atenção à saúde bucal dos portadores de insuficiência renal crônica: interfaces com a rede de atenção à saúde

Oral health care of the chronic renal failure patients: the health care network

Ana Luiza de Souza¹, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello², Daniela Lemos Carcereri³, João Carlos Caetano⁴, Heloisa Godoi⁵

¹ Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina; Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília e pela Radboud University Nijmegen Medical Centre. analuizadesouza@gmail.com

² Doutora em Odontologia em Saúde Coletiva; Professora do Programa de Pós Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. alfm@terra.com.br

³ Doutora em Engenharia em Produção; Professora do Programa de Pós Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. daniela_carcereri@hotmail.com

⁴ Doutor em Odontologia Social pela Universidade Federal Fluminense; Professor do Programa de Pós Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. caetano@saude.sc.gov.br

⁵ Mestranda em Odontologia em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina. heloisagodoi@hotmail.com

RESUMO Objetivou-se descrever as interfaces da atenção à saúde bucal dos portadores de insuficiência renal crônica (IRC) no Sistema Único de Saúde com a rede de atenção à saúde. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, tipo estudo de caso. A coleta de dados foi realizada em uma instituição pública hospitalar catarinense, que presta atendimento aos portadores de IRC e possui serviço odontológico ambulatorial. O fluxo de informações se restringe ao ambiente clínico-hospitalar, não havendo mecanismo de referência e contrarreferência com a atenção básica. A atenção e assistência à saúde bucal dos portadores de IRC são prestadas de modo desarticulado, fragmentado e necessitam ampliar suas interfaces com a rede.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de saúde; Planejamento em saúde; Insuficiência renal.

ABSTRACT *The objective was to describe the interface of oral health care for patients with chronic renal failure (CRF) with the network of health care, in the Brazilian Health System. This is a qualitative, descriptive case study. Data collection was performed within a public hospital, in a municipality of Santa Catarina State, that provides assistance to CRF patients and offers dental services. The information flow is restricted to the clinical setting, without the referral and counter-referral with primary health care services. The attention to oral health of CRF patients are also provided in a disjointed and fragmented way and still need to broaden their interfaces with the network of health care.*

KEYWORDS: Health services; Health Planning; Renal insufficiency.

Introdução

O cuidado à saúde bucal constitui uma das práticas de atenção e assistência necessárias para a manutenção da saúde de grupos populacionais específicos, como os portadores de insuficiência renal crônica (IRC). A promoção do cuidado à saúde bucal perpassa as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), visando o estabelecimento de redes de atenção que integrem organizações e profissionais. A estruturação de modelos assistenciais em rede requer a articulação das ações assistenciais de saúde bucal a um conjunto de medidas individuais e coletivas. Estes modelos devem ser construídos considerando os determinantes socioeconômicos e políticos locais, reunindo condições para sua viabilização e concretização (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

No contexto da constituição de uma rede de serviços de saúde bucal para grupos específicos, o processo de planejamento, tanto no nível macro (político) quanto no nível micro (organizacional), constitui uma estratégia de reflexão-ação que orienta à tomada das decisões, à medida que se apropria da experiência pessoal e institucional, visando modificar realidades. O planejamento conduzido de modo participativo e democrático concilia distintas visões, exigindo cooperação, solidariedade e flexibilidade, articulando as dimensões operacionais com as ideológicas-políticas, de acordo com os arranjos organizacionais e estruturais de cada instituição.

A IRC é uma doença sistêmica, originada pela diminuição progressiva ou limitação da capacidade de filtração glomerular endócrina e tubular dos rins, resultando em acúmulo de substâncias originárias dos processos metabólicos no sangue (CATTAI *et al.*, 2007; DIAS *et al.*, 2007; QUEIROZ *et al.*, 2008). Para substituir a função renal e manutenção dos demais órgãos do organismo funcionando, os portadores submetem-se a terapias de diálise peritoneal ou hemodiálise. Nos casos mais graves, é necessário o transplante renal; entretanto, há dificuldade para obtenção dos órgãos e número reduzido de locais para realização da cirurgia. Por essas razões, os pacientes tornam-se dependentes da terapia dialítica ou hemodialítica e, mesmo após o transplante renal, mantêm-se dependentes de drogas imunossupressoras. A situação é ainda mais crítica, pois estão associadas a esse quadro, diversas comorbidades

(CATTAI *et al.*, 2007; DIAS *et al.*, 2007; QUEIROZ *et al.*, 2008). Considerando-se as condições de vida e saúde nas quais os portadores de IRC se encontram, há iminente necessidade de articular na rede de atenção com vistas ao cuidado integral desse grupo populacional. Com estado de saúde instável, os portadores de IRC são mais vulneráveis, pode-se até mesmo pensar na conformação de uma sub-rede temática.

Entre as comorbidades presentes, estão as comorbidades bucais. Os portadores de IRC apresentam maior risco de desenvolver cárie dentária, doença periodontal e lesões da mucosa bucal. Também pode ocorrer maior acúmulo de placa bacteriana, que combinado ao elevado índice de ureia na saliva, pode propiciar a formação de cálculo dentário e a presença de hálito urêmico (BIANCHINI; PEREIRA, 2003; DIAS *et al.*, 2007). Além disso, após a realização do transplante renal, o uso da ciclosporina no período pós-operatório (sozinha ou combinada) pode gerar hiperplasia gengival. O crescimento gengival pode gerar problemas na erupção, oclusão, mastigação, fala e estética e contribui para o acúmulo de placa bacteriana nas áreas de acesso mais difícil à higiene bucal (RAMALHO *et al.*, 2003).

A quantidade de alterações físicas geradas pelo tratamento impossibilita os portadores de exercer diversas atividades de natureza laboral ou cotidiana. A condição crônica e o tratamento hemodialítico - essencial devido à situação de emergência clínica - são fontes de *stress* entre portadores de IRC e trazem consequências a sua vida social, como isolamento, perda de autonomia e indecisão entre os sentimentos de viver ou morrer (MACHADO; CAR, 2003).

Essa demanda importante de assistência requer respostas estruturadas na perspectiva de uma rede de atenção em saúde, capaz de contemplar a complexidade da condição vivida por essas pessoas. A coordenação dos serviços em redes regionalizadas possibilita melhor aproveitamento dos recursos e da infraestrutura, pois esses são organizados harmonicamente, compondo um arranjo organizacional (MENDES, 2007).

As redes de atenção à saúde constituem-se fundamentalmente da interação de três elementos: uma população definida, um modelo operacional e o sistema lógico para o seu funcionamento. O modelo operacional é composto dos pontos de atenção à saúde, da

atenção primária, sistema de apoio diagnóstico/terapêutico e dos sistemas logísticos. A modelagem da rede tem por objetivo o desenvolvimento de serviços de saúde eficientes e a garantia continuidade da atenção à saúde, com a coordenação das ações (MENDES, 2007).

Propostas contemporâneas de planejamento em saúde sugerem a compreensão do modo de produção dos problemas em saúde como socialmente determinados. Ao planejamento das ações e serviços cabe considerar e situar cada organização e definir seu papel na rede, favorecendo a aplicação adequada de recursos e possibilitando acompanhamento das ações e práticas.

Faz-se necessário programar um conjunto de ações integradas para enfrentar problemas de saúde na dimensão coletiva e planejar articulações interorganizacionais. Ao desenvolver tarefas de tamanha complexidade, que envolvem recursos e pessoas, as organizações de saúde não devem ficar a mercê do imprevisto e do isolamento (PAIM, 2006). As ações assistenciais precisam estar articuladas a um conjunto amplo de medidas, que envolvam a análise do contexto institucional, estrutura organizacional, capacidade instalada, disponibilidade de recursos humanos, gestão e possibilidade de acesso da população aos serviços.

A consideração desses aspectos na construção do modelo de atenção à saúde contribui para o atendimento das necessidades da população em questão. Juntamente a proposta do modelo, deve-se criar condições que permitam a sua execução (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

A partir do reconhecimento das especificidades da atenção à saúde bucal dos portadores de IRC, bem como das dificuldades enfrentadas para o acesso aos serviços de saúde, o presente artigo tem por objetivo descrever as interfaces da inserção da atenção à saúde bucal dos portadores de IRC no SUS com a rede de atenção à saúde de uma cidade de grande porte populacional do estado de Santa Catarina, a partir do estudo de um serviço ambulatorial, considerando os limites e possibilidades. Busca, assim, contribuir para a inserção efetiva dos portadores de IRC na rede, integrando aspectos relativos à saúde bucal.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, tipo estudo de caso, orientado para compreender mais

profundamente a manifestação da problemática da atenção à saúde bucal dos portadores de IRC, a partir do estudo das ações e interações das pessoas e instituições envolvidas. O estudo de caso propicia acompanhar as mudanças situacionais em novos cenários, como por exemplo, a reorganização de serviços de saúde (KEEN, 2006). O estudo foi realizado a partir da vivência de alunos, no contexto de uma disciplina de pós-graduação, com foco no Planejamento de Serviços de Saúde em Odontologia, em uma instituição hospitalar, de natureza pública, em um município de grande porte do estado de Santa Catarina, que presta atendimento em nível terciário de atenção aos portadores de IRC e que possui serviço odontológico do tipo ambulatorial a essas pessoas.

Esta instituição fornece a Terapia Renal Substitutiva – TRS - (hemodiálise e diálise peritoneal) e realiza o encaminhamento para transplante renal. O atendimento é realizado por equipe de saúde composta por médicos e enfermeiros, especialistas em nefrologia, e técnicos de enfermagem. Esta mesma instituição possui outros profissionais, não-exclusivos do setor, como assistente social, psicólogo, farmacêutico, cirurgião-dentista e nutricionista. As máquinas de hemodiálise operam somente durante o dia, em três turnos. Para diálise peritoneal a pacientes internados no hospital há um plantão de vinte e quatro horas. Nesse caso, a equipe de saúde se reveza em três turnos para atender aos pacientes, que permanecem, em média, doze horas semanais sob tratamento.

As informações acerca do serviço odontológico estudado foram coletadas por meio de pesquisa documental e observação de campo.

Foram consultados: o regimento interno da instituição, *website*, regulamentos e normas locais de funcionamento. Também foram analisados os documentos referentes ao Protocolo de Saúde Bucal do Município. Procedeu-se a caracterização da rede de atenção ao portador de IRC, identificando os pontos de atendimento odontológico disponíveis no município, o tipo de articulação desses com a instituição em estudo, bem como a regulamentação local para atendimento destes pacientes no SUS.

A observação foi sistematizada de modo que os alunos permanecessem junto aos profissionais ao longo

de quatro períodos, acompanhando suas rotinas de trabalho e registrando as informações em um Caderno de Campo, como subsídio para o relatório de atividades da disciplina. As anotações constantes nesse caderno foram utilizadas como dados brutos e analisadas qualitativamente.

O macroprojeto de pesquisa ao qual este estudo vincula-se foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovado sob parecer consubstanciado N° 257/08.

Resultados e discussão

A rede de atenção à saúde dos portadores de IRC

A portaria 1.168, de 2004, institui a política de atenção ao portador de doença renal no SUS, considerando os aspectos epidemiológicos da doença e buscando coordenar a atenção de modo a oferecer cuidado integrado e integral por meio de medidas de proteção, promoção e recuperação da saúde. Essa portaria define as atribuições de cada esfera de atenção no cuidado: atenção básica, média complexidade e alta complexidade (BRASIL, 2004). De acordo com a portaria, as ações e serviços prestados na atenção básica devem se orientar especialmente à prevenção das comorbidades associadas ao desenvolvimento da doença renal, como a hipertensão arterial e o *diabetes*, além de atuar no controle da doença renal pela aplicação de procedimentos próprios desse nível. A média complexidade é responsável por oferecer atenção especializada, através da atuação das equipes de nefrologia, de acordo com as características loco-regionais. Já a alta complexidade deve garantir o acesso dos pacientes portadores de doenças renais aos serviços de diálise e hemodiálise, colaborar com a equidade no processo de transplante renal e contribuir com o alcance de níveis de vida com qualidade a esses pacientes (BRASIL, 2004).

Atualmente, a rede pública de atenção à saúde no município em estudo oferece as seguintes possibilidades de atendimento para portadores de IRC: a Atenção Básica faz a referência aos demais níveis de atenção, especialmente ao terciário, que realiza a maior parte do cuidado dos pacientes. Na atenção básica são realizadas

consultas iniciais e encaminhamento para o atendimento de nefrologia nas Policlínicas municipais de atendimento especializado. As Policlínicas representam a média complexidade, onde normalmente é realizado o diagnóstico da doença renal. Por ocasião do diagnóstico e nas consultas subsequentes, a equipe de saúde orienta os pacientes quanto às implicações da doença e as possíveis comorbidades envolvidas.

Na Região na qual se localiza este município (aproximadamente 940.000 habitantes), a alta complexidade compreende quatro centros de atendimento, dois públicos e dois privados (sendo um deles filantrópico), que mantém convênio para atendimento de usuários do SUS (SANTA CATARINA, 2005).

No terceiro setor, existe uma organização não-governamental colaboradora, cujos membros são portadores de IRC e seus familiares. Essa instituição realiza ações de prevenção e promoção da saúde e de suporte aos pacientes em tratamento; no entanto, essa atuação não é articulada com as realizadas por outras unidades de saúde.

A instituição estudada recebe um número crescente de pacientes necessitando de TRS. Devido ao limite no número de vagas, não pode acolher a todos e, portanto, encaminha-os para outras instituições do município que realizam tal atendimento. O horário para atendimento, o número de máquinas de hemodiálise e de profissionais na equipe de saúde são fatores que condicionam o acesso dos portadores de IRC ao tratamento e desarticulam a oferta e demanda dos serviços.

Características de inserção da atenção à saúde bucal na rede de cuidados ao portador de IRC: o caso do serviço ambulatorial em estudo

Portadores de IRC podem ser considerados pacientes com necessidades especiais, pelo fato de possuírem certas particularidades na sua condição de vida e saúde. Entretanto, segundo o Caderno de Atenção Básica N° 17 (BRASIL, 2006), a atenção à saúde bucal a esses pacientes, quando não possuírem algum tipo de limitação, pode ser realizada por profissionais da Atenção Básica, estando esses vinculados ou não à Estratégia Saúde da Família. Caso não seja possível realizar o atendimento odontológico nas unidades de saúde, os portadores de IRC podem ser encaminhados aos Centros de

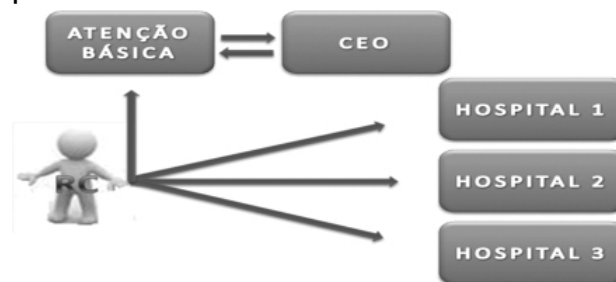
Especialidades Odontológicas, enquadrados na especialidade 'Pacientes Especiais', portando relatório detalhado que justifique a referência, assinado pelo profissional da Atenção Básica. O município estudado segue essa normativa em seu protocolo de atenção à saúde bucal. Ainda o portador de IRC pode ser atendido nas demandas de saúde bucal em outros três pontos de atenção, sendo dois Hospitais Gerais e um Infantil (Figura 1).

Para articular a continuidade do cuidado à saúde bucal em grupos vulneráveis, como os portadores de IRC, faz-se necessário a estruturação de uma rede de atenção à saúde. Em função de sua proximidade, lidando muito de perto com o ambiente/contexto e com as pessoas, a Atenção Básica deve exercer o papel de centro de comunicação na conformação de uma rede, como responsável pela coordenação dos fluxos das pessoas, dos insumos e das instituições (BRASIL, 2006a).

Na instituição hospitalar estudada, o atendimento odontológico aos IRC é realizado no espaço físico do próprio hospital, em setor específico, por dois cirurgiões-dentistas durante 20h semanais as quais estão distribuídas na semana em três turnos vespertinos, sendo as consultas agendadas pelos próprios cirurgiões-dentistas. Estes profissionais são responsáveis pelo atendimento de pacientes com necessidades especiais, prioritariamente os portadores de déficit neuropsicomotor, não havendo vagas específicas reservadas aos portadores de IRC. Fato esse que dificulta mensurar a quantidade de pacientes com IRC assistidos no serviço de odontologia e que denota o quanto é insuficiente a carga horária relatada para atender toda a demanda desse atendimento especializado.

A avaliação das condições de saúde bucal é realizada apenas nos pacientes em tratamento na instituição, os quais, na maioria das vezes, são encaminhados pelos médicos da Unidade que atende pacientes renais crônicos, quando esses solicitam um parecer de saúde bucal aos dentistas, ou quando a equipe de saúde, ou o próprio paciente, percebem a necessidade de tratamento odontológico. Não há uma avaliação específica por um cirurgião-dentista para analisar a necessidade de tratamento odontológico enquanto esse está em TRS no hospital. O portador de IRC acaba procurando o serviço odontológico em função da doença renal e/ou no momento que antecede o transplante, sendo essa

Figura 1. Pontos de atenção em saúde bucal ao paciente portador de IRC e direcionamento dos fluxos.



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2010.

procura apenas mais uma etapa da série de exames que o paciente necessita fazer, como também foi constatado por Martins Júnior (2001).

Estudo realizado por Gonçalves *et al.* (2009) com médicos e profissionais da enfermagem em três hospitais do Rio de Janeiro, revelou que a maioria desses acredita que os pacientes com IRC podem ter alguma alteração bucal decorrente da doença; pouco mais da metade respondeu que orienta a realização da higiene bucal. Boa parte dos enfermeiros e técnicos de enfermagem acredita na necessidade de cuidados bucais diferenciados para esses pacientes, o que não ocorreu para a maioria dos médicos. Apesar disso, os médicos têm o hábito de encaminhar os pacientes a serviços odontológicos. A maioria dos profissionais pesquisados neste estudo possui algum conhecimento sobre saúde bucal, porém os autores concluem que suas atitudes não refletem esse fato.

Os portadores de IRC que necessitem de transplante precisam estar sem focos infecciosos durante o procedimento cirúrgico, por isso são prontamente encaminhados para o serviço de odontologia com o intuito de avaliar a presença desses focos, tratá-los e subsequentemente receberem um laudo odontológico atestando sua saúde bucal, ou seja, ausência de infecção. De acordo com dados referentes ao ano de 2009, no estado de Santa Catarina, um total de 360 transplantes renais foram realizados, sendo 38 provenientes de doadores vivos, 215 de doadores falecidos e 7 transplantes associados de rim mais pâncreas. A lista de espera em dezembro do mesmo ano atingia 125 pacientes aguardando para transplante renal e 12 para rim mais pâncreas (BRASIL, 2009).

Esses pacientes não são acompanhados/preservados pelo serviço odontológico em questão, pois após

receberem alta, perdem o vínculo com a instituição. Entretanto, podem seguir sendo acompanhados e tratados nas unidades básicas de saúde, caso não possuam qualquer limitação.

O serviço estudado é uma alternativa que possibilita o acesso ao atendimento odontológico aos IRC. O atendimento convencional, realizado nas unidades básicas de saúde, torna-se difícil para muitos dos portadores de IRC, pois esses permanecem durante um longo período nas sessões de hemodiálise, e no intervalo entre as sessões sentem-se frágeis fisicamente para se deslocar até as unidades de atendimento. Segundo Martins Júnior (2001), os pacientes portadores de IRC submetidos à hemodiálise fazem uso de heparina e por esse motivo torna-se prudente que o atendimento odontológico seja feito pelo menos um dia após essa intervenção. Esse fato também deve ser levado em conta no planejamento e organização do atendimento odontológico aos IRC (ARAÚJO; SILVA, 2010).

Para que o cuidado integral dos pacientes portadores de IRC se concretize é necessário o comprometimento do profissional, com o acompanhamento constante, uma vez que esses se encontram em uma situação instável de saúde. Há ainda, a necessidade dos portadores de IRC estarem ausentes de focos infecciosos orais no momento da cirurgia de transplante renal através do controle pré e pós-operatório. Portanto, é fundamental a presença do cirurgião-dentista no atendimento multidisciplinar para a manutenção da saúde desses indivíduos (PAIXÃO; SEKIGUCHI; LOTUFO, 2006). Isso pode ocorrer em qualquer nível de atenção do sistema e em qualquer ponto de atendimento da rede, embora haja reconhecimento do papel da Atenção Básica como coordenadora do cuidado à saúde bucal desses pacientes na rede de atenção à saúde.

Algumas publicações apontam a necessidade de Centros de Referências especializados para o atendimento aos portadores de IRC, incluindo nesses espaços a participação do cirurgião-dentista. Entretanto, percebe-se concomitantemente um movimento em defesa do atendimento desses pacientes na Atenção Básica, como forma de assegurar e facilitar o acesso à atenção e assistência odontológica, considerando também a proximidade com seu local de domicílio.

Os profissionais da equipe de saúde do Serviço de TRS trabalham em turnos diferentes, o que dificulta a

troca de informações sobre os pacientes. A criação de uma rede assistencial possibilitaria o compartilhamento de informações sobre os portadores de IRC, seu contexto sociocultural e o acompanhamento da evolução do tratamento. Dessa maneira, variações no estado de saúde geral e bucal, poderiam ser monitoradas rotineiramente. A criação desse ambiente de compartilhamento de informações interdisciplinar permitiria maior apropriação dos profissionais, como também propiciaria sua corresponsabilização pela saúde desses pacientes. Tal estratégia demanda a reorganização dos recursos humanos já existentes na rede.

A existência de uma rede pressupõe interação entre seus elementos, de algum modo conectados, que tenham em comum algum objeto. O processo de produção das ações e serviços de saúde bucal, que historicamente foi fragmentado, passa por transformações. Num primeiro plano, estão sendo reunidos e articulados os múltiplos pontos de atenção, próprios da saúde bucal, em diferentes níveis de densidade tecnológica, em diferentes campos de atuação (promoção, prevenção, tratamento, reabilitação), nas três esferas de governo e nas dimensões do cuidado individual e coletivo. Num segundo plano, a interação se dá por meio da conexão da saúde bucal com outras áreas da saúde, bem como com outros setores interdependentes. Vista a partir dessa perspectiva, a atenção e assistência à saúde bucal dos portadores de IRC ainda são prestadas de modo desarticulado, fragmentado, não podendo ser caracterizada como uma rede na acepção teórica do termo. O serviço ora estudado não se encontra em articulação com os demais pontos de atenção, que a princípio estruturariam uma rede para esses pacientes. A comunicação e o fluxo de informações acabam por se restringir ao ambiente clínico-hospitalar, não havendo mecanismo de referência e contrarreferência com os serviços de atenção básica.

As ações interdisciplinares não estão consolidadas de modo que haja discussões mais amplas entre profissionais de diferentes áreas, permitindo interface da saúde bucal com outras áreas da saúde e do cuidado, aos portadores de IRC.

As dificuldades para a plena inserção das ações e serviços de saúde bucal prestados aos portadores de IRC na rede de atenção à saúde refletem a fragilidade, ainda presente, da atenção básica em não cumprir

as atribuições que lhe são imputadas, em relação a esse grupo populacional.

Constata-se a fragilidade na interface da rede de atenção à saúde com a saúde bucal, pela dificuldade de articulação entre os pontos de atendimento para atender às demandas dos portadores de IRC relacionadas à saúde bucal. Além disso, a falta de informações epidemiológicas sobre a condição de saúde bucal dessas pessoas, sobre o perfil da demanda/necessidade de serviços de saúde bucal e, também, sobre o padrão de uso dos serviços odontológicos prejudica e estruturação de uma rede de atenção que contemple os requisitos mínimos de planejamento e coordenação. Foram constatadas deficiências nos registros de atendimentos os quais pudessem servir como base para uma estratégia de planejamento e reorganização das ações e serviços.

As deficiências nos canais de comunicação entre os esparsos pontos de atenção existentes, bem como a obstrução de alguns fluxos também são observadas. Considerando a possibilidade do portador de IRC estar mais próximo de serviços semelhantes ao estudado e, com maior frequência, em contato com esse nível de atenção do sistema de saúde, pode-se pensar que, assim como os serviços de Atenção Básica, outros pontos participem da coordenação do cuidado, responsabilizando-se pelo caminhar do usuário pelos diversos pontos da rede, como garantia de acesso à saúde bucal e à continuidade do cuidado, nas dimensões preventiva, curativa e reabilitadora.

Considerações finais

A interface da atenção à saúde bucal dos portadores de IRC no SUS foi discutida neste artigo, especialmente destacando-se os limites e possibilidades das instituições prestadoras do cuidado. A atenção e assistência à saúde bucal dos portadores de IRC ainda são prestadas de modo desarticulado, fragmentado, não podendo ser caracterizadas interfaces sólidas com a rede de atenção à saúde.

Para a construção de uma rede de atenção que inclua a saúde bucal destinada aos portadores de IRC é necessária que seja realizada a integração da saúde bucal à dimensão do cuidado à saúde, abrangendo as dimensões educativa, preventiva, curativa e reabilitadora. Para tal, mudanças organizacionais são necessárias na instituição de saúde investigada para que passe a integrar a rede de atenção que precisa se solidificar. As ações e serviços de saúde estão se estruturando paulatinamente para essa população; entretanto, para que o cuidado seja desenvolvido abrangendo conceitos de integralidade e interdisciplinaridade, ações articuladoras ainda são necessárias.

Os caminhos apontam para uma reestruturação de atividades, na reorientação dos objetivos institucionais e profissionais, com o intuito de proporcionar cuidado integral à saúde bucal aos pacientes portadores de IRC. O acesso à rede de atenção à saúde bucal pode se dar em seus mais diferentes níveis de densidade tecnológica, desde que a atenção básica seja a coordenadora e responsável pelo caminhar do portador de IRC na rede de atenção à saúde, aqui incluindo a saúde bucal. ■

Referências

- ARAÚJO, I. C.; SILVA, M. F. *Atendimento odontológico diferenciado em pacientes nefropatas*. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=743>>. Acesso em: 18 set 2010.
- BIANCHINI, F.L.C.; PEREIRA, A.C. Tratamento odontológico para pacientes em hemodiálise. In: PEREIRA, A.C. *Odontologia em saúde coletiva*. Porto Alegre: ARTMED. 2003, p. 405-412.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria no 1168/GM, 2004*. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm>. Acesso em: 07 jun 2010.
- _____. *Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: organização e funcionamento*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- _____. *Sistema Nacional de Transplantes*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=1004>. Acesso em: 15 mai 2009.
- CATTAL, G. B. P. et al. Qualidade de vida em pacientes com insuficiência renal crônica – SF – 36. *Revista Ciência, Cuidado & Saúde*, v. 6, Suplemento 2, 2007, p. 460-467.
- DIAS, C. R. S. et al. Avaliação da condição bucal em pacientes

renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v.53, n. 6, 2007, p. 510–514.

GONÇALVES, G.A. *et al.* A dimensão educativa da equipe de nefrologia na promoção de saúde bucal de crianças e adolescentes portadores de doença renal crônica *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v.31, n.3, jul/set. 2009, p.198-205.

KEEN, J. Case studies. In: POPE, C.; MAYS, N. *Qualitative research in health care*. 3. ed. Oxford: Blackwell Publishing, 2006.

MACHADO, L. R. C.; CAR, M. R. A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica: entre o inevitável e o casual. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.37, n.3, 2003, p. 27-35.

MARTINS JÚNIOR, R. S. *Manejo odontológico do paciente com insuficiência renal crônica, em hemodiálise, no método clínico de intervenção: uma perspectiva de saúde pública*. Dissertação (Mestrado em Saúde Bucal Coletiva) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2001.

MENDES, E.V. *A modelagem das redes de atenção à saúde*. Secretaria de Estado de Minas Gerais. Subsecretaria de políticas e ações em saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Assessoria de Normalização. Belo Horizonte, 2007.

NARVAI, P.C.; FRAZÃO, P. *Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S. Comentário: o ‘Plano Nacional de Saúde’ de 1967 e os ‘planos de saúde’ hoje: algo em comum? *Revista de Saúde Pública*, v.40, n.3, 2006, p. 386-388.

PAIXÃO, C.G.; SEKIGUCHI, R.T.; LOTUFO, R.F. Avaliação do estado de saúde bucal de indivíduos com insuficiência renal terminal candidatos a transplante renal. *Revista Periodontia*, v. 16, n. 2, 2006, p. 89-93.

QUEIROZ, M. V. O. *et al.* Tecnologia do cuidado ao paciente renal crônico: enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades dos sujeitos. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. v. 17, n. 1, 2008, p. 55–63.

RAMALHO, V. L. C. *et al.* Hiperplasia gengival induzida por ciclosporina A. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 49, n. 2., abr-jun, 2003.

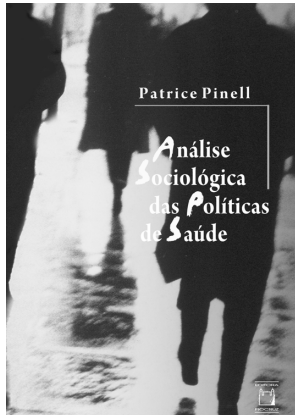
SANTA CATARINA. Secretaria de Saúde do Estado. *Plano estadual de prevenção e tratamento de doenças renais e de organização da rede de assistência de alta complexidade em nefrologia de Santa Catarina*. Florianópolis, 2005.

Recebido para publicação em Dezembro/2010

Versão definitiva em Julho/2011

Conflito de interesses: Inexistente

Suporte financeiro: Não houve



PINELL, Patrice. *Análise Sociológica das Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

Patrice Pinell, que além de médico é sociólogo, reúne neste livro sete estudos sobre a trajetória sócio-histórica da construção social de problemas e políticas de saúde na França. Um dos textos conta com a colaboração da socióloga Sylvia Brossat e outro do sociólogo e psicanalista Markos Zafiropoulos.

Na tradição de Bourdieu, a sociedade é definida como um espaço de jogos de lutas, alianças e estratégias de diferentes atores para conseguir as melhores posições dentro de um campo. Os estudos recuperam os processos de produção social e simbólica de problemas que se tornam objeto de políticas – o câncer, a Aids, a toxicomania, o fracasso escolar associado à infância anormal – contextualizando historicamente os movimentos sociais e políticos, os conflitos e interesses, bem como as alianças entre diferentes atores que levaram à elaboração de políticas específicas no campo da saúde.

A pesquisa sobre a gênese das políticas contra o câncer mostra como as transformações da Medicina fizeram com que essa antiga doença, passasse a ser percebida de uma nova maneira pela sociedade do início do século XX – o ‘flagelo dos tempos modernos’. A emergência da política do câncer é analisada como resultado de um movimento social e político formado por diferentes setores da Medicina, da Ciência e grupos filantrópicos, que junto a inovações tecnológicas como o raio X, o rádio, a anestesia, permitiram novas intervenções sobre a doença. Coloca em relevo a conjunção única de circunstâncias que fez convergir atores cujas posições sociais não favoreciam uma cooperação estreita, mas que acabaram fazendo do câncer o foco de interesses clínicos específicos. Essas foram as condições que resultaram na fundação de uma nova especialidade, a cancerologia, e todo seu aparato institucional – institutos de pesquisa, centros médicos, laboratórios, revistas especializadas, associações – configurando-se um campo da medicina com consequências sobre as políticas contra o câncer e o desenvolvimento do sistema de saúde francês.

Diferente do câncer, no caso da Aids, novas formas de luta se colocam em um contexto histórico, científico, político e simbólico, em que a homossexualidade e o consumo de drogas já fazem parte do tecido social, em um momento de normalização da homossexualidade e conquistas dos movimentos gays. Agora, a ação é de contestação política para cobrar medidas mais efetivas por parte do estado para o enfrentamento da epidemia. Como mostra, por exemplo, uma comunidade gay vitoriosa que fez com que o movimento francês de luta contra a Aids tenha colocado o ‘doente’ e não a comunidade ameaçada, como foco de sua ação.

Em outro estudo sócio-histórico, é analisada a emergência das preocupações sociais em relação à infância anormal no início do século XX, o que favoreceu a emergência da Psicologia enquanto disciplina e da Psicologia experimental. Ele mostra como certas demandas sociais se conjugaram com a história individual de Binet, um psicólogo experimental que havia criado a Escala Métrica da Inteligência (EMI) para medir os insucessos escolares. A criação da EMI está associada à defesa de uma ciência aplicada, mas, sobretudo, de um método que ao medir a inteligência não só passa a conferir legitimidade científica à Psicologia, mas também a afirmar a superioridade da Psicologia experimental sobre a Medicina no âmbito da classificação das idiotias. O psicólogo consegue assim uma melhor posição na orientação educacional

das crianças anormais, um processo que levou à criação do ensino especializado e à demarcação dos territórios institucionais que lidam com os normais, os anormais e os doentes, como a escola e o hospital.

Esse estudo revelador mostra como as categorias médicas e científicas não podem ser vistas à parte do contexto simbólico e dos vocabulários que as produzem. As definições de anormal e idiotia que estiveram na base do ensino especializado – são informadas não só pelos paradigmas de conhecimento de uma época, mas ao mesmo tempo informam os modos de abordagem pelas instituições do Estado. Nesse vocabulário está a força das circunstâncias que o produziram e que hoje perdeu lugar diante de conquistas políticas e extensão de direitos que vieram se fundar sobre outro vocabulário – diferença, necessidades especiais, pertencimento.

O estudo sobre o consumo de drogas ilícitas mostra como a disseminação das drogas e de sua cultura, após 1968, vai sendo constantemente resignificada em função do lugar do consumidor em relação às normas e vínculos sociais. De uma vanguarda contestadora de costumes à delinquência, o consumo de drogas assume novos significados dependendo dos grupos sociais que as consomem. Os vários discursos sobre tais substâncias mostram que seu uso é visto pela sociedade e pelo próprio grupo consumidor a partir de sua posição na estrutura social e simbólica.

O capítulo sobre o campo da Medicina mostra como as duas lógicas que marcaram a evolução médica – especialização por órgãos e especialização por doenças ou famílias de doenças – correspondem a diferentes dinâmicas e movimentos sociais que vão além da medicina.

O texto final faz uma reflexão teórica sobre o estudo de políticas públicas. Dos diferentes casos estudados, com suas distintas características médicas, sociais e históricas, importa a compreensão dos padrões regulares e das disparidades na construção de uma política pública. Propõe-se, ao contrário dos cientistas políticos, que começam por elaborar uma teoria refutável para em seguida verificar sua pertinência mediante estudos de caso, a abordar as políticas públicas sem teoria prévia com base nos resultados de pesquisas empíricas, e como elementos constitutivos dos objetos sociológicos que constroem.

Os estudos ensinam muito, não só pelo próprio conhecimento da história das políticas de saúde na França, mas pelo método empreendido: o exame das condições sociais dos discursos – médicos, científicos, leigos – que produzem certas representações e instituições sociais. Tanto os problemas que se tornam objeto da intervenção do Estado, quanto à especialização da Medicina, a institucionalização das políticas ou a construção simbólica de uma doença, são reconstruídas como parte da dinâmica de um jogo social complexo.

A Sociologia do campo médico e das políticas de saúde tem aqui um excelente exemplar, que ao tornar visível a articulação singular de várias condições – sociais, científicas e individuais – permite a compreensão de como certas práticas científicas e médicas de intervenção não apenas surgem e se institucionalizam, mas também se transformam.

Jeni Vaitsman¹

¹Doutora em Sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro. Pesquisadora-titular da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ).
vaitsman@ensp.fiocruz.br

El debate y la acción frente a los determinantes sociales de la salud

Documento de posición conjunto de ALAMES y CEBES

Introducción

Frente a la crisis económica mundial y en oportunidad del desarrollo de la Conferencia Mundial de Determinantes Sociales de la Salud en Río DE Janeiro, Brasil, la Asociación Latinoamericana de Medicina Social –ALAMES– y el Centro Brasileiro de Estudos de Saude CEBES consideran oportuno presentar a la consideración de los/las asistentes de más de 120 países y a toda la población interesada en la búsqueda de solución a los graves problemas de salud una breve síntesis de reflexiones conceptuales y de propuestas para la acción. Tenemos claro que lo hacemos desde una región del planeta caracterizada por aspectos específicos de su historia, su cultura, su realidad social y su organización política, que presenta los más altos niveles de inequidad, pero que al mismo tiempo representa una gran esperanza y una fuerza renovadora y busca organizarse en nuevas formas y mecanismos que le permitan una mayor presencia en el escenario mundial.

Una mirada “desde el sur” puede ser un aporte concreto a las nuevas lecturas de la realidad toda vez que las perspectivas predominantes se han mostrado particularmente inadecuadas para prever las nefastas consecuencias de una larga historia de explotación y dominación y más de dos décadas de ensayos neoliberales, con nefastas consecuencias para la calidad de vida de las poblaciones. La medicina social y la salud colectiva, como movimientos alternativos a los enfoques más tecnocráticos de la salud pública, han contribuido en América Latina a configurar un cuerpo acumulativo de conocimientos entramados con una práctica política reflexiva y crítica en múltiples campos tales como: las luchas sociales por el derecho a la salud, la investigación, la docencia universitaria de grado y posgrado, la participación política, la gestión sectorial a niveles nacionales y subnacionales, y la solidaridad internacional.

Traer en esta oportunidad a la agenda internacional los conceptos de determinación y determinantes sociales resulta un estímulo importante dado que se trata de un concepto política e ideológicamente connotado desde su surgimiento hace casi dos siglos. ALAMES y CEBES lo han recogido, profundizado y sostenido, por más de treinta años, resaltando justamente la importancia de comprender los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad, aun contra las oscilantes tendencias predominantes en la región y en el mundo durante ese período. Es necesario evitar que el concepto de determinantes sociales sea banalizado, cooptado, esterilizado o vaciado de contenido.

Valoramos la iniciativa del gobierno y del pueblo de Brasil, de promover y financiar una Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales, que resulta plenamente congruente con su compromiso constitucional por el derecho a la salud, con la

conformación de un vigoroso movimiento sanitario y con el desarrollo de un sistema único de salud de carácter universal y gratuito orientado a la construcción y el ejercicio de ciudadanía. Sin embargo el proceso mismo de la reunión y la participación acotada de las organizaciones sociales abren una duda razonable sobre la pertinencia de sus conclusiones sobre las transformaciones sociales pretendidas y necesarias para la equidad.

2. Elementos conceptuales básicos

El concepto de Medicina Social y Salud Colectiva nació como una respuesta frente a las catastróficas consecuencias para la salud de las transformaciones económicas regresivas del siglo XIX asociadas con fenómenos como hacinamiento, trabajo infantil, urbanización desordenada, hambrunas, deterioro del medio ambiente, explotación laboral con su secuela de enfermedades y muertes claramente asociadas con la realidad y con la exclusión social. Casi dos siglos después nos gustaría mucho decir que se trata simplemente de fenómenos del pasado. Lamentablemente las condiciones de expansión mundial de un capitalismo globalizado ha expandido y multiplicado la vigencia de estos preocupantes problemas y ha propiciado la aparición de otros procesos altamente nocivos a la vida y la salud, que se ponen particularmente en evidencia en el momento actual por las crisis financieras de Estados Unidos y de Europa, tales como: la acelerada distorsión climática y el deterioro de los ecosistemas; la urbanización caótica; el hambre y la inseguridad alimentaria; la expansión de empresas monopólicas y del capital financiero a gran escala; el debilitamiento del Estado y el auge privatizador; las múltiples formas de violencia y las guerras como mecanismo para tratar de controlar a los pueblos y expandir el poderío político-militar de las grandes potencias. La medicina social y la salud colectiva cuentan con el marco teórico y los instrumentos metodológicos necesarios para conectar estos y otros múltiples hechos y para contribuir a plantear con otras organizaciones sociales, académicas y populares alternativas tanto teóricas como programáticas.

Acerca de la naturaleza social de la vida, la muerte, la salud y la enfermedad. Es posible pensar y actuar en la determinación social y en los determinantes sociales de la vida, la muerte, la salud y la enfermedad justamente porque dichas realidades tienen también una entidad, es decir: un origen, una manera de ser y de manifestarse y unas finalidades, histórica, política, económica, cultural y ambiental. Hay determinación y determinantes sociales porque hay naturaleza social. Si no se parte de esta concepción y afirmación elemental, lo social puede aparecer como algo complementario y formal, importante pero carente de sentido. La teoría y la práctica de la determinación y de los determinantes sociales puede perder su fuerza radicalmente transformadora de los modelos de sociedad y devenir, como de hecho está sucediendo, en un discurso y una práctica funcional al mantenimiento y los ajustes formales del modelo de sociedad predominante en la actualidad. Es necesario reafirmar también que si bien se habla generalmente sólo de la determinación y los determinantes de la salud, en realidad se trata de dicha determinación sobre la totalidad de la vida o, mejor, del proceso vital humano, que incluye la salud, la enfermedad y la muerte.

Determinación y procesos determinantes de la salud. Ahora más que nunca es decisivo entender el significado científico y la proyección transformadora de la categoría *determinación social de la salud*, propuesta en 1976 en el seno del movimiento por las reformas sanitarias, la medicina social y la salud colectiva de América Latina y enriquecida desde entonces con una nutrida producción científica plasmada en múltiples documentos y publicaciones.

La determinación social se planteó en Latinoamérica, como categoría de análisis indispensable para trabajar la realidad en sus diversas dimensiones, una respuesta del pensamiento crítico al reduccionismo del pensamiento empírico analítico que ha mirado la salud únicamente desde el plano de los factores aislados de una realidad cuyos procesos estructurales no se explican o se ocultan. Por ello, se propuso la determinación social para devolver al fenómeno salud su carácter complejo y multidimensional, abarcando los procesos estructurales que lo conforman y explican, la base histórica de cómo pensamos a la salud y de los fundamentos de cómo construimos las prácticas. Esta perspectiva sirvió y viene sirviendo de base para las Reformas sanitarias progresivas en varios países de América Latina.

En cada período del conocimiento moderno sobre la determinación social se han hecho históricamente visibles, y han cobrado relevancia distintos procesos críticos de la realidad que han marcado las líneas de investigación, enseñanza y praxis sobre la determinación social. En épocas anteriores se hizo evidente la necesidad de confrontar la profunda injusticia social de clase en el acceso a los bienes y servicios de los programas de salud; en décadas posteriores se añadió la necesidad de asumir los problemas de la justicia de género y étnica; y en los últimos años de una acelerada y agresiva economía de mercado, con una acumulación de riqueza y exclusión social sin precedentes, se han tornado igualmente evidente la más profunda crisis de la reproducción de la naturaleza y la justicia ambiental.

Es por eso que ALAMES y CEBES reafirman enfáticamente la urgencia de asumir la determinación social en toda su integralidad y contenido transformador, para pasar de una lucha por las prestaciones y derechos más inmediatos de la salud individual, que sin embargo siguen siendo vitales, a un trabajo más amplio pero necesario por los derechos integrales humanos y de la vida. En esa medida asumimos como principios fundamentales de cuyo cumplimiento integral depende la determinación social de la salud: la sustentabilidad soberana de la producción los bienes de los que dependen la vida; la vigencia de relaciones sociales solidarias; y la bioseguridad integral de los ecosistemas, espacios de trabajo y recursos como el agua, el aire y los alimentos. Un cambio tan profundo que no puede darse sin un cambio del modelo civilizatorio excluyente, depredador e individualista que se ha impuesto, sin poner límites a la expansión monopólica y peligrosa de la economía de gran escala, sin proteger a las pequeñas y medianas economías, y sin establecer una nueva arquitectura social y financiera que premie las actividades que otorgan preeminencia a la vida, mientras sancionan las que las dañan o limitan.

Resulta necesario en consecuencia alinear las expectativas de salud con todos aquellos cambios en los modelos políticos de los estados nacionales y subnacionales que prioricen los intereses de toda la población antes que los intereses del capital y del mercado.

3. Principales cuellos de botella para el pensamiento y la acción desde un enfoque de determinación social de la salud DSS

La gran capacidad transformadora del enfoque de DSS ha encontrado en su desarrollo reciente, en especial el logrado en la primera década de este nuevo milenio, una serie de obstáculos o deformaciones que, de continuar, pueden debilitar su fuerza originaria. Conviene entonces señalar algunos de ellos para diferenciar posiciones, evitar errores y optimizar los logros de este enfoque y estas prácticas al servicio del mayor bienestar y vivir de la humanidad.

3.1. La premisa de que el actual modelo dominante de sociedad es el único o definitivo.

Esta premisa está generalmente implícita detrás del discurso de la DSS y, por tanto, se busca entonces actuar sobre los niveles más inmediatos de determinación y sobre determinantes superficiales y aislados, dejando incuestionado e incuestionable el modelo mismo. No se llega así a la verdadera determinación, a la complejidad de los procesos o a las denominadas “causas de las causas” y todas las acciones derivadas se orientan entonces a mejorar el modelo dominante o a hacer menos visibles o graves sus efectos negativos sobre las formas de vivir, enfermar y morir en sociedad.

3.2. La cuestión del poder en la sociedad.

La naturaleza y consiguiente determinación social del proceso vital de los seres humanos confiere un lugar central al problema del poder. Justamente quien tiene el poder es quien determina las formas de enfermar y morir. Obviamente el sujeto del poder no siempre es un individuo, como en cierta forma lo fue en los grandes imperios del pasado. En la actualidad los sujetos del poder son generalmente entidades e instancias del orden económico y político regional, nacional y transnacional, en cuyas manos se ha concentrado progresiva y aceleradamente. Resulta ingenuo, cuando no cómplice del poder establecido, asumir que todos somos sujetos reales de igual poder, o que las evidentes inequidades en la distribución y el ejercicio del poder pueden resolverse actuando sólo sobre su mecánica o encausándolo hacia finalidades filantrópicas. El problema es de monopolio e inequidades en las relaciones de poder, no de gobernanza. Sin una recomposición de los poderes económicos y políticos en la sociedad, tanto a nivel macro como en los circuitos básicos del poder entre clases sociales, géneros, en familia y en la cotidianidad, no es posible una acción de fondo frente a los determinantes estructurales de la vida y la salud de la población. Igualmente, sin promover y reconocer a las fuerzas sociales y comunitarias organizados su poder real y su consiguiente capacidad decisoria en políticas y acciones, la democracia y la ciudadanía carecen de sentido y la participación social se limita a formalidades y se reduce a su utilización instrumental en programas y acciones decididos por los verdaderos titulares del poder.

3.3. Las nuevas estrategias del mercado.

Viviendo en el imperio del mercado sería impensable que a los agentes económicos se les escaparan los territorios de la salud, la enfermedad y la muerte como

campos privilegiados de su realización y de mayor acumulación de las ganancias consiguientes. De hecho en muchos países, con el debilitamiento o la ineficacia del Estado, el aseguramiento ante los riesgos de enfermar o la garantía de la prestación de servicios en caso de requerirlos se ha convertido en un próspero y gigantesco negocio. Igual ha acontecido con los denominados seguros de vida y de riesgos profesionales. Inclusive, ante las propuestas de sistemas basados en la atención primaria y la promoción de la salud, ya se vienen ofreciendo paquetes estandarizados, que bien podrían denominarse mercantilizados. Y por su parte las multinacionales de alimentos y las de medicamentos siguen afinando sus estrategias para hacerlas no sólo coherentes, sino de vanguardia en las propuestas para la vida sana, para bajar de peso, para enfrentar las epidemias nuevas o re-emergentes, para dormir mejor, para todo lo que aparezca afín al bienestar y a vivir mejor, con una fuerte tendencia a la medicalización. Las estrategias basadas en la DSS tienen que estar alerta frente a estas argucias mercantiles, cuyo eje estratégico reciente han sido los denominados Tratados de Libre Comercio. Es imperativo denunciarlas sin ambigüedades y cerrar las puertas a cualquier forma, abierta o sutil, de mercantilización.

3.4. Los cambios culturales necesarios.

Otro cuello de botella para pensar y actuar con un enfoque de DSS lo constituyen aquellas concepciones y representaciones culturales supremamente arraigadas en la sociedad, en las personas y grupos sociales, que se oponen al desarrollo de nuevos valores o a la concreción de nuevas prácticas. Los desequilibrios de poder en las relaciones de género y en las libertades sexuales, el machismo o la resistencia al reconocimiento de la equidad de género y de etnia o a la libertad de opciones sexuales, constituyen ejemplos de este tipo de obstáculos que todavía es necesario remover en el difícil camino hacia un nuevo modelo civilizatorio equitativo, solidario e incluyente, en donde todas y todas podamos vivir bien.

4. Elementos para una agenda estratégica basada en el enfoque de determinación social

A partir de las consideraciones anteriores ALAMES y CEBES proponen un conjunto articulado de propuestas para la acción presente y futura, al que invita a participar activamente no sólo a sus afiliados/as sino también a todos los sectores y organizaciones sociales comprometidos con la transformación de los procesos que determinan la salud y el vivir bien de nuestros pueblos. Especial atención merece al respecto la vinculación de los/las jóvenes a estas tareas dadas su energía, su compromiso y su capacidad organizativa y transformadora.

- 4.1. Defender en todos los países el establecimiento de sistemas de salud y seguridad social integrales, universales, equitativos y de calidad, en los cuales el Estado sea el garante efectivo del derecho a la salud y se anteponga la salud y el vivir bien a los intereses mercantiles.

- 4.2. Asumir una firme posición y definir estrategias concretas de desmercantilización en el campo de la salud y de la vida y mantener una constante vigilancia sobre mecanismos de regulación y control para proteger los derechos sociales y de la naturaleza.
- 4.3. Profundizar el estudio de las diferencias y de las injusticias sociales, con una perspectiva de integralidad de derechos, incorporando herramientas para monitorear y revertir inequidades estructurales de género, étnicas y generacionales
- 4.4. Superar el individualismo, exacerbado por las políticas neoliberales, promoviendo la organización, la participación y la movilización social por la salud y el vivir bien.
- 4.5. Mantener y enriquecer esta línea de análisis, investigación y prácticas, como una forma de concretizar la lectura y avanzar en la transformación de los procesos que lesionan salud y deterioran la vida.
- 4.6. Intensificar el trabajo investigativo, ampliando el espectro de los problemas investigados hacia la comprensión de los procesos críticos de la determinación social de salud, innovando en metodologías e indicadores y garantizando plena participación a sectores sociales y populares generalmente excluidos de esta actividad.
- 4.7. Dar vida en los trabajos relacionados con la determinación social a las realidades de la interculturalidad, la intersectorialidad y la interinstitucionalidad. Las alianzas entre grupos sociales, sectores e instituciones son un elemento esencial para el éxito en la acción. Al respecto debe resaltarse la importancia del vínculo entre lo académico y lo social como garantía de la excelencia científica y educativa.
- 4.8. Priorizar el trabajo por la equidad para garantizar la salud, la democracia y la paz.

Una verdadera perspectiva de determinación y procesos determinantes no debe llevar al voluntarismo o al reduccionismo funcionalista, sino que debe estimular la búsqueda de caminos alternativos para hacer posible lo que hasta hoy no lo era.

Rio de Janeiro, Octubre de 2011.

El debate y la acción sobre la determinación social de la salud

Posición desde los movimientos sociales

Las organizaciones y movimientos sociales, frente a la crisis de múltiples dimensiones que afecta al mundo, proponemos algunas ideas para contribuir a un debate sobre la determinación social de la salud. Ya que no tuvimos el suficiente espacio para expresarnos en la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud por la forma en que ésta fue concebida, resumimos nuestra posición en este documento.

Valoramos la iniciativa del gobierno y pueblo de Brasil, de promover y financiar esta CMDSS, en congruencia con su compromiso con el derecho a la salud. No obstante, debemos aún discutir salidas de fondo a la precaria y vergonzosamente desigual situación socio-sanitaria que caracteriza el panorama mundial, y encontrar los puentes para unirnos, gobiernos y movimientos sociales, por la vida y la salud.

Casi todos los países de América Latina, por más de dos décadas, han sido objeto de ensayos neoliberales a todas luces no sustentables y con funestas consecuencias para la calidad de vida de las poblaciones. Hoy crece la indignación y protesta en otros pueblos del mundo, que están siendo víctimas de medidas similares.

Es el momento de colocar sobre la mesa aquello que habitualmente se evita visibilizar. La determinación social de la salud va mucho más allá de “determinantes” aislados y fragmentados que, bajo una mirada reduccionista, son asociados con los clásicos factores de riesgo y estilos de vida individuales. No debemos permitir que el concepto de determinantes sociales sea banalizado, cooptado o reducido simplificándolo al tabaquismo, al sedentarismo, a la inadecuada alimentación, cuando lo que necesitamos reconocer es que detrás de ellos hay una construcción social basada en la lógica de una cultura hegemónica globalizada cuyo sentido y fin es mercantilizar la vida.

Llamemos a las cosas por su nombre

El centro del problema: La economía capitalista en su fase neoliberal, impregnada de exclusivo afán especulador y obtención ilimitada de ganancias, centrada en el dominio del hombre sobre los propios seres humanos y depredando la naturaleza, es la base fundamental de las desigualdades al interior de los países y entre los países, y es la causa de las grandes crisis actuales (financiera, energética, climática, alimentaria, ética). Así mismo, es este sistema el que ha conducido al despojo, a la precarización del trabajo, a la pérdida de los derechos laborales, la destrucción de los lazos de solidaridad entre los trabajadores; ha empujado a miles de personas a la informalidad, y ha profundizado el trabajo infantil, entre otros problemas.

La mercantilización de la vida: Los bienes de la superproducción no resuelven las necesidades colectivas y están desigualmente distribuidos. Millones de personas

podrían beneficiarse de cuanto se produce en el mundo: alimentos, ropas, medicamentos, provisiones para que todos vivamos bien. El planeta es pródigo en recursos para todas las especies que lo habitamos, pero la lógica del mercado impide que la gente acceda a lo que necesita.

Medidas que no alivian: En su desesperada inseguridad, el capitalismo se aferra a las ganancias y socializa sus pérdidas, acudiendo a nuevas y más cruentas medidas neoliberales que recortan los derechos sociales fundamentales de la población; las naciones más poderosas inventan y justifican guerras que nunca suceden en sus territorios sino en aquellos donde hay muchos recursos que explotar.

¿Quién tiene el poder? La hegemonía neoliberal basa su expansión en el mantenimiento de instancias del orden económico y político regional, nacional y transnacional, interesados en globalizar una visión del desarrollo que les permita concentrar progresiva y aceleradamente sus ganancias. Ese poder hegemónico, en el ámbito de la salud se traduce en medicalización de la vida, en argucias de propiedad intelectual para proteger al complejo médico industrial, en control de los medios de comunicación para crear “necesidades” basadas en el shock, en desprestigio de los sistemas públicos, en manipulación de la sociedad civil, en múltiples formas de violencia y otras sórdidas estrategias de colonización del pensamiento colectivo.

El actual modelo dominante de sociedad no es el único o definitivo: Si todas las personas pretendiésemos vivir a la moda del “American way of live” necesitaríamos por lo menos cinco planetas Tierra. Los pueblos originarios nos han dejado la enseñanza del Vivir Bien, en comunidad solidaria, donde nos complementemos respetando la diversidad de culturas, saberes, sentires y formas de hacer, guardando la armonía con la naturaleza y el cosmos, siendo felices, sin competencias por ser mejores que otros ni queriendo tener más para ser más.

Todas las manos, todas. Todas las voces, todas

- Recuperemos la fuerza transformadora y la integralidad de la determinación social de la salud, a través de la investigación, difusión y movilización en clave colectiva.
- Establezcamos alianzas globales entre los gobiernos progresistas y los movimientos sociales, para enfrentar la embestida neoliberal que intenta cargar los costos sobre la vida de los pueblos, y para construir soberanía en la producción de bienes de los que depende la vida.
- Acompañemos en especial a los jóvenes de todo el mundo, herederos y actores indispensables de las transformaciones que demanda el futuro, comenzando desde hoy.
- Defendamos el Vivir Bien como paradigma esencial de un nuevo modelo de desarrollo ante la gran crisis civilizatoria que obliga a la humanidad a repensarse.
- Exijamos el compromiso de la OMS con la defensa a la salud. Cualquier reforma que abra la puerta a más privatizaciones y negación de derechos colectivos, tendrá el rechazo de los pueblos.
- Rescatemos las recomendaciones de la Comisión de DSS, en especial las referidas a luchar contra la injusta distribución del poder, el dinero y los recursos.

- Interpelemos la mirada sobre la pobreza desde la contemplación y caridad, como si fuese una presencia inevitable del cuadro, a veces molesta, pero las más veces útil para el sistema dominante que mantiene su estatus quo a cambio darle algunas “prestaciones básicas”, “seguros”, “paquetes” y “pisos mínimos”.
- Apoyemos la creación o consolidación de sistemas de salud y seguridad social, universales, gratuitos, integrales, públicos, con cobertura total de la población a todos los servicios, y garantía de derechos integrales e interdependientes.
- Enfrentemos al racismo, la discriminación, y todas las formas de exclusión. Incorporemos la interculturalidad y la equidad (en especial de género y personas con discapacidad), como ejes transversales de todas las políticas y propuestas para la acción.
- Asumamos una firme posición ante cualquier iniciativa de mercantilización de la vida.
- Trabajemos con una perspectiva humanista, crítica, popular y contrahegemónica, con nuestros recursos humanos, no sólo del sector salud sino de otros campos de la sociedad.
- Promovamos una participación social en la que los pueblos discutan el modelo de desarrollo/sociedad, y decidan el tipo de Estado y democracia, como expresión de soberanía y poder popular.

Necesitamos más que voluntarismo. Busquemos caminos y alternativas. El peor escenario que podría derivar de esta CMDSS y de la Declaración de Rio, es que se construya un “consenso” de que los determinantes sociales de la salud pueden ser cualquier cosa y, de paso, terminen siendo nada. Nuestros pueblos merecen y reclaman respuestas. Ahora es cuando...

Rio de Janeiro, Octubre 2011

Lista das instituições que assinaram o documento:

ALAMES

CEBES

CUT

MEDICOS DEL MUNDO

CTA - Central de Trabajadores de la Argentina

FÓRUM SOCIAL MUNDIAL

ForoSalud - Foro de la Sociedad Civil en Salud

People's Health Movement - Health For All Now!

Documento disponible en www.cebes.org.br

O Debate e a Ação sobre os Determinantes Sociais da Saúde

Posição dos Movimentos Sociais

As organizações e os movimentos sociais, frente à crise de múltiplas dimensões que vem afetando todo o mundo, propõem, por meio deste documento, algumas idéias para contribuir com o debate sobre os determinantes sociais da saúde. Em vista de que não tivemos espaço para nos expressarmos durante a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde por causa do seu formato, queremos resumir nossa posição por meio desse texto.

Nós estimamos a iniciativa do Governo e do povo brasileiro em promover e financiar essa Conferência, em concordância com o seu compromisso pelo direito a saúde. Todavia, devemos discutir soluções reais para a precária, e vergonhosamente desigual situação sócio-sanitária que caracteriza o panorama mundial; e encontrar as pontes para unirmos, governos e movimentos sociais, pela vida e pela saúde.

Quase todos os países da América Latina, por mais de duas décadas, tem sido objeto de insustentáveis experimentos neoliberais com terríveis conseqüências para a qualidade de vida da população. Hoje, cresce o sentimento de indignação e protesto em outros povos do mundo que estão sendo vítimas de medidas similares.

Esse é o momento de discutirmos claramente o que vem sendo evitado. A determinação social da saúde está muito além de determinantes isolados e fragmentados que, sob uma perspectiva reducionista, são associados com fatores clássicos de riscos e estilos de vida individuais. Não devemos permitir que o conceito de determinantes sociais seja banalizado, ou reduzido, simplificando-o ao tabagismo, ao sedentarismo, ou a uma inadequada alimentação. O que precisamos reconhecer é que por trás dessas práticas, existe uma construção social baseada na lógica de uma cultura hegemônica globalizada, cujo sentido e fim é a mercantilização da vida.

Vamos nomear as coisas pelos seus nomes reais

O cerne do problema: A economia capitalista na sua fase neoliberal, impregnada com seu desejo especulativo por lucros desenfreados, centrada no domínio do homem sobre o próprio homem, e na destruição da natureza, fundamentada basicamente em desigualdades dentro e entre os países, vem a ser a causa de grandes crises atuais (financeiras, energéticas, climáticas, alimentares e éticas). Assim sendo, é esse sistema que tem levado à precariedade do trabalho, a perda de direitos trabalhistas, a destruição de laços de solidariedade entre trabalhadores, e também tem levado a milhões de pessoas a informalidade, ao trabalho infantil e a tantos outros problemas.

A mercantilização da vida: Os bens de superprodução não resolvem as necessidades coletivas e estão desigualmente distribuídos. Milhões de pessoas poderiam

beneficiar-se do quanto é produzido no mundo: alimentos, roupas, medicamentos, provisões, para que todos vivam bem. O planeta está repleto de recursos para todas as espécies que o habitam, porém, a lógica do mercado impede as pessoas de adquirir o que elas necessitam.

Medidas que não aliviam: Diante do seu desespero e insegurança, o capitalismo se detém nos lucros e sociabiliza seus prejuízos, apelando para novas e cruéis medidas neoliberais que reduzem os direitos sociais fundamentais da população. E as nações mais poderosas inventam e justificam guerras que nunca ocorrem em seus territórios, mas somente naqueles onde há recursos para serem explorados.

Quem detém o poder? A hegemonia neoliberal baseia sua expansão na manutenção da ordem econômica e política regional, nacional e transnacional; interessados em globalizar uma visão de desenvolvimento que lhes permita uma progressiva e acelerada concentração de capital. Na saúde pública, esse poder hegemônico se traduz na comercialização da vida, numa propriedade intelectual que beneficia a indústria médica, no controle da mídia e dos meios de comunicação que se encarregam de criar necessidades baseadas no medo e no desprestígio dos sistemas públicos de saúde, na manipulação da sociedade civil em suas múltiplas formas de violência e outras sórdidas estratégias de colonização do pensamento coletivo.

O atual modelo dominante não é o único nem o definitivo: Se todas as pessoas quisessem viver a moda do “American way of live”, seriam necessário, pelo menos, cinco planetas Terra. Os povos ditos mais primitivos nos deixaram de herança a sabedoria do “Viver Bem”, em comunidades solidárias onde um se complementa no outro, respeitando as diferenças culturais, do conhecimento, e de formas de realização, guardando o respeito pela natureza, o cosmos, sendo felizes; sem competição ou querendo ter mais para poder ser mais.

Todas as mãos, todas. Todas as vozes, todas

- Que possamos recuperar a força transformadora e a integralidade da determinação social da saúde, por meio da investigação, difusão e mobilização coletiva.
- Estabeleçamos alianças globais entre os governos progressistas e os movimentos sociais, para enfrentar a investida neoliberal que busca pagar os seus custos sobrecarregando a vida de populações carentes. Que possamos construir uma soberania na produção de bens dos quais a vida depende.
- Que possamos acompanhar, em especial, os jovens de todo o mundo, os herdeiros e atores indispensáveis das transformações futuras e que possamos começar hoje!
- Defendemos o “Viver Bem” como paradigma essencial de um novo modelo de desenvolvimento frente a essa grande crise civilizatória que vem obrigando a humanidade a se repensar.
- Exigimos um compromisso da OMS com a defesa da saúde. Qualquer reforma que abra a porta para mais privatizações e negação dos direitos coletivos, terá o repúdio dos povos.
- Resgatemos as recomendações da Comissão de DSS, em especial as que se referem à luta contra a injusta distribuição de poder, dinheiro e recursos.

- Que possamos rever a visão sobre a pobreza desde a contemplação e caridade, como se fosse uma presença inevitável do quadro, muitas vezes útil tão somente para a manutenção do sistema dominante e a preservação do *status quo*, enquanto lhes damos serviços básicos, seguros e tetos mínimos.
- Apoiamos a criação ou a consolidação de sistemas de saúde e previdência social, universais, gratuitos, integrais, públicos, com cobertura total para a população a todos os serviços e a garantia aos direitos integrais e interdependentes.
- Enfrentemos o racismo, a discriminação de todas as formas de exclusão. Que possamos incorporar a interculturalidade e a equidade (em especial de gênero e de deficientes físicos), como eixos transversais de todas as políticas e propostas para a ação.
- Que passamos assumir uma firme posição diante de qualquer iniciativa de comercialização da vida.
- Trabalhem com uma perspectiva humanista, crítica, popular e contra hegemônica, com os nossos recursos humanos, não apenas do setor saúde, mas também de outros campos da sociedade.
- Que possamos promover uma participação social nas quais os povos discutam o modelo de desenvolvimento da sociedade e decidam o tipo de Estado e democracia como expressões de soberania e poder popular.

Necessitamos mais que voluntariado. Busquemos caminhos e alternativas. O pior cenário que poderia sair da CMDSS e da Declaração do Rio, é a construção de um “consenso” de que os determinantes sociais da saúde podem ser qualquer coisa, e com isso terminam não sendo nada. Nossos povos merecem e clamam por soluções, e não palavras vazias. Agora é a hora!

Rio de Janeiro, Outubro 2011

Lista das instituições que assinaram o documento:

ALAMES

CEBES

CUT

MEDICOS DEL MUNDO

CTA - Central de Trabajadores de la Argentina

FÓRUM SOCIAL MUNDIAL

ForoSalud - Foro de la Sociedad Civil en Salud

People's Health Movement - Health For All Now!

Documento disponível em www.cebes.org.br

ASSOCIE-SE AO CEBES E RECEBA NOSSAS PUBLICAÇÕES

Quem somos?

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) é uma associação civil sem fins lucrativos, de âmbito nacional, que tem como eixo de seu projeto a luta pela democratização da saúde e da sociedade. Tem como missão a luta pela compreensão da saúde coletiva como bem público propugnando um sistema de atenção à saúde baseado nos valores de solidariedade e garantia de direitos, na integralidade do cuidado e exigência de participação ativa dos cidadãos nas decisões sobre saúde e sobre a política de saúde. Seu objetivo é contribuir para difusão da consciência sanitária e favorecimento da constituição de sujeitos políticos, aptos a disputar projetos voltados à conquista de uma sociedade mais justa.

O espaço de atuação do CEBES está demarcado pela produção e difusão de conhecimentos que se articulam a uma prática política concreta e a mobilização da sociedade pela transformação democrática das instituições e valores que perpetuam desigualdades injustas. Suas alianças estratégicas incluem os movimentos sociais e organizações da sociedade civil engajadas na ampliação da esfera pública no Brasil e na América Latina, atuando junto ao parlamento e às instituições governamentais.

O CEBES é um ator autônomo, plural e não partidário, que trabalha para forjar redes políticas que exerçam a crítica como instrumento de reflexão e ação, na defesa de uma ética pública que assegure o direito universal à saúde.

O CEBES forjou sua tradição de luta pela democracia desde sua fundação em 1976, tendo elaborado em 1978 o documento "A Questão Democrática na Saúde", que lançou as diretrizes da Reforma Sanitária Brasileira e os princípios organizacionais do SUS. Essas proposições fundamentaram a inscrição na Constituição de 1988 do direito à saúde, como direito de cidadania.

O CEBES é composto por uma Diretoria Nacional e núcleos regionais e publica desde a sua fundação a revista Saúde em Debate. Por meio de suas publicações estabelece com seus associados e público em geral um amplo debate sobre as questões atuais da política de saúde, resgata a história da saúde coletiva e avança no conhecimento e na prática política em questões estratégicas dos grandes temas da conjuntura política nacional.

Who are we?

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) is a national non-profit civil association, and the center of its project is based on the struggle for democratization of health in society. Its mission is the fight for the understanding of collective health as a public estate, defending a system of attention to health based on the values of solidarity and security of rights, in the integrality of care and in the demand for active participation of citizens on the decisions about health and health policies. The aim is to contribute with the diffusion of sanitary conscience and to favour the constitution of political subjects who are able to dispute projects directed to the accomplishment of a fairer society.

CEBES actuation space is marked by the production and diffusion of knowledge that is articulated to a concrete political practice and to the mobilization of society for a democratic transformation of institutions and values that perpetuate unfair differences. Its strategic alliances include the social movements and the organizations of civil society that are committed to amplify the public scope in Brazil and in Latin America, acting with the parliament and the governmental institutions.

CEBES is an autonomous, plural and non-party actor, which works to form political networks that carry out criticism as an instrument of reflection and action in defense of public ethics to insure the universal right to health.

CEBES is developing its tradition of struggle for democracy since its foundation, in 1976, and elaborated, in 1978, the document A questão democrática na saúde (The democratic issue in health), which released the policies of the Brazilian Sanitary Reform and the organizational principles of National Health System (the so called SUS in Brazil). These propositions have established the registration, in the Constitution of 1988, of the right to health as a citizenship right.

CEBES is composed of a National Board and regional branches and publishes since its foundation the magazine "Saúde em Debate" (Health

in Debate). Through their publications, they establishes a broad debate, with their affiliates and the general public, on current issues of health policy, rescues the history of collective health and advances in knowledge and political practice on strategic questions about major themes of the national political environment.

¿Quiénes somos?

El Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) es una asociación civil sin fines de lucro, de ámbito nacional, que tiene como eje de proyecto la lucha por la democratización de la salud en la sociedad. Su misión es luchar por la comprensión de la salud colectiva como un bien público, defendiendo un sistema de atención a la salud basado en los valores de solidaridad y garantía de derechos, en la integridad del cuidado y en la exigencia de participación activa de los ciudadanos en las decisiones sobre la salud pública y la política de salud. El objetivo es contribuir con la diseminación de la conciencia sanitaria y favorecer la formación de sujetos políticos capaces de demandar proyectos vultos a la conquista de una sociedad más justa.

El espacio de actuación del CEBES está delineado por la producción y difusión de conocimientos que se articulan a una práctica política concreta, y a la movilización de la sociedad por la transformación democrática de las instituciones y valores que perpetúan desigualdades injustas. Sus alianzas estratégicas incluyen los movimientos sociales y las organizaciones de la sociedad civil involucradas en la ampliación de la esfera pública en Brasil y América Latina, actuando junto al parlamento y a las instituciones gubernamentales.

CEBES es un actor autónomo, plural y no partidario que trabaja para crear redes políticas las cuales ejerzan la crítica como un instrumento de reflexión y acción en la defensa de una ética pública que asegure el derecho universal a la salud.

viene creando su tradición de lucha por la democracia desde su fundación, en el año 1976, teniendo elaborado en 1978, el documento A questão democrática na saúde, que ha lanzado las directrices de la Reforma Sanitaria Brasileña y los principios organizacionales del Sistema Único de Salud (SUS). Esas proposiciones han fundamentado la inscripción, en la Constitución de 1988, del derecho a la salud como derecho de ciudadanía.

CEBES viene creando su tradición de lucha por la democracia desde su fundación, en el año 1976, teniendo elaborado en 1978, el documento A questão democrática na saúde, que ha lanzado las directrices de la Reforma Sanitaria Brasileña y los principios organizacionales del Sistema Único de Salud (SUS). Esas proposiciones han fundamentado la inscripción, en la Constitución de 1988, del derecho a la salud como derecho de ciudadanía.

CEBES se compone de una Junta Nacional y oficinas regionales y publica, desde su fundación, la revista "Saúde em Debate" (Salud en Debate). A través de sus publicaciones, establece un debate amplio, con sus afiliados y el público en general, sobre cuestiones actuales de política sanitaria, rescata la historia de salud colectiva y avanza en el conocimiento y en la práctica política en cuestiones estratégicas sobre los grandes temas de la coyuntura política nacional.

Valor da anuidade

Institucional: R\$ 180,00 | Profissional: R\$ 120,00 | Estudante: R\$ 60,00

Acesse nosso site , preencha seus dados e imprima seu boleto bancário: www.cebes.org.br

Endereço para correspondência:

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Av. Brasil, 4.036 – Sala 802 – Manguinhos – 21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Tels.: (21) 3882-9140 / 3882-9141 – Fax.: (21) 2260-3782

www.cebes.org.br / www.saudeemdebate.org.br

cebes@cebes.org.br / revista@saudeemdebate.org.br



INSTRUÇÕES AOS AUTORES – SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate, criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) voltada para as Políticas Públicas na área da saúde. Publicada trimestralmente, desde 2010, nos meses de março, junho, setembro e dezembro, é distribuída a todos os associados em situação regular com o CEBES.

Aceita trabalhos inéditos sob forma de artigos originais, resenhas de livros de interesse acadêmico, político e social, além de depoimentos.

Os textos enviados para publicação são de total e exclusiva responsabilidade dos autores.

É permitida a reprodução total ou parcial dos artigos desde que identificadas a fonte e a autoria.

A publicação dos trabalhos está condicionada à aprovação de membros do Conselho *ad hoc*, selecionados para cada número da revista, que avaliam os artigos pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas permanecem sigilosos até a publicação do texto. Eventuais sugestões de modificações da estrutura ou de conteúdo, por parte da Editoria, serão previamente acordadas com os autores, por meio de comunicações via site e e-mail. Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final para publicação.

Modalidades de textos aceitos para publicação

Artigos originais

1. Pesquisa: artigos que apresentem resultados finais de pesquisas científicas, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Artigos resultantes de pesquisas que envolvem seres humanos devem ser enviados junto de cópia do documento da Comissão de Ética da instituição.
2. Ensaio: artigos com análise crítica sobre um tema específico de relevante interesse para a conjuntura das políticas de saúde no Brasil, com tamanho entre 10 e 15 laudas.
3. Revisão: artigos com revisão crítica da literatura sobre um tema específico, com tamanho entre 10 e 15 laudas.
4. Relato de experiência: artigos com descrições de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão, com tamanho entre 10 e 15 laudas.
5. Opinião: de autoria exclusiva de convidados pelo Editor Científico da revista, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Nesse formato não são exigidos o resumo e o *abstract*.

Resenhas

Serão aceitas resenhas de livros de interesse para a área de Políticas Públicas de saúde, a critério do Conselho Editorial. Os textos deverão apresentar uma noção do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, em até três laudas.

Documentos e depoimentos

Serão aceitos trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Conselho Editorial.

Seções da publicação

A revista está estruturada com as seguintes seções:

- Editorial
- Apresentação
- Artigos de Debate
- Artigos Temáticos
- Artigos de Tema Livre
- Artigos Internacionais
- Resenhas
- Depoimentos
- Documentos

Apresentação do texto

Sequência de apresentação do texto

Os artigos podem ser escritos em português, espanhol ou inglês.

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.

O título, por sua vez, deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do artigo.

A folha de apresentação deve trazer o nome completo do(s) autor(es) e, no rodapé, as informações profissionais (contendo filiação institucional e titulação), endereço, telefone e e-mail para contato. Essas informações são obrigatórias. Quando o artigo for resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e se houve conflito de interesses na concepção da pesquisa.

Apresentar resumo em português e inglês (*abstract*) ou em espanhol e inglês com, no máximo, 900 caracteres com espaço (aproximadamente 135 palavras), no qual fique clara a síntese dos propósitos, métodos empregados e principais conclusões do trabalho. Devem ser incluídos,

ao final do resumo, o mínimo de três e o máximo de cinco descritores (*keywords*), utilizando, de preferência, os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis no endereço <http://decs.bvs.br>. Caso não sejam encontrados descritores relacionados à temática do artigo, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido no âmbito acadêmico.

Em seguida apresenta-se o artigo propriamente dito:

- a. as marcações de notas de rodapé no corpo do texto deverão ser sobrescritas. Por exemplo: Reforma Sanitária¹.
- b. para as palavras ou trechos do texto destacados a critério do autor, utilizar aspas simples. Por exemplo: 'porta de entrada'. Aspas duplas serão usadas apenas para citações diretas.
- c. quadros, gráficos e figuras deverão ser enviados em arquivo de alta resolução, em preto e branco e/ou escala de cinza, em folhas separadas do texto, numerados e intitulados corretamente, com indicações das unidades em que se expressam os valores e as fontes correspondentes. O número de quadros e de gráficos deverá ser, no máximo, de cinco por artigo. Os arquivos devem ser submetidos um a um, ou seja, um arquivo para cada imagem, sem informações sobre os autores do artigo, citando apenas a fonte do gráfico, quadro ou figura. Devem ser numerados sequencialmente, respeitando a ordem em que aparecem no texto.
- d. os autores citados no corpo do texto deverão estar escritos em caixa-baixa (só a primeira letra maiúscula), observando-se a norma da ABNT NBR 10520:2002 (disponível em bibliotecas). Por exemplo: "conforme argumentam Aciole (2003) e Crevelim e Peduzzi (2005), correspondente à atuação do usuário nos Conselhos de Saúde..."
- e. as referências bibliográficas deverão ser apresentadas, no corpo do texto, entre parênteses com o nome do autor em caixa-alta seguido do ano e, em se tratando de citação direta, da indicação da página. Por exemplo: (FLEURY-TEIXEIRA, 2009, p. 380; COSTA, 2009, p. 443).

As referências bibliográficas deverão ser apresentadas no final do artigo, observando-se a norma da ABNT NBR 6023:2002 (disponível em bibliotecas), com algumas adaptações (abreviar o prenome dos autores). Exemplos:

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.

Submissão

Os artigos devem ser submetidos exclusivamente pelo site: www.saudeemdebate.org.br, após realizar *login* fornecido junto da senha após o cadastro do autor responsável pela submissão. Todos os campos obrigatórios devem ser devidamente preenchidos. O artigo submetido e o arquivo enviado devem ser iguais, contendo as mesmas informações.

No corpo do texto não deve conter nenhuma informação que possibilite identificar os autores ou instituições. Todas as informações relacionadas aos autores devem constar apenas no arquivo submetido.

Os arquivos referentes a tabelas, gráficos e figuras devem ser submetidos separadamente do arquivo com o texto principal e não devem conter identificações sobre os autores.

O artigo deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível (salvar em formato .doc ou .docx), em página padrão A4, com fonte Times New Roman tamanho 12 e espaçamento entre linhas de 1,5.

Os documentos solicitados (relacionados a seguir) deverão ser enviados via correio, devidamente assinados.

Declaração de autoria e de 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, ou para a análise e a interpretação dos dados; b) contribuir significativamente na elaboração do rascunho 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>

Conflitos de interesse

Os trabalhos encaminhados para publicação deverão conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesse entre os autores. 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, apenas a informação “Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho” na página de rosto (folha de apresentação do artigo) será suficiente.

Ética em pesquisa

No caso de pesquisas iniciadas após janeiro de 1997 e que envolvam 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 um documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um Comitê de Ética em Pesquisa, deverá ser apresentada a aprovação pelo CEP onde ela foi aprovada.

Fluxo dos originais submetidos à publicação

Todo original recebido pela secretaria do CEBES é encaminhado ao Conselho Editorial para avaliação da pertinência

temática e observação do cumprimento das normas gerais de encaminhamento de originais. Depois, é verificado pela secretaria editorial, para confirmação de adequação às normas da revista. Uma vez aceitos para apreciação, os originais são encaminhados a dois membros do quadro de revisores *Ad-Hoc* (pareceristas) da revista. Os pareceristas serão escolhidos de acordo com o tema do artigo e sua *expertise*, priorizando-se conselheiros que não sejam do mesmo estado da federação que os autores. Os conselheiros têm prazo de 45 dias para emitir o parecer. Ao final do prazo, caso o parecer não tenha sido enviado, o consultor será procurado e será avaliada a oportunidade de encaminhamento a outro conselheiro. O formulário para o parecer está disponível para consulta no site da revista. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: aceito para publicação; aceito para publicação (com sugestões não impeditivas); reapresentar para nova avaliação após efetuadas as modificações sugeridas; recusado para publicação.

Caso a avaliação do parecerista solicite modificações, o parecer será enviado aos autores para correção do artigo, com prazo para retorno de sete dias. Ao retornar, o parecer volta a ser avaliado pelo parecerista, que terá prazo de 15 dias, prorrogável por mais 15 dias.

Caso haja divergência de pareceres, o artigo será encaminhado a um terceiro conselheiro para desempate (o Conselho Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer). No caso de solicitação de alterações no artigo, poderá ser encaminhada em até três meses.

Ao fim desse prazo e não havendo qualquer manifestação dos autores, o artigo será considerado retirado.

O modelo de parecer utilizado pelo Conselho Científico está disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br>

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

INSTRUCTIONS TO AUTHORS – SAÚDE EM DEBATE

The journal *Saúde em Debate*, created in 1976, is a publication by *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde* (CEBES) which is directed to the public policies of the health field. Published quarterly since 2010, that is, in March, June, September and December, the journal is distributed to all associates in regular situation with CEBES.

Unpublished articles structured as original articles, reviews of books of academic, politic and social meaning, as well as statements, are accepted.

The authors are entirely and exclusively responsible for the papers submitted for publication.

Total or partial reproduction of the articles is allowed under the condition of indicating the source and the authorship.

The publication of the papers is conditioned to approval by members of the ad-hoc council, who are selected to each issue of the journal and assess the articles by the double-blind method, that is, the name of the authors and reviewers remain confidential till the paper is published. Eventual suggestions of structure or content modifications by the editors will be previously decided together with the authors via website or e-mail. Additions or modifications will not be accepted after the final approval for publication.

Types of texts accepted for publication

Original Articles

1. Research: articles that present final results of scientific research, presented in 10 to 15 pages. Articles resulting from research involving human beings must be sent with a copy of the form by the Ethics Committee of the institution.
2. Essays: articles presenting critical analyses on a specific theme of relevance for the assemblage of health policies in Brazil, presented in 10 to 15 pages.
3. Review: articles presenting literature critical comments on a specific theme, presented in 10 to 15 pages.
4. Experience report: articles describing academic, assistance and extension experiences, also presented in 10 to 15 pages.
5. Opinion: the authorship is exclusive to persons invited by the journal's scientific editor, also presented in 10 to 15 pages. In this modality, the abstract is not required.

Review

Review of books directed to the field of health public policies will be accepted according to the editorial board's criteria. The papers must present a view of the content of the book, as well as its theoretical principles and an idea of the public to which it is directed, being presented in up to three pages.

Documents and statements

Papers referring to historical or conjunctive themes will be accepted according to the editorial board's criteria.

Publication sections

The journal is structured in the following sections:

- Editorial
- Presentation
- Debate articles
- Thematic articles
- Free articles
- International articles
- Reviews
- Statements
- Documents

Text presentation

Sequence of text presentation

The papers may be written in Portuguese, Spanish or English.

Texts in Portuguese and Spanish must present the title in the original language and in English. Texts in English must present the title in English and in Portuguese.

The title, in turn, must express clearly and briefly the content of the paper.

The presentation page should present the complete name of the authors and, in the footnote, their professional information (institutional bond and titles), address, phone number and e-mail address for contact. This information is obligatory. When the article depicts the result of financed research, the financial source must be indicated, as well as the existence or not of conflict of interests during the production of the paper.

The manuscript must present an abstract in Portuguese and in English or Spanish with up to 900 charac-

ters with space (approximately 135 words), in which the synthesis of the purposes, methods employed and main conclusions of the paper must be clear. In the end of the abstract, a minimum of three and maximum of five keywords should be included, using preferentially the terms presented in the structured vocabulary Health Science Descriptors (DeCS), available at <http://decs.bvs.br>. If the keywords related to the article's theme are not found, other terms or expressions of common knowledge in the field may be employed.

Next, the article itself is presented:

- a. the indication of footnotes in the body of the text must be superscript. For example: Sanitary Reform¹.
- b. as to words or passages emphasized to the author's discretion, simple quotation marks must be used. For example: 'entrance door'. Quotation marks will be used only for direct citations.
- c. charts, graphs and figures must be sent in high printing quality, in black and white or grayscale, separately from the text and correctly numbered and entitled, with indication of the value's units and respective sources. The number of charts and graphs should not exceed five per article. The files must be submitted one by one, that is, one file for each image, without information about the authors, being mentioned only the source of the graph, chart or figure. These elements must be sequentially numbered, being respected their order of appearance in the text.
- d. the authors mentioned in the body of the text must be written in small letters (only the first in capital letter), being observed the ABNT NBR 10520:2002 patterns (available in libraries). For example: "according to Aciole (2003) and Crevelim and Peduzzi (2005), it corresponds to the clients' participation in Health Councils..."
- e. the bibliographical references must be presented, in the text body, in parenthesis, being the name of the authors fully written in capital letters followed by the year of publication and, in case of direct citations, by the page number. For example: (FLEURY-TEIXEIRA, 2009, p. 380; COSTA, 2009, p. 443).

The references must be indicated in the end of the article, being observed the ABNT NBR 6023:2002 patterns, with some adaptations (abbreviate the author's first name). Examples:

Book

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

Book chapter

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

Periodical article

ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, set./dez. 2010, p. 349-370.

On-line material

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.

Submission

The articles must be submitted exclusively through the site: www.saudeemdebate.org.br, after logging in and indicating the password provided after the registration of the author who is responsible for the submission. All required fields must be correctly filled out. The file submitted and the file sent must be equal, containing the very same information.

The text body should not present any information that may allow the identification of the authors or institutions. Information related to the authors must be indicated only in the submitted file.

The files containing tables, graphs and figures must be submitted apart from the file containing the main text, and should not provide identification of the authors.

The article must be typed in Microsoft® Word or compatible software (save as .doc or .docx), in A4 page, Times New Roman typeface 12 pt and 1.5 line space.

The required documents (indicated next) should be sent by mail and properly signed.

Declaration of authorship and responsibility

According to the authorship criteria by the International Committee of Medical Journal Editors, the authors must observe the following conditions: a) contribute substantially to the conceiving and planning, or to the analysis and data interpretation; b) contribute significantly to the elaboration of rough copy or critical review of the content; c) participate in the approval of the manuscript's final ver-

sion. In order to do that, it is necessary that all authors and co-authors sign the Declaration of Authorship and Responsibility, in conformity with the model available at <<http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>>

Conflicts of interest

The papers submitted for publication should contain information about the existence or not of any kind of conflict of interests among the authors. Financial interests, for instance, are not only related to the direct financing of the research, but also to the employment relationship itself. If there is no conflict, the following information in the presentation page will do: "The authors declare that there are no conflicts of interests with regard to this article".

Research ethics

As to research initiated after January 1997 and involving human beings, in compliance with item II of the Resolution 196/96 of the National Health Council (research involving individually or collectively, directly or indirectly, totally or partially a human being, including the handling of information and material), a document of approval by the Research Ethics Committee of the institution where the study was carried out must be sent. In case of institutions that do not dispose of an Ethics Committee, an approval by other committee must be sent.

Flow of manuscripts submitted for publication

All manuscripts received by the CEBES bureau are conducted to the editorial board to assessment of thematic relevance and observation of the accomplishment of the manuscript submission general rules. Later on, the editorial bureau verifies the paper as to confirm its adequacy

to the journal's patterns. Once accepted for appreciation, the manuscripts are sent to two Ad-Hoc technical reviewers of the journal (peer-review). The reviewers are chosen accordingly to the theme of the article and his/her expertise, and priority is given to counselors that do not pertain to the same federation state as the authors. The counselors are given a 45-day deadline to issue their opinion. If the opinion is not issued at the end of the deadline, the counselor is contacted and the opportunity of sending the manuscript to other counselor is considered. The review form is available for consultation in the journal's website. The opinions always present the following conclusions: accepted for publication; accepted for publication (with non-hindering suggestions); resubmit for new assessment after accomplishing the suggested modifications; refused for publication.

If the reviewer's assessment requires modifications, the opinion will be sent to the authors, so they correct the manuscript within a seven-day deadline. When the manuscript is sent back, the opinion is reassessed by the reviewer within a 15-day deadline, which may be prorogated to another 15 days.

If there is divergence of opinions, the article is sent to a third counselor for decision (the editorial board may issue a third opinion to its discretion). If other alterations are requested, they may be sent in up to three months.

At the end of the deadline and not having any manifestations by the authors, it will be considered as a withdrawal.

The model of opinion used by the scientific board is available at: <http://www.saudeemdebate.org.br>

Mailing address

Avenida Brasil, 4036, room 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brazil
Phone: (21) 3882-9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

BIBLIOTECA VIRTUAL DO CEBES

O debate em saúde mais perto de você!



[http://www](http://www.cebes.org.br)



saúde
EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

Tel.: (21) 3882-9140, 3882-9141, Fax.: (21) 2260-3782

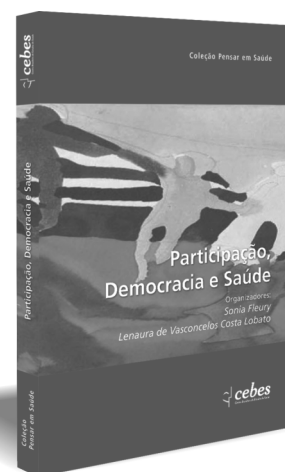
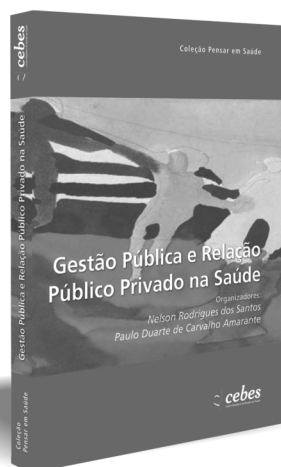
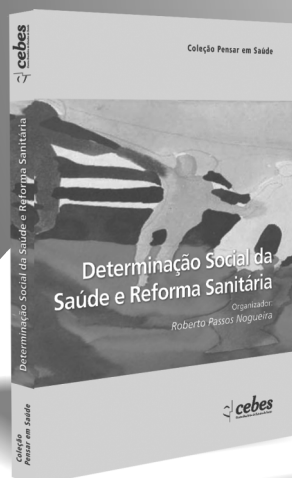
www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br

Coleção Pensar em Saúde, apenas clássicos.

Com esta coleção o Cebes inicia a série de livros voltados à atualização da agenda da reforma sanitária brasileira. Os livros trazem contribuições de renomados especialistas nos temas mais fundamentais da reforma sanitária: a questão democrática e a participação social, seguridade social, determinação social do processo saúde/enfermidade, gestão pública e relação público privado na saúde.

Lançamento



Tel.: (21) 3882-9140, 3882-9141, Fax.: (21) 2260-3782

www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br



Formação em Cidadania Para a Saúde: Temas Fundamentais da Reforma Sanitária

O novo projeto do Cebes realizará cursos de formação em cidadania para a saúde em diversos Estados do Brasil. Informe-se com o Núcleo do Cebes de sua região ou em nossa página eletrônica.

Participe e divulgue!

APOIO

Ministério
da Saúde



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**
Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde



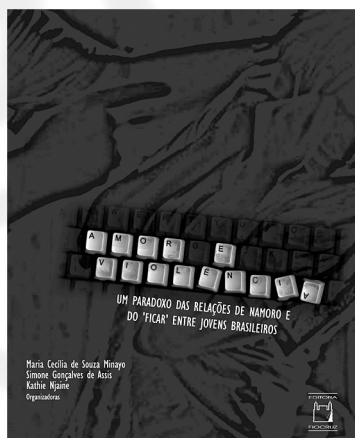
Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



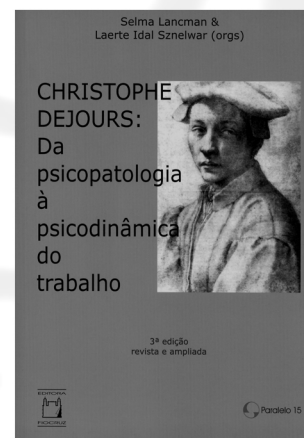
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SÉRGIO AROUCA
ENSP

Associe-se ao Cebes:

www.cebes.org.br • cebes@cebes.org.br



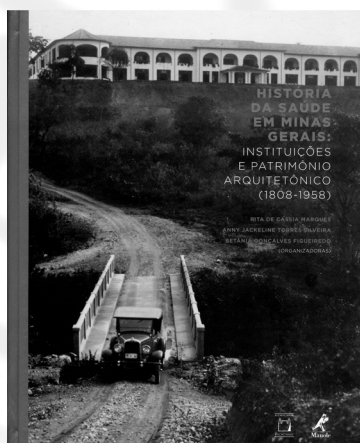
AMOR E VIOLÊNCIA: UM PARADOXO DAS RELAÇÕES DE NAMORO E DO 'FICAR' ENTRE JOVENS BRASILEIROS
Maria Cecília de Souza Minayo, Simone Gonçalves de Assis e Kathie Njaine (orgs.)
238p.
Preço: R\$48,00



CHRISTOPHE DEJOURS: DA PSICOPATOLOGIA À PSICODINÂMICA DO TRABALHO
Selma Lancman e Laerte Idal Szelwar (orgs.)
3ª edição revista e ampliada
Coedição com Paralelo 15
512p.
Preço: R\$ 82,00



FUNDAMENTOS DA PALEOPARASITOLOGIA
Luiz Fernando Ferreira, Karl Jan Reinhard e Adauto Araújo (orgs.)
484p.
Preço: R\$ 97,00



HISTÓRIA DA SAÚDE EM MINAS GERAIS: INSTITUIÇÕES E PATRIMÔNIO ARQUITETÔNICO (1808-1958)
Rita de Cássia Marques, Anny Jackeline Torres Silveira e Betânia Gonçalves Figueiredo (orgs.)
Coleção História & Patrimônio da Saúde
Coedição com Editora Manole
162p.
Preço: R\$78,00



HISTÓRIA DA SAÚDE NA BAHIA: INSTITUIÇÕES E PATRIMÔNIO ARQUITETÔNICO (1808-1958)
Christiane Maria Cruz de Souza e Maria Renilda Nery Barreto (orgs.)
Coleção História & Patrimônio da Saúde
Coedição com Editora Manole
149p.
Preço: R\$78,00



Produção gráfica e editorial
Graphic and editorial production

Zeppelini Editorial
www.zeppelini.com.br

Impressão e Acabamento
Print and Finish

Corbã Editora Artes Gráficas

Tiragem
Number of Copies

2.000 exemplares/copies

Esta revista foi impressa no Rio de Janeiro em setembro de 2011

Capa em papel cartão supremo 250 g/m²

Miolo em papel kromma silk 90 g/m²

This publication was printed in Rio de Janeiro in september, 2011

Cover in premium card 250 g/m²

Core in kromma silk 90 g/m²

Saúde em Debate, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES – v.1 (out./nov./dez.1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, 2011.

v. 35; n. 90; 27,5 cm

Trimestral
ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES

CDD 362.1

