



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

Rio de Janeiro • v. 36 • n. 93 • abr./jun. 2012



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:	Lizaldo Andrade Maia Luiz Bernardo Delgado Bieber Maria Lucia Frizzon Rizzotto Paulo Navarro de Moraes Pedro Silveira Carneiro
Diretores Ad-hoc:	Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti José Carvalho de Noronha

CONSELHO FISCAL • FISCAL COUNCIL

Armando Raggio
Fernando Henrique de Albuquerque Maia
Júlio Strubing Muller Neto

CONSELHO CONSULTIVO • ADVISORY COUNCIL

Ary Carvalho de Miranda
Ana Ester Maria Melo Moreira
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
Pesquisador: José Mauricio Octaviano de Oliveira Junior

JORNALISTA • JOURNALIST

Priscilla Faria Lima Leonel

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



SAÚDE EM DEBATE

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

EDITOR CIENTÍFICO • SCIENTIFIC 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)
Luiz Odorico Monteiro de Andrade – UFC (CE/Brasil)
Maria Salete Bessa Jorge – UECE (CE/Brasil)
Paulo Marchiori Buss – FIOCRUZ (RJ/Brasil)
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – UFPA (PA/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
Base de Datos Bibliográfica de Revistas de Ciencias y Tecnología - PERIÓDICA

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

Apoio



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

Rio de Janeiro • v. 36 • n. 93 • abr./jun. 2012

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

151 EDITORIAL • EDITORIAL

157 APRESENTAÇÃO • PRESENTATION

ARTIGO DE OPINIÃO • OPINION ARTICLE

159 **Judicialização pode salvar o SUS**

Judicialization can save SUS

Sonia Fleury

Pesquisa

163 **Universalidade e a acessibilidade ao SUS: o olhar sobre os jovens catadores de lixo em situação de rua de Brasília (DF)**

The universality and accessibility to SUS (Brazilian Public Health System): a glance at the young and homeless 'garbage-diggers' at the Federal District

Regina Célia Paz da Silva Ramos, Andrea de Oliveira Gonçalves, Rodrigo de Souza Gonçalves

Pesquisa

173 **A racionalização de gastos no planejamento assistencial: uma análise discursiva das portarias MPAS 3.046/82 e GM/MS 1.101/02**

The expenses rationalization in assistance planning: a discursive analysis of the ordinances MPAS 3,046/82 and GM/MS 1,101/02

Fabiana de Oliveira Silva Sousa, Itamar Lages

Pesquisa

182 **Humanização na Atenção Básica: a percepção dos trabalhadores de saúde**

Humanization in Primary Care: the perception of health workers

Maria Márcia Silva Nogueira, Maria Sônia Lima Nogueira, Liduina Farias Almeida da Costa

Pesquisa

194 **Estratégias ou táticas alternativas: procurando novos caminhos para a promoção da saúde entre modelos assistenciais e processos de trabalho**

Strategies or alternative tactics: seeking new ways to promote health assistance between models and working procedures

Italla Maria Pinheiro Bezerra, Ana Karla Sousa de Oliveira, Cesar Cavalcanti da Silva, Eufrásio Andrade Lima Neto, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva

Pesquisa

204 **Efetividade do controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família em João Pessoa (PB)**

Effectiveness of hypertension control in a family health unit in João Pessoa, Paraíba state, Brazil

Neir Antunes Paes, Fábio Alencar de Andrade

Pesquisa

215 **Análise bioética sobre o acesso dos usuários às unidades de terapia intensiva no Brasil**

Bioethical analysis about users' access to the adult intensive care units in Brazil

Marcelo Moreira Corgozinho, Walquíria Quida Salles Pereira Primo

- Pesquisa
- 225 **O transtorno mental na percepção de agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família**
The mental disorder in the perception of the community health agents in the Family Health Strategy
Fabiana Cristina Frigieri de Vitta, Odilene Ferreira de Oliveira, Márcia Aparecida Nuevo Gatti, Alberto de Vitta
- Pesquisa
- 234 **Concepção dos médicos da Atenção Primária de um município do interior do Ceará sobre saúde do idoso**
Conception of the Primary Care physicians in city of Ceará about health of the elderly
Jacira Bezerra Marques
- Pesquisa
- 243 **Triagem neonatal: realidade do estado do Ceará**
Neonatal screening: reality of Ceará, Brazil
Maria Leonice de Lima Passos, Maria Dalva Santos Alves, Maria Glêdes Ibiapina Gurgel, Selma Antunes Nunes Diniz, Rita Maria Viana Rego, Raquel Almeida de Lima Passos
- Ensaio
- 251 **O Conselho Municipal de Saúde de Vitória e seu regimento interno: um relato de caso**
The Municipal Health Council of Vitória and its internal rules: a case report
Rosangela Simonelli Gavi, Maria José Gomes, Regina Villefort Furbino, Leydiane Rubia Ferreira Corsini, Patrícia Pereira de Souza
- Relato de Experiência
- 262 **Rede de atenção integral à saúde mental: experiência do processo de reforma psiquiátrica em um cenário do Nordeste brasileiro**
Integrated care network for mental health: experience of psychiatric reform process in the scenario of Brazilian Northeast
Márcia Maria Mont'Alverne de Barros, Maria Salete Bessa Jorge, Antônio Germane Alves Pinto
- Relato de Experiência
- 275 **O conceito de crise na clínica para usuários de álcool e outras drogas: ampliando reflexões**
The concept of crisis in the clinic for users of alcohol and other drugs: broadening reflections
Sheila Silva Lima, Raquel Malheiros Teixeira, Caliandra Machado Pinheiro
- Relato de Experiência
- 282 **Processo de desinstitucionalização da prática e desospitalização em hospital psiquiátrico: estudo de caso**
Process of deinstitutionalization of practice and deinstitutionalization in psychiatric hospital: a case study
Alexandre Dido Balbinot
- Relato de Experiência
- 290 **Educação permanente em saúde para técnicos de saúde bucal e auxiliares de saúde bucal: relato de experiência**
Permanent health education for oral health technicians and oral health auxiliaries: report of experience
Mitsue Fujimaki Hayacibara, Raquel Sano Suga Terada, Valdeane Simone Cenci Nihi, Aline Claudia Ribeiro Medeiros, Cristiane Muller Calazans

Revisão

297 **Beber e dirigir: percepção e comportamento de risco no trânsito**

Drinking and driving: perception and risk behavior in traffic

Marina de Cuffa, Alessandra Sant'Anna Bianchi

RESENHA • *CRITICAL REVIEW*

306 **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**

Patty Fidelis de Almeida

DOCUMENTO • *DOCUMENT*

Documento

309 **Radicalizar a democracia para garantir o interesse público na saúde: O CEBES nas eleições municipais de 2012**

Radicalizing democracy to ensure public interest in health: CEBES in the city elections 2012

Desenvolvimento e saúde

O padrão nacional de desenvolvimento é predominantemente voltado aos interesses do mercado. Isso significa que ele é baseado no fortalecimento do consumo, com prejuízo para as políticas sociais básicas que visam à consolidação dos direitos sociais. Nesse contexto, o direito universal à saúde não ganhou o espaço que a sociedade brasileira espera. É preciso retomar e adequar a agenda política de reforma sanitária, atualizando à luz da conjuntura seus objetivos e estratégias e construindo novos consensos e arranjos sociais e políticos para a sua sustentação.

Para analisar os rumos e possibilidades atuais para o projeto da reforma sanitária brasileira no contexto contemporâneo, é necessário verificar o impacto sobre a saúde do fenômeno da globalização. Regida pelo capital e pelo mercado, a globalização vem produzindo desigualdades e assimetrias, bem como impondo um modelo de revolução tecnológica que acirra a condição de dependência e de atraso entre países, com repercussões para a saúde.

O Brasil, por exemplo, enfrenta, de forma acumulada, novas e velhas condições e situações que alimentam, reproduzem e agravam o círculo vicioso entre dependência, atraso e iniquidade, sem nenhum sinal de mudanças significativas na estrutura econômica do País. Em razão disso, os objetivos 'setoriais' para a saúde enfrentam barreiras intransponíveis oriundas do próprio modelo de desenvolvimento do País, como as observadas na atual configuração dos setores público e privado. O agravamento da crise atual impõe que ou aqueles que defendem a saúde como direito social universal enfrentem as contradições desse cenário de desenvolvimento posto para o País ou os modelos que impõem limites reais ao projeto da reforma sanitária serão cristalizados.

A urgente necessidade da retomada de uma agenda política para reforma sanitária deve buscar atualizar os seus objetivos e estratégias e construir novos consensos e arranjos sociais e políticos para a sua sustentação. O Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) tem buscado motivar este debate a fim de contribuir para a revitalização do movimento sanitário e de uma reflexão crítica sobre o nosso País, a qual deve ser feita sob o prisma da economia política. O que se espera desse processo é que faça surgir novas alternativas de transformação de nossa economia e que ao mesmo tempo provoque mudanças na política e nas atuais relações de poder da sociedade.

Faz-se pertinente revisitar, nesse sentido, o primeiro documento político do CEBES *A questão democrática da saúde* no qual afirmamos que a saúde deve se constituir em um direito universal, compreendida no contexto dos direitos sociais e colocada como uma condição para a cidadania, assumindo, dessa forma, o papel de parte inerente do próprio conceito do desenvolvimento. Por esse motivo o direito à saúde foi inserido na Constituição Federal, compreendida como resultado da articulação de políticas econômicas e sociais para o bem-estar coletivo.

Contemporaneamente, não existe nenhum país que possa ser considerado desenvolvido enquanto houver precariedade das condições de saúde de sua população. A defesa da visão ampla da saúde como um direito social constitui uma premissa, inclusive ética, para a definição do desenvolvimento justo e adequado para o país. É, pois, enganoso e falacioso sustentar argumentos que vinculam o crescimento econômico às responsabilidades públicas para com a saúde e, mais ainda, para justificar as políticas universais e o gasto em saúde. Já não são mais admitidos os falsos dilemas, demasiadamente difundidos no passado, pautados por uma dimensão econômica restrita.

No exercício da atualização aqui proposta para a agenda da saúde, é básica a seguinte pergunta: o que diferencia a agenda liberal da agenda da reforma sanitária? A resposta a essa pergunta deve considerar que, atualmente, a saúde conta com a simpatia e o interesse de muitos setores da sociedade e que mesmo os liberais defendem saúde como 'direito' e a presença do Sistema Único de Saúde como política pública. Essa situação cria 'aparentes' pontos de convergência dos liberais com o ideário da reforma sanitária que devem ser analisados e discriminados, particularmente quanto à temática da 'saúde e desenvolvimento'.

Para separar joio do trigo, mais uma vez vale refletir sobre aspectos da relação entre saúde e economia e o modelo que vem sendo adotado no Brasil: a constatação das falhas de oferta de serviços alimentando o mercado e a adoção das tecnologias de baixo custo que justificam o foco na atenção primária e no contexto local municipal. É o SUS de baixa qualidade, que não compete com o mercado privado da saúde, destinado aos grupos e populações de baixa renda.

A agenda liberal reforça a saúde como um direito individual e que essas pautas são 'igualmente' compatíveis com o ideário liberal dos países, instituições acadêmicas e organismos internacionais que fazem parte do núcleo central da hegemonia capitalista mundial. Entretanto, a relação entre saúde e desenvolvimento não se restringe a ser um elemento constitutivo dos direitos sociais ou individuais básicos. A saúde também gera um efeito indireto sobre o crescimento econômico, decorrente apenas de sua dimensão social, o que implica a melhoria das condições de vida dos trabalhadores e do ambiente geral para os investimentos.

Nessa perspectiva, a justificativa do gasto como investimento se fortalece ao incorporar a saúde como fator indireto de crescimento. Não podemos, no entanto, cair na armadilha de restringir o debate sobre saúde e desenvolvimento à dimensão dos recursos requeridos e ao tamanho do Estado e do Mercado no provimento de bens e serviços e no financiamento.

O conjunto das dimensões aqui apresentado deve compor a defesa da saúde, mesmo nas mobilizações — definitivamente necessárias —, por mais financiamento e pela efetiva ação do Estado, que deve ser compatível com as necessidades e demandas coletivas de saúde e qualidade de vida.

A saúde é bem mais que um fator genérico nas funções econômicas de produção quando relaciona a saúde com o crescimento econômico. É por isso que a atualização da agenda da saúde deve incorporar análises que considerem os aspectos históricos e estruturais de nossa sociedade. O passado escravista e colonial é

também responsável pela conformação da sociedade desigual aliada à cultura de preconceito, discriminação e ‘naturalização’ da exclusão social.

A inserção do País no plano internacional tem a ver com a característica assimétrica do progresso técnico, do conhecimento e do aprendizado. Nessa dimensão, ocorre, outra vez, um corte entre a visão liberal e o pensamento desenvolvimentista, aqui referido aos seus diversos matizes políticos e ideológicos, incluindo a matriz do pensamento da reforma sanitária. A articulação entre saúde e desenvolvimento exige mudanças estruturais profundas em nossa sociedade, economia e política — perspectiva que confere a relevância que diferencia a necessidade de uma economia política da saúde.

Diante da necessidade, se faz mais uma vez claro para a agenda da reforma sanitária o questionamento sobre as reais condições de saúde de um povo que vive em um País com tamanha pobreza, dependente, desigual, sem acesso a conhecimento, com condições precárias de trabalho e sem capacidade de aprendizado — mesmo que esse País tenha melhorado alguns indicadores clássicos de saúde.

A saúde como qualidade de vida implica pensar em sua conexão estrutural com o desenvolvimento econômico, a equidade, a sustentabilidade ambiental e a mobilização política da sociedade. Assim, torna-se parte endógena de discussão de um modelo social e econômico de desenvolvimento. A agenda da saúde deve avançar para além do debate setorial e insulado para adentrar efetivamente na discussão e definição do padrão do desenvolvimento brasileiro.

Para a atualização da agenda, há de se considerar a trajetória do desenvolvimento brasileiro nas últimas décadas, caracterizada pela forte substituição de importação que engendrou elevadas taxas de crescimento do mundo, mas acirrou a desigualdade social e regional, sem capacitação tecnológica endógena ao longo desse período. Mais do que isso, há de se refletir sobre mais uma pergunta que deve orientar nossa reflexão: como avançar em um projeto político para a saúde no contexto do capitalismo brasileiro, que não consegue se sustentar sobre seus próprios pés, excludente do ponto de vista social e dependente do ponto de vista do conhecimento e de sua capacidade de inovação?

A Diretoria Nacional

Health and Development

The national development pattern is mostly turned to the interests of the market, which means it is based on strengthening consumption to the detriment of basic social policies that aim to consolidate social rights. In this context, the universal right to health did not earn the importance expected by the Brazilian society. It is necessary to readdress and adequate the political agenda of sanitary reform, updating its goals and strategies and building new consensus, as well as social and political arrangements in order for it to be sustained.

To analyze the current paths and possibilities for the Brazilian sanitary reform it is necessary to observe the impact of globalization on health. Guided by the capital and the market, globalization has been generating inequalities and asymmetries, and it has also been imposing a model of technological revolution which leads to the condition of dependence and delay between countries, creating repercussions to health.

For instance, Brazil has been increasingly facing new and old conditions and situations that empower, reproduce and aggravate the vicious circle of dependency, delay and inequity, with no signs of significant changes in the economic structure of the country. Therefore, 'sectorial goals for health face insuperable barriers, which result from the model of development of the country, as those observed in the current configuration of the public and private sectors. The worsening of the current crisis forces those who defend health as a universal right to face the contradictions in this scenario of development established for the country, or else the models that impose real limits to the sanitary reform project will be crystallized.

The urgent need to readdress a political agenda for the sanitary reform should try and update its goals and strategies and build new consensus, as well as social and political arrangements in order for it to be sustained. CEBES has tried to motivate this debate in order to contribute with the revitalization of the sanitary movement and with the critical reflection about our country, which should be conducted in terms of political economy. From this process, it is expected that new alternatives of transformation for our economy can come up, and, at the same time, cause changes in politics and in the current relations of power in the society.

It is proper to revisit the first political document made by CEBES *The democratic issue of health*, in which we state that health should be a universal right, within the context of social rights, and it also should be established as a condition for citizenship, thus being part of the very concept of development. So, the right to health was inserted in the Federal Constitution as a result of the articulation between economic and social policies for the collective well-being.

Contemporaneously, no country can be considered as developed while the health conditions of the population are precarious. The defense of a broad view of health as a social right constitutes a premise, also ethical, to define the just and adequate development for the country. So, it is deceitful to support arguments that connect economic growth and public responsibilities towards

health, and also to justify universal policies and costs with health. False dilemmas, which were overly spread in the past and based on a restricted economic dimension, are no longer admitted.

In the proposed exercise to update the health agenda, the following question is basic: what is the difference between the liberal agenda and the sanitary reform agenda? The answer to the question should take into account that nowadays health counts on the sympathy and interest of many sectors of society, and even the liberals defend that health is a 'right' and the presence of the Brazilian National Health System (SUS) as a public policy. This situation creates 'apparent' points of convergence between the liberals and the ideals of sanitary reform that should be analyzed separately, especially concerning the subject of 'health and development'.

To separate the good from the bad, once again it is worth to consider the aspects of the relation between health and economy and the model that has been adopted in Brazil: the flawed offer of services in the market and the adoption of low cost technologies that justify the focus on primary care and in the local context. It is the poor quality of SUS that cannot compete with the private health market, addressed to low income groups and populations.

The liberal agenda reinforces health as an individual right, and such themes are 'equally' compatible with the liberal ideal of the countries, academic institutions and international organs that are part of the central world hegemony of capitalism. However, the relation between health and development is not restricted to being an element that constitutes social or individual basic rights. Health also creates an indirect effect on economic growth, which is a result of its social dimension. This implies the improvement of the workers' life conditions and the general environment for investments.

In this perspective, the reasons to invest are strengthened when health is incorporated as an indirect factor for growth. However, we cannot restrict the debate about health and development to the dimension of necessary resources and to the size of the state and the market to provide goods and services and to finance.

The group of dimensions we present here should compound the defense of health, even in mobilizations — which are definitely necessary — for more financing and for the effective action of the State. It should be compatible with the collective needs and demands of health and quality of life.

Health is much more than a generic factor in economic production functions when it is related with the economic growth. That is why the updated health agenda should incorporate analyses that consider historical and structural aspects of our society. Our slave and colonial past is also responsible for the compliance of an unequal society allied to the culture of prejudice, discrimination and the natural view over social exclusion.

The insertion of the country into the international plan is related to the asymmetric characteristic of technical, knowledge and learning progresses. In this dimension, once again there is a separation between the liberal view and the developmental thinking, referring to its different political and ideological aspects, including the thoughts on the sanitary reform. The articulation between health

and development demands deep structural changes in our society, economy and politics — and this perspective shows the relevance that tells the difference between necessity and a health political economy.

Because of this need, questions about the real health conditions of a people who live in such a poor, dependent, unequal country, with no access to knowledge, poor work conditions and no ability to learn, are clear for the sanitary reform agenda — even if this country has improved some classic health indicators.

Health as quality of life leads to the thought of its structural connection with economic development, equity, environmental sustainability and political mobilization of society. Therefore, it plays an essential role in the discussion of a social and economic model of development. The health agenda should go beyond the sectorial debate to effectively enter the discussion to define the pattern of the Brazilian development.

In order to update this agenda, the Brazilian development in the past few decades should be considered, which has been characterized by the substitution of importation, leading to high rates of growth in the world, but inciting social and regional inequities, with no technological formation throughout this period.

More than that, we have to think about one more question to guide our reflection: how should we advance in a political project for health in the context of Brazilian capitalism, which cannot sustain itself, excluding from the social point of view and dependent in relation to knowledge and ability to innovate?

The National Board

Apresentação

Os períodos eleitorais sempre nos mobilizam a refletir não apenas sobre a situação da saúde em nossas cidades, em nossos estados, em nosso país, mas sobre todos os aspectos da política. Desde a sua criação, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) vem dando contribuições ao debate, produzindo ideias que possam ajudar os cidadãos nesse importante momento.

Esta edição traz algumas contribuições, seja para os eleitores, seja para os candidatos. O documento “Radicalizar a democracia para garantir o interesse público na saúde: o CEBES nas eleições municipais de 2012” exorta os candidatos a cumprir o artigo 196 da Constituição Federal, que afirma:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Estas eleições, como já antecipado em nosso Editorial, devem servir para que o movimento sanitário retome urgentemente uma agenda atualizada para a reforma sanitária. Acreditamos que nosso Editorial, somado ao documento das eleições e ao artigo de opinião de Sonia Fleury, além dos demais textos contidos nesta revista, possa servir de dispositivo disparador para tal propósito.

Como informamos no número anterior, as capas deste ano são inspiradas em importantes expressões da cultura brasileira, numa referência à ideia de que cultura é saúde e vida em seu sentido mais amplo. Cada número recupera uma tradição cultural de nosso país; e este tece homenagem às festas juninas, às quadrilhas, às bandeiras...

Boa leitura!

Paulo Amarante
Editor Científico

Electoral periods always lead us to reflect not only about the health situation of our cities, our states, and our country, but also about all aspects of politics. Since its creation, *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde* (CEBES) has contributed with the debate, producing ideas that can help citizens in this important moment.

This issue brings contributions both for the electors and the candidates. The document *Radicalizing democracy in order to ensure the public interest on health: CEBES in the city elections* encourages candidates to work according to article 196 of the Brazilian Constitution, which states:

Health is a right to all and the state's obligation, made sure by social and economic policies that aim to reduce the risk of disease and other implications and also to provide universal and equal access to actions and services for its promotion, protection and recovery.

These elections, as mentioned in our editorial, should be useful for the sanitary movement to urgently retake an updated agenda for the sanitary reform. We believe that our editorial, together with the document of the elections and the opinion article by Sonia Fleury, besides other texts in this issue, may be a triggering device for such purpose.

As informed in the previous issue, the covers of this year are inspired in important expressions of the Brazilian culture, referencing the idea that culture is health and life in its broader meaning. Each issue recovers one cultural tradition of our country; and this one pays a tribute to the typical festive celebrations of June in Brazil, the famous 'hillbilly parties'.

Enjoy your reading!

Paulo Amarante
Scientific Editor

Judicialização pode salvar o SUS

Judicialization can save SUS

Sonia Fleury¹

¹Doutora em Ciência Política pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora Titular da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas (EBAPE/FGV) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Coordenadora do Programa de Estudos da Esfera Pública (PEEP) da EBAPE/FGV – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. sonia.fleury@fgv.br

Desde que a saúde se transformou em um direito universal e um dever do Estado (Art. 196 da CF/88), a dimensão jurídica da cidadania passou a ser progressivamente incorporada ao setor que antes se orientava apenas por pressupostos técnico-científicos e administrativos, na forma de organização e oferta dos serviços. O fato de a Constituição assegurar a integralidade do atendimento, mesmo que com prioridade para as atividades preventivas (Art. 198) tornou-se o principal argumento para que as necessidades insatisfeitas dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) se transformassem em demandas judiciais.

Ainda que o direito moderno traga implícita a utopia democrática da igualdade, como nos ensina Gramsci em *Maquiavel* (1980), a cidadania, como status jurídico e político a ser consolidado em cada situação concreta, é também o espaço de lutas pela democratização da esfera pública e do Estado. Ao assumir a saúde como direito universal de cidadania, sem requisitos de contribuição prévia ou prova de incapacidade, o seu exercício passa a depender das necessidades dos indivíduos e das condições asseguradas pelo Estado para que o direito na lei se transforme em direito em exercício. Estas condições dependem das relações entre as forças sociais presentes na conjuntura.

O fato de o SUS ter sido implantado em condições financeiras adversas, até hoje não superadas, certamente impede a distribuição igualitária de serviços de qualidade, de forma que a população sinta-se segura no usufruto deste direito. Esta contradição entre o texto legal e a realidade institucional é responsável pela chamada judicialização da política. Assim, se antes a arena da política de saúde incluía apenas o Executivo e o Legislativo pelo lado do Governo, cada vez mais o Judiciário passa a ser atuante neste campo, além do papel regulador desempenhado pelas Agências do setor no controle do mercado.

A judicialização das políticas diz respeito ao uso do recurso judicial como forma de exigibilidade do direito, denegado na prática das instituições responsáveis. A tutela judicial pode ser tanto de caráter individual para acesso a bens e serviços (interposta por juízes ou defensoria pública) quanto com tutela coletiva, pelo Ministério Público, dos direitos sociais não individualizáveis e da probidade administrativa.

Não há dúvidas que a judicialização decorre do aumento da democracia e da inclusão social, representados pela posituação dos direitos sociais e pela difusão da informação e da consciência cidadã. No entanto, também é fruto das debilidades do Legislativo, ao manter a indefinição do arcabouço legal, e do Executivo, por atuar na ausência de definição de normas ou parâmetros que impeçam as instituições estatais, por serem tão precárias, de se responsabilizar pela peregrinação (FLEURY, 2011)

dos usuários em busca da atenção, como expressão do contra-direito (FOUCAULT, 1977) à saúde.

A discussão sobre a possibilidade de que o deslocamento dos conflitos desde a representação política para o judiciário comprometa a democracia está baseada em dois argumentos. Por um lado está a separação de poderes como cláusula pétrea do funcionamento ideal do Governo; por outro, a suposição de que no Legislativo os conflitos possam ser transacionados, enquanto no Judiciário serão tratados por meio de uma sentença (RUIVO, 1994). Estes argumentos enfrentam forte oposição de outra corrente teórica, que vê como democratização a etapa atual, na qual a pluralidade de pontos de vista e a circularidade entre os poderes introduziram novos canais de comunicação e negociação (NEVES, 2012). Da mesma forma, vê na exigência de condições substantivas de exercício dos direitos a essência da democracia.

A judicialização da saúde no Brasil foi vista até agora como uma interferência indevida sobre a capacidade de planejamento e ação do Executivo e também como uma ameaça à ação dos gestores locais, fruto do hiperativismo da procuradoria. No entanto, creio que esta fase está sendo superada e defendo que a judicialização é, hoje, a maior aliada ao SUS.

O parâmetro para a ação virtuosa dos vários poderes no campo da saúde deve ser decorrente da própria natureza dos direitos sociais, que envolvem a equiparação frente às desigualdades, o respeito, o reconhecimento das diferenças e a progressividade nas fontes de financiamento e na redistribuição dos recursos (ABRAMOVICH; COURTIS, 2006). As obrigações estatais de respeito aos direitos e garantias de sua satisfação somam-se à proteção contra a ação de terceiros que torne vulnerável o seu exercício.

A prática tem indicado que, ao invés de combater a judicialização, deve-se buscar evitar que ela se transforme em fonte adicional de iniquidade, parâmetro que sustenta o direito e administração pública. Não se aplicou, portanto, à sua fase inicial, orientada pelo princípio do direito subjetivo, de caráter individual, mas cujo acesso diferencial à justiça já máscula a sua universalidade e impede a racionalização das práticas administrativas (FERRAZ; VIEIRA, 2009; BORGES; UGÁ, 2010; CHIEFFI; BARATA, 2009; PEPE *et al.*, 2010).

Assim, é imprescindível reconhecer a existência de uma hierarquia entre a cotitularidade inerente aos direitos sociais e coletivos e a titularidade individual, ou direito subjetivo público, que termina por atomizar o social ao reproduzir e amplificar as iniquidades (LINS, 2008; MENICUCCI; MACHADO, 2010). Tendências contrárias baseadas na reserva do possível também devem ser totalmente descartadas, já que tornam a democracia impossível ao subordinar os direitos sociais à lógica de acumulação financeira, drenando os recursos públicos por meios de juros da dívida.

A redução sistemática da contribuição da União para o SUS faz parte deste problema, e mereceria apelação à Corte Interamericana por infração praticada por país signatário da Convenção Americana de Direitos Humanos de 1969, cujo artigo 26 afirma que os governos assegurarão a progressividade dos direitos econômicos, sociais e culturais (PINTO; FLEURY, 2012). No entanto, essa progressividade vem sendo substituída por uma tendência minimalista — no nosso caso, reducionista —, evidente no cenário internacional com a adoção da Iniciativa do Piso de Proteção Social (PPS), impulsionada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT – Recomendação 202), já assinada por vários países, inclusive o Brasil, e referendada expressa no Relatório da Conferência Rio+20 (item 156, 2012). Estas duas convenções internacionais firmadas pela nossa nação, uma delas propugnando o gasto progressivo com os direitos sociais e a outra se conformando ‘temporariamente’ com os pisos mínimos, estão em fragorosa contradição, merecendo a atenção de nossos juristas.

Mais recentemente, despontou a tendência a buscar o que denominei uma ‘exigibilidade pactuada’, caracterizada pela procura da defesa dos direitos de uma forma conjunta entre os poderes, ouvidos também a população e especialistas. Dedicadas ao aprofundamento do tema ‘saúde’, proliferaram iniciativas como audiências públicas no Superior Tribunal Federal (STF), Comissão de Saúde no Conselho Nacional de Justiça (CNJ), sessão especial no Conselho de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana, especialização de promotores que atuam em saúde, formação universitária em direito sanitário, comissões e câmaras técnicas em vários níveis de Governo, envolvendo pessoal do Executivo e do Judiciário.

Também já se ampliam medidas para a criação de defensorias públicas nos serviços de saúde conectadas às já existentes, porém pouco eficazes, Ouvidorias, bem como de Câmaras Técnicas envolvendo membros das Secretarias de Saúde e do Ministério Público em busca de critérios comuns de ação (TEIXEIRA, 2011). Com base em estudos epidemiológicos, protocolos clínicos, normas de incorporação tecnológica, entre outros, são tomadas, coletivamente, decisões sobre a alocação dos recursos, definição de parâmetros de eficácia e qualidade, e progressividade nas metas.

Esta defesa do interesse público na saúde tem superado a fase da anterior, caracterizada pelo aumento exponencial com gastos de medicamentos, estranhos à lista do SUS, que terminou por gerar uma situação de insegurança para os gestores municipais, potenciais réus de toda falha do sistema. Ainda que a saúde seja uma competência comum aos três níveis de Governo, a ausência de regulamentação do Art. 23 da CF/88, deixou o problema à deriva, terminando por criminalizar o gestor local. Só agora a Justiça definiu a responsabilidade comum dos três níveis de Governo, o que permitirá que a responsabilidade solidária seja cobrada judicialmente.

Já começamos a ver medidas judiciais que não estão voltadas para a compra de um medicamento exótico, mas para exigir do gestor que seja organizada uma central para leitos nas UTIs, o que mostra a importância da tutela coletiva na defesa do direito à saúde.

Está na hora de apoiar a judicialização que garanta a tutela coletiva do direito à saúde, ainda mais quando este se encontra ameaçado com as constantes investidas de interesses privados no interior do sistema público.

Inúmeras questões mereceriam uma abordagem judicial, e esta lista tende a aumentar na medida em que uma parcela cada vez maior dos gestores públicos se afasta dos princípios da administração pública no manejo dos recursos do setor. A introdução da lógica de mercado na gestão dos serviços, seja por meio da contratação de Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) ou de Parceria Público-privada (PPP), tende a distorcer o direito à saúde nos termos constitucionais que asseguram a existência de um sistema único, descentralizado

e participativo. A naturalização da coexistência do público e privado em defesa da sua junção em um Sistema Nacional de Saúde, como começa a ser defendida, ignora que este privado foi criado por política pública durante a ditadura e evoluiu nos braços dos contratos e subsídios governamentais.

A ideologização desta parceria não pode negar este fato e seus efeitos no descaso com que carreiras e serviços públicos têm sido tratados. Basta verificar o valor total dos gastos em saúde em Estados e Municípios para perceber que a opção preferencial de muitos tem sido pela compra fora do setor público. Está em curso o desenho de um modelo de Estado que não é mais provedor ou gestor, é apenas comprador. Sem investimentos, sem servidores, com muitos contratos. Um Estado sem cidadãos, porém com muitos consumidores.

As medidas de introdução da gestão privada e/ou da construção de serviços por privados no SUS têm reduzido a transparência na gestão, introduzindo medidas de tratamento diferencial a pacientes de seguros, o que fere o princípio da isonomia (artigo 37) na administração pública, além de criar privilégios para exploração empresarial em serviços de relevância pública (patentes, contratos diferenciados do tratamento dado aos órgãos públicos), favorecendo a precarização das relações de trabalho em serviços essenciais como atenção primária.

Enfim, esta lógica, que por um lado afirma a minoridade dos pisos dos direitos sociais e por outro atribui ao setor privado condições mais favoráveis para uma gestão exitosa, certamente terminará por destruir as garantias ao direito universal à saúde, nos termos em que foi constitucionalizado. Por isso, bem-vinda a judicialização, que poderá salvar o SUS das ameaças atuais de retrocesso, claramente colocadas no cenário nacional e internacional.

Não poderia deixar de acrescentar a minha satisfação com a decisão da segunda turma do STF (Supremo Tribunal Federal), em favor da ação do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, exigindo o fim das relações trabalhistas de 9.500 profissionais da área de saúde terceirizados, que trabalham em clínicas da família, UPAs e hospitais municipais. O STF deferiu a ação movida pelo Sindicato, apoiando-se no voto do Ministro Cezar

Peluso, dado em agosto, antes de sua aposentadoria, ao afirmar que

os cargos inerentes aos serviços de saúde, prestados dentro de órgãos públicos, por ter característica de permanência e de caráter previsível, devem ser atribuídos a servidores admitidos por concurso público (O GLOBO, 2012).

Desta forma, mesmo que o governo municipal queira usar um gestor privado, este não poderá ter funcionários terceirizados, corroborando minha tese de que a judicialização colocada como tutela coletiva será imprescindível para salvar o SUS da privatização que alguns gestores preconizam, como forma de resolver seus problemas imediatos, mesmo que isto represente um dano ao maior bem público que construímos, que é o SUS. ■

Referências

- ABRAMOVICH, V; COURTIS, C. *El umbral de La ciudadanía: el significado de los derechos sociales en el Estado social constitucional*. Buenos Aires: Editorial Del Puerto, 2006.
- CHIEFFI, A.L.; BARATA, R. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, ago. 2009, p. 1839-1849.
- CONFERÊNCIA RIO + 20: The Future We Want. 2012. Rio de Janeiro.
- FERRAZ, O.L.M.; VIEIRA, F.S. Direito à Saúde, Recursos Escassos e Equidade: Os Riscos da Interpretação Judicial Dominante. *DADOS-Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 223-251, 2009.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 1977, 280p.
- FLEURY, S. Desigualdades injustas: o contradireito à saúde. *Psicologia e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 23, n. especial, p. 45-52, 2011.
- GRAMSCI, A. *Maquiavel, a Política e o Estado Moderno*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira. 1980
- LINS, L.C. A tutela inibitória coletiva das omissões administrativas: um enfoque processual sobre a justiciabilidade dos direitos fundamentais sociais. *Revista Direito do Estado*, Rio de Janeiro, n. 12, out-dez. 2008, p. 223-261.
- MENICUCCI, T.M.G.; MACHADO, J.A. Judicialization of Health Policy in the Definition of Access to Public Goods: Individual Rights versus Collective Rights. *Brazilian Political Science Review*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 2010, p. 33-68.
- NEVES, M. *Entre Têmis e Leviatã: Uma Relação Difícil*. 3. ed. Rio de Janeiro, Martins Fontes, 2012.
- O GLOBO. *STF decide que município não pode ter terceirizados na saúde*. 2012. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/rio/stf-decide-que-municipio-nao-pode-ter-terceirizados-na-saude-6169182>>. Acesso em: 23 set. 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Organização Internacional do Trabalho. *Piso de proteção social para uma globalização equitativa e inclusiva*. Relatório do Grupo de Trabalho. Genebra: OMS, 2011.
- PEPE, V et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010, p. 2405-2414.
- PINTO, E.G.; FLEURY, S. Custeio do direito à saúde: em busca da mesma proteção constitucional conquistada pelo direito à educação. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 13, n. 1, 2012, p. 54-80.
- RUIVO, F. Aparelho judicial, Estado e Legitimação. In: FARIA, J.E. (org). *Direito e Justiça: A Função Social do Judiciário*. 2. ed. São Paulo: Ática; 1994, p. 66-94.
- TEIXEIRA, M.F. *Criando alternativas ao processo de judicialização da saúde: o sistema de pedido administrativo, uma iniciativa pioneira do estado e município do Rio de Janeiro*. 2011. 75f. Monografia (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

Universalidade e a acessibilidade ao SUS: o olhar sobre os jovens catadores de lixo em situação de rua de Brasília (DF)

The universality and accessibility to SUS (Brazilian Public Health System): a glance at the young and homeless 'garbage-diggers' at the Federal District

Regina Célia Paz da Silva Ramos¹, Andrea de Oliveira Gonçalves², Rodrigo de Souza Gonçalves³

¹Mestra em Administração pelo Centro Universitário Euro-Americano (UNIEURO) – Brasília (DF), Brasil. Assessora na Secretaria das Relações Institucionais – Brasília (DF), Brasil. reginappaz@gmail.com

²Doutora em Integração da América Latina pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professora, Pesquisadora e Coordenadora do Grupo de Pesquisa Gestão de Serviços Públicos de Saúde do Programa de Pós Graduação em Administração (PPGA) da Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil. andreagon@unb.br

³Doutor em Ciências Contábeis pela Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil. Professor do Programa Multi-institucional e Inter-regional de Pós-graduação em Ciências Contábeis UnB/Universidade Federal da Paraíba (UFPB)/Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Brasília (DF), Brasil. Professor permanente e Membro do Grupo de Pesquisa Gestão de Serviços Públicos de Saúde do Programa Multi-institucional e Inter-regional de Pós-Graduação em Ciências Contábeis da UnB – Brasília (DF), Brasil. rgoncalves@unb.br

RESUMO Apesar da saúde no Brasil ser um direito constitucional, a população em situação de rua encontra grandes dificuldades de acesso a essa garantia. Tais dificuldades apresentam-se desde a falta de documentos para acessar os serviços públicos de saúde e muitas vezes pela falta de conhecimento para acessar os serviços. Este artigo apresenta uma análise sobre as condições de saúde e doença que levam Jovens Catadores de Lixo em Situação de Rua (JCLSR) a acionarem os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), no Distrito Federal. Trata-se de estudo qualitativo, com a realização de entrevistas em profundidade e observação participante. Os resultados apontaram que os JCLSR acessam os serviços do SUS apenas em situações de emergência, e no tocante o Estado, os serviços prestados limitam-se em ensinar práticas higienistas, com objetivo de manutenção da ordem na capital do País.

PALAVRAS-CHAVE: Acesso aos Serviços de Saúde; Cobertura Universal; Sistema Único de Saúde; Brasil.

ABSTRACT *Even though health in Brazil is a constitutional right, it is difficult for the homeless population to access health services. These difficulties can include the lack of documents or even life conditions. This article presents a qualitative analysis of the lack of health conditions that make Young and Homeless 'Garbage-Diggers' (YHGD) search for the Brazilian Public Health System (SUS) in the Federal District. Data were collected on in-depth interviews and systematic observation. The results showed that the YHGD access SUS health services only for emergencies. Assessing the health system structure in the country, the services provided are limited to teaching good hygiene practices, aiming only the basic health maintenance in the country's capital.*

KEYWORDS: *Health Services Accessibility; Universal Coverage; Unified Health System; Brazil.*

Introdução

O surgimento do segmento da população em situação de rua está associado, no Brasil, ao acelerado processo de urbanização/industrialização que emergiu a partir dos anos de 1930, intensificado nos anos 1980. Esse fato faz com que a população brasileira tenha contato com um fenômeno social: pessoas morando nas ruas, especialmente nos grandes centros urbanos, quando, homens, mulheres e crianças passaram a ser ‘incorporados à paisagem’.

As razões para tal fenômeno são muitas e complexas, apresentando desde os problemas de saúde, desemprego, falta de moradia, falta de creches, falência do sistema educacional, violência, até alcoolismo. Apesar da Constituição Brasileira, no seu artigo 196 afirmar que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988), a população em situação de rua encontra grandes dificuldades para ver isso garantido. No que se refere aos dados acerca dessa população, segundo pesquisa do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, estima-se 25 mil pessoas vivendo nas ruas das grandes cidades brasileiras (BRASIL, 2008a). Desse total, 80% são homens entre 25 e 60 anos, sendo que cerca de 60% é de cor parda ou preta. No entanto, é fato a inexistência de dados censitários oficiais gerais e específicos sobre essa população que se encontra entre 15 e 25 anos.

O presente trabalho tem como tema central a Juventude em Situação de Rua, o acesso aos serviços de saúde e os programas para esse segmento no quadro do Sistema Único de Saúde (SUS). O recorte empírico foi delimitado em um grupo de jovens catadores de lixo em situação de rua de Brasília (DF), da Região Administrativa I (RA-I). Esse recorte teve como premissa a compreensão da gestão das políticas públicas atuais, no sentido de identificar processos que ratificam o acesso e a universalidade da política de saúde, como o exercício da cidadania.

Então, se do ponto de vista do setor Saúde, o direito à cidade em grande medida se confunde com o direito à saúde, entendida como qualidade de vida, ou seja, o acesso regular a condições dignas de moradia, trabalho, transporte, alimentação, educação, etc., e a ações integrais de saúde, a ausência desses determinantes desencadeiam problemas de saúde pública.

Como forma de analisar essas questões, este artigo descreve se a situação de vulnerabilidade social definidora da situação social dos Jovens Catadores de Lixo em Situação de Rua (JCLR) determina e/ou compromete a qualidade de acesso aos serviços do SUS. Trata-se de resultados de pesquisa exploratória com abordagem reflexiva (MELUCCI, 2005).

No seu conjunto, este artigo está organizado em três seções. A primeira — fundamentação teórica — traz uma síntese do processo político ao longo do qual foi estruturado o SUS brasileiro. Em seguida, são apresentadas políticas públicas, com foco no acesso e na universalização da saúde, bem como dois conceitos estruturantes: a juventude à luz da teoria das gerações e a questão da vulnerabilidade. A segunda seção do artigo apresenta o percurso metodológico que contempla a abordagem reflexiva enquanto metodologia qualitativa. E na terceira seção apresentam-se os resultados e discussões, bem como as conclusões do artigo.

Programas e Políticas Transversais de Saúde

A Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria GM/MS nº 648/de março de 2006, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, tanto no âmbito individual como coletivo. Objetiva a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. O documento propõe para efetividade das ações, a necessidade de considerar as especificidades e particularidades que compõem a população brasileira. Pode-se afirmar que “é o contato preferencial dos usuários do sistema de saúde”. (BRASIL, 2006a, p. 10). Dessa forma, os princípios da universalidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilidade, da humanização, da equidade e da participação são pressupostos para a sua prática, uma vez que, a política considera o sujeito/usuário em sua singularidade, na integralidade e na inserção socio-cultural, para, a partir daí, construir a promoção da saúde (BRASIL, 2006a). Para viabilizar suas ações, o Programa Saúde da Família é sua principal estratégia, na organização desses serviços.

Essa Política apresenta seis fundamentos: (1) possibilita o acesso universal; (2) efetiva a integralidade das ações em seus vários aspectos; (3) desenvolve relações de vínculos e responsabilidade entre as equipes e a

população adscrita garantindo continuísmo; (4) valoriza os profissionais com estímulos e acompanhamento de sua formação; (5) realiza avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados; (6) estimula a participação popular e o controle social.

No que diz respeito à Política Nacional de Promoção da Saúde, esta foi implantada por meio da Portaria nº 687 de março de 2006, em consonância com as diretrizes operacionais do Pacto Pela Saúde nos seus componentes: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, firmado nas três esferas de governo (BRASIL, 2006b). Dentre as macroprioridades do Pacto pela Vida estão o aprimoramento ao acesso e da qualidade dos serviços prestados pelo SUS com ênfase na estratégia Saúde da Família, a promoção de informações, a realização de atividade física, o controle do tabagismo e ao uso abusivo de bebidas alcoólicas, e os cuidados especiais voltados para o envelhecimento. Todas essas medidas são estratégicas para ratificar a importância do SUS enquanto política pública.

Essas estratégias foram sistematizadas com objetivo de responder às demandas crescentes da sociedade brasileira, frente às mudanças desencadeadas com o processo de urbanização tardia¹, o qual provocou transformação na sociedade, na saúde e conseqüentemente nos problemas sanitários. Nesse contexto, nas últimas décadas, tornou-se mais importante

cuidar da vida de modo que se reduzisse a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que ele seja produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e população (BRASIL, 2006b, p. 9).

Essa constatação comprovou que o processo saúde-adoecimento é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da organização da sociedade em determinado contexto histórico. Isso ocorre quando o acervo biomédico não consegue modificar os condicionantes nem os determinantes de saúde².

Então, essa política tem como objetivo geral

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes: modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. (BRASIL, 2006b, p. 17).

No que concerne à Saúde do Adolescente e do Jovem, essa Política compete ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPE), que articula diferentes programas de Saúde, no sentido de respaldar orientações para execução de ações nos Estados, Municípios e Distrito Federal.

A Área Técnica em Saúde dos Adolescentes e Jovens tem como objetivo responder às demandas em saúde, na elaboração de ações, programas e políticas para essa população. Alguns dados divulgados pelo Ministério da Saúde (MS) ratificam essa necessidade como, por exemplo, 23% dos partos realizados, em 2007, foram entre jovens de 15 e 19 anos; 19% de atendimentos por maus tratos foram de jovens entre 10 a 19 anos; segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN), 80% de casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), nos anos de 2000 a 2006, foram de adolescentes e de jovens. Procede, então, uma reflexão de Lamare (2009), no sentido de modificar o pensamento de que jovens são saudáveis e não precisam visitar os serviços de saúde.

Nesse contexto, o MS adotou a noção de vulnerabilidade para enfrentar as diversas situações de riscos que envolvem essa faixa etária. Na concepção do SUS, a vulnerabilidade significa

a capacidade do indivíduo ou do grupo social de decidir sobre sua situação de risco, estando diretamente associada a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos econômicos e biológicos. (BRASIL, 2005, p. 9).

¹Urbanização tardia: refere-se ao processo de urbanização nos países subdesenvolvidos intensificados a partir do século XIX, produzindo alterações significativas na vida em sociedade (Brasil, 2006b).

²Determinantes sociais de saúde (DSS) são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou "as características sociais dentro das quais a vida transcorre" (Tarlov, 1996). TARLOV, A. Social determinants in health: the sociobiological translation. In: Blone, D.; Brunner, E.W. (orgs). *Health and Social Organization*. Londres, Routhledge, 1996. p. 11-43.

Essa definição confirma a concepção do homem plural, constituído na sua diversidade, especificidade e diferenças, que vai ao encontro com a universalidade do sujeito.

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), reconhecidamente um instrumento de gestão, tem como princípios e diretrizes a reafirmação dos pressupostos da Constituição Federal (CF) quanto ao direito universal à saúde e responsabilidade do Estado, como: universalidade, equidade, integralidade e participação social, bem como promover a inclusão social de populações específicas, visando a equidade no exercício do direito à saúde (BRASIL, 2009a).

Por fim, a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua e o Plano Operativo de Saúde é um dos resultados dos trabalhos realizados pelo Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), instituído por meio do Decreto nº 206/2006, publicado no Diário Oficial da União. Sua criação teve como principal objetivo elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas para a inclusão social da população em situação de rua (BRASIL, 2008b). Ao utilizar a pesquisa intitulada Pesquisa Nacional Censitária e por Amostragem da População em situação de Rua Adulta³, partiu-se da premissa de que há tendências de maior concentração de pessoas em situação de rua nos Municípios mais populosos e nas capitais dos Estados. A pesquisa aconteceu em 71 municípios, sendo 23 capitais, que trouxe no seu bojo a possibilidade da construção de uma rede de proteção social efetiva e plena de direitos. Como resultado, foram identificadas 31.922 pessoas, maiores de 18 anos, em situação de rua, que somados às pesquisas já realizadas em Belo Horizonte (MG), São Paulo (SP), Recife (PE) e Porto Alegre (RS), totalizou-se o número de 50 mil pessoas incluindo o Distrito Federal - DF. Então, a pesquisa apontou que 0,061% da população das cidades pesquisadas encontram-se em situação de rua no Brasil.

Atualmente, tanto a Política, como o Plano Operativo, encontram-se em fase de validação

institucional. Contudo, é bom lembrar que algumas ações estão em processo de implantação/implementação em diferentes Estados/Municípios do País.

O documento final da Política Nacional foi estruturado em três partes: a contextualização e caracterização da população em situação de rua, baseada na Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua; seguida pelos Princípios e Diretrizes, pressupostos que irão nortear as ações; e a Agenda Mínima com as Ações Estratégicas, esta, sob a coordenação dos diferentes setores e ministérios envolvidos (BRASIL, 2008b). A Política tem como objetivo geral abarcar questões essenciais concernentes à parcela da população que faz das ruas seu espaço principal de sobrevivência e de ordenação de sua identidade (BRASIL, 2008b). De acordo com o documento, a relação com a rua ocorre

segundo parâmetros temporais e identitários diferenciados, vis-à-vis os vínculos familiares, comunitários ou institucionais presentes e ausentes (BRASIL, 2008b, p. 3).

Nela a condição de expulsão, desenraizamento e privação foi definida como ‘um trinômio da exclusão’, muito bem teorizado por Castel (1998). Então, na perspectiva de reversão das visões estigmatizadas da sociedade e do Estado, restringindo historicamente a intervenções assistencialistas, paternalistas, autoritárias e de ‘higienização social’, é que o atual governo propôs a referida Política Nacional. Trata-se, portanto, do esforço contextualizado por estabelecer diretrizes e rumos que possibilitem a (re)integração dessas pessoas a redes familiares e comunitárias, o acesso integral aos direitos garantidos aos cidadãos brasileiros, o acesso a oportunidades de desenvolvimento social pleno (BRASIL, 2008b).

As estratégias operacionais, as ações, os princípios e as metas apresentadas na Política estão em consonância com o Plano Plurianual (PPA) 2008–2011, que garante os recursos. A partir do PPA 2008–2011, foi eleito como problema 1, a “dificuldade de acesso e exclusão social da população em situação de rua na

³Pesquisa Nacional Censitária e por Amostragem da População em Situação de Rua Adulta. Dos critérios definidos, a amostra apresentou: pessoas com 18 anos de idade completos ou mais, de 71 municípios, sendo 23 capitais e 48 municípios com população superior ou igual a 300.000 mil habitantes. A base de dados utilizada para essa seleção foi o DATASUS do ano de 2004.

atenção integral à saúde” (BRASIL, 2009b, p. 3). As metas apresentadas devem constituir ferramentas para o enfrentamento e superação das desigualdades de acesso dessas populações aos serviços do SUS. Segundo registro no documento, as metas apresentadas deverão ser atingidas em dois anos, e que as mesmas se articulam de forma a incidirem sobre os fatores condicionantes e determinantes das condições de saúde dessa população. Então, se as ações forem realizadas de forma intra e intersetorial com a transversalidade no desenvolvimento, poderão impactar afirmativamente na situação de saúde dessas populações (BRASIL, 2009b).

Juventude em situação de rua – privação social

No que se refere ao conceito de juventude, de acordo com as concepções de Abramo e Branco (2005), a juventude deve ser entendida como categoria social, desprovida de visões estereotipadas e romantizadas, que se torna ao mesmo tempo uma representação sociocultural e uma situação social. Caracteriza-se pela condição de protagonista; essa que vem eivada de sentido político, que reflete tensões criadas entre a ‘condição’ e a ‘situação’ em que vivem os jovens, o que traz a compreensão da pluralidade de conceitos de vivências das juventudes no plural, ao invés de juventude como conceito monolítico e único.

Rosa, Secco e Brêtas (2006), apresentam um estudo que ratifica a situação de precariedade de moradia da população em situação de rua, uma vez que, utilizam a rua como lugar de trabalho e moradia. De acordo com eles, os indivíduos que vivem cronicamente nas ruas ou em albergues, desenvolvem, nesses ambientes, todos os aspectos de sua vida cotidiana, estando sempre em estado de extrema pobreza, não identificando, dessa forma, uma moradia fixa.

Em um estudo apresentado no ano de 2008, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) analisa a juventude a partir de duas abordagens. A primeira delas trata-se de uma visão do jovem a partir dos ‘problemas’ típicos dos jovens, como a delinquência, o comportamento de risco frente ao espaço físico e a drogadição, o que demandaria da sociedade atual, ações de enfrentamento, contextualizada com a inserção da juventude como categoria sociológica específica. Dessa forma,

impõe a identificação dos jovens como grupo prioritário sobre o qual deveriam recair as ações de controle social, promovidos pela sociedade e pelo poder público (IPEA, 2008).

A outra abordagem refere-se à juventude como fase transitória, exigindo esforços no sentido de condução para a vida adulta com a socialização, onde a escola, a experimentação afetivo-sexual, a entrada no mercado de trabalho, a constituição do domicílio próprio, o casamento e a paternidade consolidariam a entrada no mundo adulto, cuja marca seria a estabilidade.

Porém, é importante salientar que essa estabilidade não é uma marca identificada na contemporaneidade, muito menos nos sujeitos da presente pesquisa. Portanto, o que aproxima os JCLSR são os problemas. Isso remete, mais uma vez, às reflexões de Mannheim, para ele, o que define as gerações são os problemas em que esses sujeitos encontram-se inseridos, e não a sua idade cronológica.

No contexto da realidade dos JCLSR, a ‘desordem social’ na qual estão inseridos, deve-se primeiro aos problemas estruturais da sociedade capitalista, problemas esses encarnados no corpo do Estado brasileiro, na maioria das vezes pela ausência de condições de cidadania, tais como moradia, escola, saúde, lazer, emprego. Muitas vezes, o único vínculo que os mantém presos ao sistema organizado é o trabalho de catação de lixo.

Esse é o contexto que deve ser considerado ao buscar entendimento do pensar e agir dos JCLSR em relação ao acesso aos serviços do SUS, uma vez que a população de rua vive em situação de iniquidade em relação à população em geral, no que se refere à situação de privação de direitos.

Operacionalização da pesquisa

Para realização do estudo, optou-se por um método qualitativo com abordagem reflexiva de acordo com Bourdieu (1989) e Melucci (2005). Tratou-se de uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva. Além da literatura que trata do tema, a pesquisa de campo foi subsidiada pelos documentos: Política Nacional de Atenção Básica; Política Nacional de Promoção da Saúde; Saúde do Adolescente e Jovem; Política Nacional de Gestão Participativa; Política Nacional

para a Inclusão Social das Populações em Situação de Rua (PNAIPSR); e o Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde para a População em Situação de Rua. A sistematização dos documentos, realizada por meio de análise documental possibilitou a comparação das políticas públicas. A comparação das políticas públicas de saúde foi agrupada em três dimensões, sejam elas acerca da (1) Transversalidade e Intersetorialidade; (2) Obstáculos da Universalidade; (3) Avanços da Universalidade.

Além da pesquisa documental, o estudo combinou o uso de outras técnicas. A primeira das técnicas foi a observação sistemática, devido o contato direto que se teve com o cotidiano dos JCLSR, objetivando registrar o cotidiano dos atores em seu contexto natural, a partir de sua perspectiva e seus pontos de vista. O período de observação compreendeu entre os meses de agosto a novembro de 2009. Nesse sentido, Goldenberg (1997) diz que a observação direta apresenta uma vantagem metodológica que permite um acompanhamento mais prolongado e minucioso das situações. A observação procurou se pautar nos descritores (1) modo vida; (2) trabalho; (3) saúde e (4) doença.

A outra técnica utilizada foi a entrevista em profundidade, realizada com seis jovens e quatro técnicos, sendo do MS e da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES/DF). O primeiro critério de inclusão dos participantes na pesquisa se deu a partir da observação da frequência dos jovens ao longo do Eixo Monumental e adjacências, sempre pela manhã. Os mesmos foram convidados a participar da pesquisa por meio da técnica «bola-de-neve» (*snowball technique*), cuja amostra limitou-se em seis entrevistados e foi constituída de modo intencional, por meio de referências feitas por pessoas que compartilham ou conhecem outras que possuem as características de interesse da pesquisa (BIERNACKI; WALDORF, 1981). Chegou-se a esse número por constatar que a continuidade resultaria em informações repetidas (*theoretical saturation*)⁴. Os técnicos do MS e da SES/DF foram escolhidos por se tratar de atores estratégicos que atuam diretamente com questões relacionadas à população de rua. O

roteiro das entrevistas foi definido a partir dos principais resultados da pesquisa sobre a população de rua realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social – MDS (BRASIL, 2008b), com os seguintes temas: perfil sociodemográfico; origem; modo de vida; rotina de higiene pessoal; condições de saúde; universalidade do SUS (artigo 196 da Constituição Federal, saúde direito de todos), dever do Estado; acesso a serviços de saúde. As entrevistas com os jovens duraram cerca de 90 min e com os técnicos cerca de 60 min.

Os dados da pesquisa foram analisados a partir dos princípios da análise de conteúdo (GRAWITZ, 1975) na perspectiva reflexiva (BOURDIEU, 1989; MELUCCI, 2005). Autores (QUIVY; CAMPENHOUDT, 1998; GRAWITZ, 1975) colocam que há duas categorias de análise de conteúdo: os métodos quantitativos e os métodos qualitativos. Os últimos são mais intensivos. Objetivam a análise de um pequeno número de informações de base, a presença ou a ausência de uma característica, ou o modo segundo o qual os elementos do discurso estão articulados uns com os outros.

Resultados

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua no Brasil, organizada pelo MDS, em 2008, a população de rua é predominantemente masculina, está numa faixa etária entre 25 a 44 anos, se declara de cor parda (39,1%) e 52% dessa população recebe entre 20 e 80 reais por mês. Trata-se de uma população que não sabe ler e escrever (15%) e que nunca estudou (17%). Cerca de 69% dessa população dorme nas ruas e 35% está nas ruas por conta do alcoolismo ou o uso de drogas. A pesquisa também destaca que 48,6% é portadora de vírus da imunodeficiência humana (HIV)/AIDS e somente procuram os hospitais em caso de emergência (43,8%). O resultado também revela que 88,5% não acessa nenhum programa governamental.

Os resultados dos documentos analisados — Política Nacional de Atenção Básica; Política Nacional

⁴A expressão foi utilizada pela primeira vez no trabalho de GLASER, B.G.; STRAUSS, A.L. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter, 1967.

de Promoção da Saúde; Saúde do Adolescente e Jovem (documentos diversos); Política Nacional de Gestão Participativa; Política Nacional para a Inclusão Social das Populações em Situação de Rua (PNAIPSR); e o Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde para a População em Situação de Rua — sugerem que todas as políticas apresentam características de transversalidade e intersectorialidade, mais destacado para a intersectorialidade, ou seja, há a necessidade de outros setores além do MS para a implementação de programas.

No que tange aos Obstáculos da Universalidade, o maior destaque deve-se à falta de junção do orçamento, dado que inúmeros programas e projetos são apenas tangenciados pelo MS, mas dependem de articulação com outros setores para serem implementados. No tocante aos avanços da universalidade, os resultados sugerem que a participação popular se apresenta por meio da realização de oficinas, seminários e encontros. A síntese dos resultados está demonstrada no Quadro 1.

Os resultados da observação apontaram que a população de rua em Brasília é geralmente de origem nordestina, no qual os jovens catadores vieram com os pais,

e que em sua maioria, são também catadores de materiais recicláveis. A cidade de Brasília abriga três grupos sociais em situação de rua (PEREIRA, 2008). O primeiro é composto por pessoas ou famílias que residem nas cidades satélites, no Entorno do Distrito Federal ou de estados vizinhos. Essa população monta barracos nas ruas da cidade com intuito de receber doações. O segundo grupo é constituído de populações residentes fora do Plano Piloto, mas que vêm a Brasília para trabalhar ou conseguir outro meio de sustento. Finalmente, o terceiro grupo é composto de pessoas que vivem e trabalham nas ruas do Plano Piloto de Brasília.

Esse é o contexto dos catadores de lixo; como precisam, eles moram em Brasília para a coleta e a comercialização do material reciclável. Nessa perspectiva, procuram instalar seus barracos longe das vistas dos transeuntes e, principalmente, do Governo, mas nas proximidades do local onde esse material é encontrado, ou seja, na Esplanada dos Ministérios. Os jovens carregam grandes quantidades de materiais recicláveis, usam tanto a tração humana em carroças por eles construídas ou adaptadas para esse fim,

Quadro 1. **Categorização da Universalidade nas Políticas Públicas de Saúde, no âmbito do Governo Federal, Brasil**

Política Pública	Características da Política Pública	Obstáculos para a Universalidade	Conquistas para a Universalidade
Atenção Básica	Transversalidade Intersectorialidade Intrasetorialidade	Junção de orçamentos Ampliação do orçamento Junção de orçamentos	Ampliação da cobertura no Programa Saúde da Família e Agente Comunitário de Saúde Participação Popular
Promoção da Saúde	Transversalidade Intersectorialidade Intrasetorialidade	Junção de orçamentos Ampliação do orçamento Junção de orçamentos	Oficinas e Seminários de capacitação
ParticipaSUS	Transversalidade Intersectorialidade Intrasetorialidade	Junção de orçamentos Ampliação do orçamento Junção de orçamentos	Participação Popular Portaria instituída Comitês Técnicos Oficinas, Seminários e Encontros
PNISPSR	Transversalidade Intersectorialidade Intrasetorialidade	Junção de orçamentos Ampliação do orçamento Junção de orçamentos	Participação Popular Portaria instituída Comitês Técnicos Oficinas, Seminários e Encontros
Plano Operativo em Saúde para População em situação de Rua	Transversalidade Intersectorialidade Intrasetorialidade	Junção de orçamentos Ampliação do orçamento Junção de orçamentos	Participação Popular Portaria instituída Comitês Técnicos Oficinas, Seminários e Encontros

PNISPSR: Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua.

ou em carroças de tração animal. Entre o processo de segregação do material até a comercialização do material em pequenas cooperativas, os jovens não usam Equipamentos de Proteção Individual (EPI) ou Equipamento de Proteção Coletiva (EPC).

Quanto ao uso dos equipamentos, observou-se que apesar de muitos terem conhecimento, os mesmos não reconhecem a necessidade do uso. No local onde vivem, os espaços invadidos para tal fim, não possuem qualquer tipo de infraestrutura e saneamento básico, apresentando insalubridade em toda parte.

Os resultados das entrevistas em profundidade apontaram que os JCLSR vivem em barracos de lona, muitas vezes próximo ao fogão improvisado, sem constrangimento, transitam ratos. Afirmam ter se acostumado: “eles já acostumaram com a gente e a gente com eles” (entrevistada 5). Ao tratar do tema ‘doença’ de modo geral, eles afirmam que não existem doenças, pois a fala confirma que “não nunca, ninguém teve nada, nadinha, mesmo! [...] a gente não mexe com eles e, eles não mexe com a gente, eles ficam com o nosso resto”. Outra constatação refere-se aos hábitos de organização, de higiene pessoal e coletiva que são comprometidos. Esse contexto se confirma na fala da entrevistada 4, respondendo sobre o local e destino que dão para os descartes oriundos de suas necessidades fisiológicas:

Olha, a gente faz no mato mesmo, por aí! O papel a gente joga no mato mesmo! Quando a gente está menstruada, é mais ruim, mas, também a gente joga no mato. A gente joga tudo no mato. Eles não pega não, o pessoal que recolhe o lixo, não pega, então agente não junta não!”

No que diz respeito ao acesso dos serviços de saúde, na fala dos entrevistados foi possível identificar que tomam regularmente a vacina contra tétano e que só procuram algum Posto de Saúde em caso de emergência, por se considerarem pessoas saudáveis. Entende-se aqui que a concepção de saúde para eles é a ausência da doença, e não a promoção da saúde.

Na visão dos técnicos governamentais, percebe-se que ao longo do processo de construção da Política Nacional de Inclusão Social para as Populações em

Situação de Rua, as possibilidades de implementação de práticas que promovessem o novo conceito de saúde praticamente inexistem. Fato esse confirmado por ações com características assistencialistas. No entanto, a conquista que se deu a partir do Movimento pela Reforma Sanitária, trouxe uma nova concepção da saúde, enquanto noção transformadora, onde deve ser sustentada por ações de promoção da saúde e não apenas da cura de doenças. O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde registra que a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde.

O MS reconhece a inexistência de ações pontuais e específicas para essa população e justifica a necessidade de ações transversais, com a participação de diferentes áreas do MS e articulação conjunta com outros ministérios. A exemplo disso destaca-se o programa Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/AIDS, que é desenvolvido em parceria com Universidades e Fundações para que ocorra a disseminação de informações sobre prevenção e tratamento. Outra constatação do MS refere-se à inexistência de pesquisas com esse recorte etário e em situação de rua, dado que dados censitários são elementos essenciais para propor ações concretas de políticas públicas. A realidade não coincide com os debates ocorridos na 8ª Conferência Nacional de Saúde, pois o direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal. Ainda assim, um acesso igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

Na visão da Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal, os dados permitiram identificar que além da SES/DF, outras instâncias apresentam ações, ainda que incipientes, voltadas para a população em situação de rua. A exemplo disso, destaca-se a criação do Núcleo Especializado de Abordagem Social em Espaços

Público (NUASO), criado em 2009. Este Núcleo tem sua atuação sustentada no artigo 23 da Lei Orgânica da Assistência Social (Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993) — incluído pela Lei 11.258, de 2005 — que prevê a construção de programas de amparo às pessoas que vivem em situação de rua. Na operacionalização das ações, encontra-se o Manual Operacional de Registro de Informações sobre População em Situação de Rua, cujo objetivo é orientar a produção de um banco de dados de registros de informações, de indicadores e índices territorializados acerca da população em situação de rua no Distrito Federal.

Os resultados da pesquisa apontam que essa ação responde uma primeira demanda, na medida em que a mesma produziu dados concretos acerca dessa população, abordou o perfil socioeconômico, bem como as situações de vulnerabilidade vividas por ela. Foram geradas informações essenciais para formulação e avaliação de políticas públicas voltadas para essa população, bem como as demais políticas de assistência social e políticas públicas conexas. Trata-se, portanto, do ‘marco zero’, para daí arrolar outras ações.

Conclusões

O artigo apresentou uma análise sobre as condições de saúde e doença que levam JCLSR a acionarem os serviços de saúde do SUS, no Distrito Federal, com o recorte acerca da universalidade e acessibilidade do Sistema. Para realização deste estudo optou-se por um método qualitativo com abordagem reflexiva (BOURDIEU, 1989; MELUCCI, 2005).

Do contexto analisado, reitera-se que o fator relevante que orienta e unifica os jovens entre 15 aos 25 anos de idade, não é a idade cronológica, nem mesmo a sua estrutura biológica, mas sim a situação social e geracional em que estão inseridos. No interior desse grupo social percebeu-se um elemento central, quicá estruturante da condição desses jovens, a ausência de possibilidade de usufruto da juventude. Constatou-se a presença de trabalho braçal com longas jornadas de duração e sem remuneração adequada, que na maioria das vezes, em condições precarizadas e vulneráveis, expondo-os a morbidade.

Comprova-se a existência de lacunas de pesquisas censitárias de abrangência nacional com recorte etário jovem, incluindo a condição de situação de rua, e de catação de lixo.

Por outro lado, pode-se afirmar que os objetivos aqui pesquisados foram alcançados, ou seja, foram identificadas Políticas Públicas voltadas para a promoção da saúde, não apenas para a cura da doença. Fato comprovado pela genialidade e presença da transversalidade das proposições intra e transeitoriais, como, por exemplo, do ParticipaSUS dialogando ações com a PNAIPSR, concretizado com a elaboração do Plano Operativo de Saúde para as Populações em Situação de Rua.

Constatou-se o reconhecimento dessa demanda, por parte dos Governos Federal e do Governo do Distrito Federal, porém, no que tange a ações concretas, observou-se ainda traços considerados assistencialistas e, muitas vezes, com práticas higienistas, com objetivo de manutenção da ordem do espaço instituído de Brasília.

Diante da análise das falas dos entrevistados, verifica-se que os mesmos acessam os serviços do SUS apenas em situações de emergência, dado que se consideram pessoas saudáveis, e, principalmente, veem o SUS como um espaço apenas para a solução de enfermidades e não para a promoção da saúde.

Por fim, a proposição apresentada como hipótese norteadora é corroborada, uma vez que, a situação de vulnerabilidade social, definidora da situação social dos JCLSR determina a qualidade de acesso aos serviços do SUS, na medida em que o acesso se dá à luz da medicina assistencialista e curativa.

Então, considerando-se que o acesso ao SUS pelos jovens é somente em circunstância de cura imediata de uma enfermidade, pode-se afirmar que eles têm esses serviços ofertados. Observa-se um contrassenso para o pressuposto do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que considera o SUS uma de suas ações concretas na busca da promoção da saúde.

Enquanto a práxis de saúde, na concepção do MRSB deveria caminhar em direção ao novo paradigma de saúde, quer seja o da promoção da saúde e não apenas a cura da doença. O que se vê, no entanto, diante dos resultados da pesquisa é uma situação adversa, o que confirma ser a Reforma Sanitária ainda um processo em evolução e premente. ■

Referências

- ABRAMO, H.; BRANCO, P.P.M. (Orgs). Condição juvenil no Brasil contemporâneo. *Retratos da Juventude Brasileira*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; Instituto Cidadania, 2005.
- BIERNACKI, P.; WALDORF, D. Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological Methods and Research*, v. 10, n. 2, 1981, p. 141-163.
- BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Lisboa: Difel, 1989.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília Senado Federal, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem. *Marco Legal: saúde, um direito de adolescente*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 12 mar. 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 68p. (Série E, Legislação de Saúde; Série Pactos pela Saúde v. 4, 2006).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 60p. (Série B, Textos Básicos de Saúde).
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. *Sumário Executivo Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua*. MDS/Meta Instituto de Pesquisa de Opinião. Abril de 2008a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS*. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 44p. (Série B, Textos Básicos de Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Documento de degravação/transcrição da II Oficina de promoção da equidade em saúde: construindo o plano operativo (2009/2010) em saúde para a população em situação de rua*. Documento oficial não-publicado. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Política Nacional de Atenção Integral para as Populações em Situação de Rua*. Documento para Consulta Pública. Brasília, DF, Agosto de 2008b.
- CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- GOLDENBERG, M. *A Arte de Pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais*. Rio de Janeiro: Record, 1997.
- GRAWITZ, M. *Métodos y técnicas de las ciencias sociales*. Barcelona: Editorial Hispano Europa, 1975.
- INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS (IPEA). Políticas Sociais – acompanhamento e análise. *Política social e desenvolvimento a Juventude em foco*. 2008.
- LAMARE, T. *Registro de fala*. 2009. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 17 mar. 2009.
- MELUCCI, A. *Por uma sociologia reflexiva*. Pesquisa qualitativa e Cultura. Petrópolis: Vozes, 2005.
- PEREIRA, C.P. *Rua sem saída – Um estudo de caso entre o Estado e a População de Rua de Brasília* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, 2008.
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L.V. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2. ed. Lisboa: Gradiva, 1998.
- ROSA, A.S.; SECCO, M.G.; BRÊTAS, A.C.P. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde doença. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 59, n. 3, maio/jun.; Brasília, Distrito Federal, 2006, p. 331-336.
- TARLOV, A. Social determinants in health: the sociobiological translation. In: BLONE, D.; BRUNNER, E.W. (Orgs). *Health and social organization*. Londres: Routhledge, 1996. p. 11-14.
-
- Recebido para publicação em Setembro/2011
Versão definitiva em Maio/2012
Conflito de interesses: Não houve
Suporte financeiro: Inexistente

A racionalização de gastos no planejamento assistencial: uma análise discursiva das portarias MPAS 3.046/82 e GM/MS 1.101/02

The expenses rationalization in assistance planning: a discursive analysis of the ordinances MPAS 3,046/82 and GM/MS 1,101/02

Fabiana de Oliveira Silva Sousa¹, Itamar Lages²

¹Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora Substituta da UFPE – Recife (PE), Brasil. oliveirasilva.fabi@gmail.com

²Mestre em Saúde Coletiva pela UFPE. Professor Assistente de Saúde Coletiva da UFPE – Recife (PE), Brasil. itamarlages@yahoo.com.br

RESUMO Neste artigo é apresentada uma análise discursiva das Portarias 3.046/82 e 1.101/02 do Ministério da Saúde. O discurso da racionalização de custos e seus efeitos — a ênfase nos princípios da descentralização, focalização e privatização que orienta o modo neoliberal de organização dos sistemas de saúde e o uso eficiente dos recursos financeiros — foram os achados. Além destes, encontrou-se também que a principal condição para a produção/reprodução deste discurso é dado pela política econômica de ajuste fiscal. Por fim, foi identificada uma tensão: a racionalização de custos guarda relação direta com os modelos residual e meritocrático de proteção social, e os mesmos documentos veiculam o discurso de saúde que se relaciona com o modelo institucional-redistributivo de políticas sociais.

PALAVRAS-CHAVE: Portarias; Política de saúde; Planejamento Assistencial; Análise de Discurso.

ABSTRACT *A discursive analysis of the Ordinances 3.046/82 and 1.101/02 of the Ministry of Health is presented in this article. The discourse of cost rationalization and its effects — the emphasis on the principles of decentralization, focus and privatization that drives the neoliberal way of health systems organization and the efficient use of financial resources — were the findings. In addition, it was also found that the main condition for production/reproduction of this discourse is given by the economic policy of fiscal adjustment. Finally, one tension was identified: the costs rationalization is directly related to the residual and meritocratic models of social protection, and the same documents convey the discourse of health that relates to the institutional-redistributive model of social policies.*

KEYWORDS: *Ordinances; Health policy; Assistance Planning; Discourse Analysis.*

Introdução

Neste trabalho, tomamos como objeto de análise discursiva a permanência das condições de produção, as relações de sentidos de forças do discurso da racionalização de gastos, diretriz que pauta o modelo residual de políticas sociais e orienta os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) a estimar as necessidades de saúde.

Assim, analisamos o discurso da racionalização de gastos no âmbito do SUS nas práticas discursivas exercidas pela Portaria do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) 3.046/82 e do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde (GM/MS) 1.101/02, que definem parâmetros de necessidades de consultas, procedimentos e internações, buscando dar subsídios para o planejamento assistencial da média e alta complexidade (BRASIL, 1982, 2002).

Metodologia

Utilizamos como metodologia a análise de discurso, cujo principal fundador foi Michel Pêcheux (1996, 1997a, 1997b). Trata-se de uma ciência interpretativa que se apoia no postulado do inconsciente da psicanálise, no materialismo histórico do Marxismo e na estrutura da língua para analisar o discurso, suas condições de produção e os sentidos que produz (ORLANDI, 1987, 1996, 2001).

A análise de discurso concebe a linguagem como mediação necessária entre o homem e a realidade natural e social. Nela, procura-se compreender a “língua fazendo sentido” (ORLANDI, 2001).

[...] a Análise de Discurso considera que a linguagem não é transparente. Desse modo ela não procura atravessar o texto para encontrar um sentido do outro lado. A questão que ela coloca é: como este texto significa? Como este texto produz significado? (ORLANDI, 2001).

As Portarias MPAS nº 3.046/82 e GM/MS nº 1.101/02 foram tomadas como textos de uma prática discursiva, textos

no sentido de uma construção simbólica, com dada materialidade, no interior do qual estão os discursos.

Elas se prestam bem aos procedimentos da análise de discurso pois são constituídas por uma linguagem de um espaço de poder, ou seja, por uma instituição que, segundo Pêcheux (1996) é um lugar no qual se processam as condições ideológicas de reprodução/trans formação das relações de produção.

No processo analítico, a leitura sucessiva das portarias foi um procedimento técnico que buscou apreender fragmentos discursivos referentes ao objeto de estudo: a permanência do discurso da racionalização de gastos e os sentidos produzidos. Este procedimento é denominado desuperficialização por Orlandi (2001).

Assim, identificamos as ideias centrais das portarias e delimitamos os fragmentos de texto, cujo dizer, ou não dizer, remete à diretriz de racionalização de gastos.

Os dizeres não são, como dissemos, apenas mensagens a serem decodificadas. São efeitos de sentidos produzidos em condições determinadas e, de alguma forma, presentes no modo como se diz, deixando vestígios que o analista de discurso tem de aprender. São pistas que ele aprende a seguir para compreender os sentidos aí produzidos, pondo em relação o dizer com sua exterioridade, suas condições de produção. Esses sentidos têm a ver com o que é dito ali, mas também com o que poderia ser dito e não foi. Desse modo, as margens do dizer, do texto, também fazem parte dele. (ORLANDI, 2001).

Esses recortes textuais são, na realidade, ‘fatos da linguagem’, que tem memória — posto que evoca outros discursos — e materialidade linguístico-discursiva (ORLANDI, 2001). O conjunto organizado desse material é denominado ‘corpus’ na análise de discurso.

Em seguida, verificamos a temática dos documentos, focando as representações, expectativas e memórias evocadas para focalizar os núcleos de sentido e suas principais categorias. Vale salientar que a análise de discurso não toma o texto como objeto final de sua explicação, mas

[...] como unidade de análise que lhe permite ter acesso ao discurso [...] Uma vez atingido o processo discursivo, responsável pelo modo como o texto significa, o texto ou textos analisados desaparecem como referências específicas para dar lugar à compreensão de todo um processo discursivo do qual eles — e outros que nem conhecemos — são parte. (ORLANDI, 2001).

Na última etapa da análise, se teceram as relações críticas entre as ideias, explícitas e implícitas, das portarias com base no referencial teórico adotado. Assim, buscou-se identificar o discurso da racionalização de gastos, seus condicionantes produtivos e sentidos.

Resultados

Flagrantes discursivos da diretriz de racionalização de gastos nas Portarias MPAS nº 3.046/82 e GM/MS nº 1.101/02

Recortes das portarias que expressam fatos de linguagem concernentes à busca do discurso da racionalização de gastos, as condições objetivas que propiciaram a presença dessa subjetividade ideológica e os sentidos em uma e outra normativa institucional são aqui apresentados na tentativa de se buscar uma descrição integrada e dialética.

Portaria MPAS nº 3.046/82

A Portaria nº 3.046 foi publicada pelo MPAS em julho de 1982, estabelecendo normas para a realização de contratos e convênios de assistência médica, no âmbito da Previdência Social, e parâmetros para subsidiar o planejamento das atividades assistenciais do então Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

O principal objetivo desta portaria foi organizar o setor da saúde e, para isso, fazia a seguinte justificativa:

[...] a prestação de serviços de assistência médica a cargo do INAMPS está sujeita a limitações de ordem orçamentária que devem ser rigorosamente obedecidas [...] o sistema atualmente em vigor se ressentido de reduzidos índices de produtividade e resolutividade, subutilização de serviços próprios e insatisfatória

qualidade de atendimento, além de resultar em numerosas distorções e gastos crescentes e imprevisíveis, dada a inexistência de mecanismos adequados de correção, contenção e fiscalização. (BRASIL, 1982).

Esta portaria foi o primeiro instrumento criado pela principal instância que definia a Política Nacional de Saúde naquele período — o MPAS — para estabelecer parâmetros de referência para o planejamento assistencial. Para tanto, foi utilizada uma metodologia de construção dos parâmetros cujos limites de cálculo foram bastante estreitos e coerentes com a Política de Saúde — o Sistema Nacional de Saúde — praticada pelo Estado na sua relação com a população brasileira. Na formulação desses parâmetros considerou-se:

Os parâmetros internacionalmente recomendados para cobertura assistencial à população em geral nos países em desenvolvimento; o percentual médio de beneficiários da Previdência Social na população urbana; as incidências nacionais médias por especialidade observadas na Previdência nos últimos cinco anos; as necessidades de serviços complementares por especialidade, em área ambulatorial (com base em opiniões de especialistas e experiências nas superintendências Regionais que efetuaram trabalho experimental de racionalização nesta área). (BRASIL, 1982).

Assim, foram estabelecidos parâmetros de cobertura assistencial, cujo objetivo era estimar as necessidades assistenciais da população beneficiária urbana, e parâmetros de produtividade para estimar a capacidade de produção dos recursos assistenciais (serviços de saúde e profissionais). Os valores de referência estabelecidos abrangiam as consultas médicas de urgência e emergência, clínicas básicas (clínica médica, pediatria, ginecologia, obstetrícia e cirurgia geral), consultas médicas especializadas, consultas odontológicas, serviços complementares (patologia clínica e radiologia), internações (necessidade de internações e leitos) e capacidade de produção (número de consultas/hora) do profissional médico e do dentista.

A referida portaria salientava, ainda, que no planejamento das atividades assistenciais seriam consideradas, além desses parâmetros, as “peculiaridades locais e regionais” (perfil epidemiológico e acesso aos serviços) e a “limitação dos Recursos Humanos, Físicos e Financeiros disponíveis” (BRASIL, 1982).

O fato é que desde o ano anterior à publicação da Portaria, a economia brasileira estava em recessão e a área da saúde dirigida pelo INAMPS sendo tratada “como um dos focos geradores dos problemas financeiros da previdência social” (MENDES, 1995). Diante deste cenário, a Portaria nº 3.046 salientava explicitamente o discurso da racionalidade de gastos, enquanto diretriz que buscava organizar, por um modelo residual de políticas sociais, o setor público de saúde e os demais subsistemas sob o fundamento da focalização, descentralização e privatização.

[...] a obediência aos limites estabelecidos para o presente exercício exige a adoção imperiosa, a curto prazo, de medidas rigorosas abrangendo a reordenação do fluxo de atendimentos e o controle e racionalização dos gastos. (BRASIL, 1982).

A publicação da portaria nº 3.046 apresentou-se, então, como uma das estratégias, de curto prazo, para viabilizar a contenção de gastos e “representa simbolicamente a consolidação da cultura inampsiana”, caracterizada, principalmente, pelo planejamento, avaliação e controle paramétricos da atenção médica, com objetivos administrativos, contábeis e financeiros, determinados pelo fluxo de caixa da Previdência Social (MENDES, 1995).

Dessa forma, estabeleceu parâmetros que poderiam ser aplicados

[...] aos estudos de programação assistencial desenvolvidos por ocasião da elaboração dos orçamentos programa-anuais; à análise das necessidades de expansão assistencial (criação de novos serviços próprios, convênios, contratos ou credenciamentos); à análise técnica de processos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). (BRASIL, 1982).

Durante a década de 1980, algumas medidas foram propostas para diminuir a crise financeira e política

da Previdência Social, dentre essas a criação de uma instância reguladora da saúde previdenciária. Desta forma, criou-se o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), o qual era integrado por membros dos ministérios da Previdência Social, Saúde e Educação, e tinha como principal finalidade propor normas mais adequadas para a prestação da assistência à saúde, bem como indicar a alocação de recursos financeiros e propor medidas de avaliação e controle do sistema de atenção médica (MENDES, 1995). Na portaria há uma consideração bastante importante que revela a crise política institucional do modelo assistencial hegemônico naquele período, o médico-assistencial privatista, e apresenta, parcialmente, algumas das medidas que o CONASP havia sugerido.

Considerando que o CONASP, que conta com a participação de todos os setores interessados, já tem praticamente concluída, para exame final deste Ministério, uma proposta de reorientação global dos serviços de assistência médica, a ser implantada progressivamente, com vistas ao estabelecimento de um novo modelo de atendimento que: a) a partir do estabelecimento de uma rede primária de atendimento e da hierarquização e regionalização dos serviços médicos, assegure a melhor utilização dos serviços próprios governamentais, a resolução, a nível ambulatorial, da grande maioria dos atendimentos; b) mediante a racionalização e controle dos encaminhamentos, promova a elevação da produtividade da rede governamental e contratada e reprima a tendência à realização de exames, serviços e internações desnecessárias, assim como ao uso excessivo e dispendioso de procedimentos de alta sofisticação tecnológica [...] (BRASIL, 1982).

No entanto, na mesma Portaria se admitia que até que se efetivassem as ‘correções já estudadas’ era necessário adotar uma política cautelosa no que se referia à expansão da rede assistencial de forma a não comprometer os recursos orçamentários (BRASIL, 1982). Importa fazer aqui uma digressão para dizer que se por um lado esse esforço do CONASP contribuiu com a

consolidação do projeto neoliberal de saúde, por outro criou um mecanismo — as Ações Integradas de Saúde — que favoreceu a criação do SUS.

Há dois aspectos que devem ser retomados para melhor esclarecimento de como a linguagem serve ao discurso, ocultando-o, enquanto subjetividade ideológica, e, por outro, o desvelando, possibilitando, mediante um trabalho analítico, a sua identificação. O primeiro aspecto, um fato de linguagem, refere-se ao texto que justifica a edição da portaria:

[...] o sistema atualmente em vigor se ressentido de reduzidos índices de produtividade e resolução, subutilização de serviços próprios e insatisfatória qualidade de atendimento, além de resultar em numerosas distorções e gastos crescentes e imprevisíveis, dada a inexistência de mecanismos adequados de correção, contenção e fiscalização. (BRASIL, 1982).

O sistema ao qual a portaria se refere é o Sistema Nacional de Saúde (SNS), criado pela Lei nº 6.229 de 1975, cuja direção competia ao Ministério da Saúde, responsável pelas ações e serviços de saúde pública e ao Ministério da Assistência e Previdência Social, responsável pela assistência médica.

A ênfase que havia sido dada à assistência médica, principalmente com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e prosseguiu com o INAMPS, consagrou o modelo médico-assistencial e o modificou no Projeto Neoliberal da Saúde (PNS). O fato empírico é que essa assistência era amplamente prestada por serviços privados, contratados e conveniados ao Sistema Nacional de Saúde, os quais operavam sem controle, avaliação, auditoria pelo INPS, que, ainda assim, os financiava (MENDES, 1995; ESCOREL, 1998). Isso fez com que o SNS merecesse no relatório final da VIII Conferência Nacional de saúde (CNS), a seguinte crítica:

[...] na área da saúde, verifica-se um acúmulo histórico de vicissitudes, que deram origem a um sistema em que predominam interesses de empresários da área médico-hospitalar. O modelo de organização do setor público é anárquico,

pouco eficiente e eficaz, gerando descrédito junto à população. (BRASIL, 1987).

É preciso ressaltar que de 1964 a 1974, ano em que o INAMPS foi criado, a economia brasileira obteve significativo crescimento, seguindo-se, então, uma profunda recessão econômica durante os anos 1980 (SINGER, 1989). Foi neste período que a classe capitalista que opera no setor de saúde se reorganizou, fortalecendo o subsistema de assistência médica supletiva, em substituição aos subsistemas contratados conveniados tradicional e moderno (MENDES, 1995).

O outro aspecto diz respeito ao argumento de que os parâmetros adotados pela portaria são internacionalmente recomendados. Ela não faz referência concreta a quem conduz essa chancela, porém, fica evidente que ao proceder com um estudo da própria realidade de necessidades de assistência à saúde, considerando a diversidade típica de um país continental, optou por provocar um efeito de convencimento no leitor, ressaltando a ‘recomendação internacional’. De acordo com a análise de discurso, pode-se afirmar que a redação desvela subjetividade discursiva ideológica colonialista, e, com ela, busca alcançar o consentimento do leitor, um gestor do sistema público de saúde.

Os parâmetros estabelecidos por essa portaria vigoraram durante 20 anos, até serem substituídos, sem alteração de metodologia, em 2002, pela GM/MS nº 1.101.

Portaria GM/MS nº 1.101/02

A Portaria GM/MS nº 1.101/02 foi publicada com o objetivo de ‘atualizar’ os parâmetros assistenciais estabelecidos pela antiga MPAS nº 3.046/82, considerando,

[...] a necessidade, requerida pelos gestores e pela sociedade em geral, da revisão dos parâmetros assistenciais em uso no SUS, datados de mais de 20 anos, face aos avanços verificados em vários níveis de complexidade do sistema de saúde e às necessidades da população; e a necessidade, imediata, apontada pelos gestores dos três níveis de governo, do estabelecimento de parâmetros como instrumentos de planejamento, controle, regulação e avaliação do SUS. (BRASIL, 2002).

Ao estabelecer os novos parâmetros de cobertura assistencial na Portaria 1.101/02, tomou-se como base a composição da tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) — SUS, e apresentaram-se valores de referência para um elenco de consultas e procedimentos bem mais extenso que o da Portaria nº 3.046/82. Foram estabelecidos parâmetros de cobertura das consultas médicas de urgência, especializadas, cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumato-ortopédicos, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, anatomopatologia e citologia, radiodiagnóstico, exames ultrassonográficos, diagnose, fisioterapia, terapias especializadas, próteses e órteses, anestesia, ressonância magnética, medicina nuclear in vitro, tomografia computadorizada e hemoterapia, entre outros.

Os parâmetros estabelecidos na portaria GM/MS nº 1.101

[...] representam recomendações técnicas ideais, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas, podendo sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeiras. (BRASIL, 2002).

Nesta portaria, enfatiza-se que os parâmetros “destinam-se a orientar os gestores no aperfeiçoamento da gestão do SUS”, se constituindo em subsídios para analisar a necessidade da oferta de serviços assistenciais, auxiliar na elaboração do planejamento e da programação pactuada e integrada da assistência à saúde e colaborar para o acompanhamento, controle, avaliação e auditoria dos serviços de saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2002).

Antes da publicação desta portaria, o Ministério da Saúde submeteu os parâmetros a um processo de consulta pública que possibilitou a participação de maior número de indivíduos e grupos, ampliando a discussão para além do grupo técnico responsável por este projeto no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), o que conferiu mais legitimidade democrática aos parâmetros estabelecidos na 1.101. Nesse sentido, a portaria ressalta que houve

[...] ampla discussão sobre o estabelecimento de parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS, que possibilitou a participação efetiva da comunidade técnico-científica, das entidades de classe, dos profissionais de saúde, dos gestores do SUS e da sociedade em geral, na sua formulação, através da Consulta Pública SAS/MS nº 01, 08 de dezembro de 2000 [...] (BRASIL, 2002).

Com exceção desta consulta pública, a metodologia utilizada na construção dos parâmetros estabelecidos na Portaria foi idêntica ao método de elaboração dos parâmetros da 3.046, ou seja, com base nos:

[...] parâmetros assistenciais, internacionalmente reconhecidos, inclusive os baseados em dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), para cobertura e produtividade assistencial nos países em desenvolvimento; nas estatísticas de atendimento prestado aos usuários do SUS, e as incidências nacionais, por especialidade, dos últimos três anos; número de internações hospitalares, de consultas médicas, odontológicas, de enfermagem e outras, de serviços complementares, inclusive de diagnose e terapia, com base em estudos e pareceres de especialistas, parâmetros assistenciais desenvolvidos e praticados em vários Estados da Federação, estudos do Ministério da Saúde, realizados com a participação de técnicos dos demais níveis de gestão do SUS e de várias instituições de saúde do país; e na Portaria MPAS nº 3.046, de 20 de julho de 1982. (BRASIL, 2002).

Observa-se também uma lacuna na metodologia utilizada na construção destes parâmetros, que estimam necessidades assistenciais e se inserem no âmbito da média e alta complexidade do sistema de saúde. Ainda assim, não se considerou a influência da extensão e do perfil da atenção básica de determinado território na demanda por assistência especializada. Esta ausência revela e reforça a dicotomia da constituição das políticas de saúde atuais, pois enquanto o Ministério da

Saúde preconiza e incentiva financeiramente a expansão da atenção básica, por meio da Estratégia de Saúde da Família, por outro lado não dá subsídios políticos e financeiros para a expansão da atenção especializada, a fim de que se torne suficiente para atender às demandas suscitadas por este aumento.

Outro aspecto bastante interessante na Portaria GM/MS nº 1.101 é que os valores de alguns parâmetros, por exemplo o de necessidade de consultas especializadas de traumatologia-ortopedia, oftalmologia, psiquiatria, neurologia, entre outras especialidades, são idênticos nas duas portarias. É o caso do valor estimado de necessidade de consultas psiquiátricas, o que equivale a 2,2% do total tanto na de nº 3.046/82 quanto na 1.101/02. Não há justificativa tecnicamente coerente para a manutenção desses números, pois o contexto da política de saúde vigente na década de 1980 é bem distinto do atual, particularmente no que tange às diretrizes da Política de Saúde Mental, hoje preconizando a desospitalização e o acompanhamento ambulatorial dos usuários com sofrimento psíquico.

As observações apontam para além dos aspectos metodológicos da construção dos parâmetros, registrando, fundamentalmente, incoerência ético-política destes com o objetivo (declarado) da 1.101: dar subsídios para estimar necessidades assistenciais e, assim, aperfeiçoar a gestão do SUS. A semelhança na constituição dos parâmetros das duas portarias, criadas em épocas distintas e com objetivos (aparentemente) diferentes, sugere que haja permanência, ainda que velada, da diretriz política de racionalização de gastos na orientação da portaria nº 1.101/02.

Outro ponto que chama a atenção na 1.101 é o estabelecimento de parâmetros para estimar a ‘capacidade de produção’ de alguns trabalhadores da saúde, conforme mostra o Quadro 1. Tomando como exemplo o profissional fisioterapeuta, cujos recursos terapêuticos são a cinesioterapia (exercícios físicos), eletrotermoterapia (uso de aparelhos que produzem ondas ultrassônicas ou eletromagnéticas que requerem atenção na definição da dose e forma de aplicação), recursos terapêuticos manuais (manipulações vertebrais e massoterapia, quando só é possível atender um paciente por vez), etc, e observando o parâmetro estabelecido nesta portaria

(4,4 atendimentos/hora) para medir sua capacidade de produção, é possível concluir que:

- é pouco provável que atenda usuários com agravos neurológicos, reumatológicos ou, ainda, pacientes pediátricos que, comumente, apresentam maior grau de limitação de movimento e empreender projetos terapêuticos bem-sucedidos para quatro pacientes em apenas uma hora;
- não é possível, para qualquer profissional da área da saúde, prestar assistência que seja resolutive a um paciente sem dispor de tempo suficiente para o estabelecimento de vínculo, acolhimento e responsabilidade no processo de circulação de afeto usuário-terapeuta.

Mesmo que o texto da portaria 1.101 acrescente que esses parâmetros possam sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeiras, ou de acordo com “convenções sindicais, dissídios coletivos das respectivas categorias profissionais e/ou adoção de políticas de saúde específicas, pelo gestor”, na prática, observa-se que a maioria dos gestores da saúde e técnicos de planejamento se limitam a observar os parâmetros já instituídos pela portaria (BRASIL, 2002).

Neste ponto, é possível reconhecer na orientação da portaria em tela um grave problema que impede de fato a materialização do atendimento das necessidades em saúde, haja vista que para isso há de se atentar para ofertar condições satisfatórias de trabalho. Um exemplo marcante dos problemas gerados pela 1.101 é a

Quadro 1. Capacidade de produção, em consultas, de alguns recursos humanos da área de saúde

Recursos humanos	Carga horária semanal (horas)	Atendimentos (consultas/horas)
Assistente social	30	3,0
Enfermeiro	30	3,0
Fisioterapeuta	30	4,4
Médico	20	4,0
Nutricionista	30	3,0
Odontólogo	20	3,0
Psicólogo	30	3,0
Psiquiatra	20	3,0

Fonte: BRASIL (2002).

definição apenas quantitativa e objetiva, além de desumanizadora, dos parâmetros de produtividade dos profissionais de saúde.

Considerações Finais

Neste estudo, a subjetividade discursiva e ideológica da racionalização de gastos do modelo residual de políticas sociais não precisou ser desvelada na Portaria nº 3.046/82, em que os sentidos produzidos foram de instituir um mecanismo de controle, avaliação e auditoria para verificar a produtividade e resolutividade e evitar desperdícios financeiros; favorecer a consolidação dos princípios de focalização, descentralização e privatização nos subsistemas estatal (que pretendeu implementar um modelo residual de atenção primária), de atenção médica supletiva e alta tecnologia, ou seja, do Projeto Neoliberal da Saúde.

Na Portaria nº 1.101/02, a racionalização de gastos como subjetividade discursiva e ideológica se oculta, de maneira que é preciso um esforço analítico para fazê-lo desvelar, principalmente na conservação do método que estima as necessidades de saúde, e na insistência de desconsiderar toda a população como usuária do SUS, promovendo um silencioso deslize substitutivo da categoria universalidade por duas outras: SUS-dependente e Subsistema de Atenção Médica Supletiva dependente (SAMS-dependente).

A permanência da diretriz da racionalização de gastos do modelo residual de políticas sociais é condicionada pela política econômica de ajuste fiscal que inicia na década de 1980 e chega até o ano de publicação da Portaria nº 1.101. As medidas econômicas atingem

as políticas sociais de modo que, durante todo o tempo, há tensão de sentidos: desenvolver-se de acordo com os pressupostos estabelecidos na Constituição Federal de 1988, os quais se pautam pelo modelo institucional-redistributivo de políticas sociais, ou praticar o mesmo, ou seja, a modalidade residual de políticas sociais.

Por fim, importa dizer que este é um estudo que busca participar, ainda que de maneira incipiente e modesta, no esforço científico, filosófico e ideológico de consolidação do Projeto da Reforma Sanitária, particularmente do campo específico de acesso universal, equânime e integralizado às ações e serviços de média complexidade.

As convocatórias para empreendimentos desse tipo têm sido feitas. E uma delas faz questão de destacar:

[...] mais do que nunca há necessidade de nos metermos em uma empreitada filosófica, teórica e prática que procurasse responder a esses desafios de maneira inovadora. Como recuperar a vontade dos indivíduos, grupos e coletividades, de maneira a compor-se uma massa crítica apta a construir novos projetos. Projetos críticos e alternativos ao senso comum, ao niilismo e à mixórdia neoliberal [...] (CAMPOS, 1997, p. 29).

Neste estudo também se buscou estabelecer um diálogo entre a saúde coletiva e a análise do discurso, e entende-se que isso pode contribuir com a tarefa de consolidação do Projeto da Reforma Sanitária, pois o manejo dos princípios e procedimentos dessa ciência pode ajudar a identificar não apenas o conservadorismo e o reacionário, mas também o que se alia ao novo e à concepção de saúde como direito de cidadania. ■

Referências

ALTHUSSER, L. Ideologia e aparelhos ideológicos de Estado. In: ZIZEK, S. *Um mapa da ideologia*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 1999.

BRASIL. Constituição (1988). Da ordem social. In: _____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 32. ed. atual. ampl. São Paulo: Saraiva, 2003.

_____. 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: *Diário Oficial*, 1990.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria nº 3.046 de 20 de julho de 1982. Estabelece os parâmetros para

credenciamento, contratos e convênios na área de assistência médica da Previdência Social. 3. ed. Brasília: Coordenadoria de Comunicação Social/MPAS, 1983.

_____. Ministério da Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0219Villcns.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: *Diário Oficial*, 2002.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução de coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CARNOY, M. *Estado e teoria política*. 2. ed. Campinas: Papyrus, 1988.

CARVALHO, A.I.; GOULART, F.A.A. *Gestão de saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais: programa de educação à distância*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: GRAAL, 1997.

MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____. *Distrito sanitário*. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC, 1995.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca de qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1997.

_____. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (Org). *Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo: HUCITEC, 1995.

_____. *Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo*. 2000. Tese (Livre-docência) – UNICAMP, Campinas, 2000.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O.; NOGUEIRA FILHO, R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. *Saúde em Debate*, Londrina, n. 33, 1991, p. 83-89.

ORLANDI, E.P. *A linguagem e seu funcionamento: as formas do discurso*. 2. ed. Campinas: Pontes, 1987.

_____. *Análise de discurso: princípios e procedimentos*. Campinas: Pontes, 2001.

_____. *Interpretação: autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico*. Petrópolis: Vozes, 1996.

PAIM, J.S. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PÊCHEUX, M. O mecanismo do (des) conhecimento ideológico. In: ZIZEK, S. *Um mapa da ideologia*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

_____. *Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio*. Campinas: UNICAMP, 1997a.

_____. *O discurso: estrutura ou acontecimento*. Campinas: Pontes, 1997b.

PEREIRA, P.A.P. *Necessidades humanas: subsídio à crítica dos mínimos sociais*. São Paulo: Cortez, 2000.

SILVA JÚNIOR, A.G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC, 1998.

SINGER, P. *A crise do milagre: interpretação crítica da economia brasileira*. São Paulo: Paz e Terra, 1989.

Recebido para publicação em Abril/2011
Versão definitiva em Junho/2012
Suporte financeiro: Não houve
Conflito de interesses: Inexistente

Humanização na Atenção Básica: a percepção dos trabalhadores de saúde

Humanization in Primary Care: the perception of health workers

Maria Márcia Silva Nogueira¹, Maria Sônia Lima Nogueira², Liduina Farias Almeida da Costa³

¹Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Fortaleza (CE), Brasil. Assistente Social da Prefeitura Municipal de Fortaleza – Fortaleza (CE), Brasil.
marcianogueiraas@gmail.com

²Mestre em Políticas Públicas e Sociedade pela UECE – Fortaleza (CE), Brasil.
politicaspUBLICASUECE@hotmail.com

³Doutora em Sociologia pela UECE – Fortaleza (CE), Brasil. Pesquisadora da UECE – Fortaleza (CE), Brasil.
liduinafariasac@gmail.com

RESUMO Este artigo é produto de uma pesquisa de natureza qualitativa, que utilizou a entrevista semiestruturada e a observação participante para a coleta de dados. Os informantes foram delimitados pelo método de amostragem por saturação teórica e os dados analisados através da hermenêutica dialética. Alguns resultados a que chegamos: os trabalhadores têm conhecimento insuficiente das determinações da Política Nacional de Humanização (PNH); suas ações de humanização são pautadas com ênfase no acolhimento, na redução das filas e na diminuição do tempo de espera por consultas. Muitos acreditam que o que mais influencia na realização desse trabalho é o interesse do profissional guiado por seus valores éticos e de formação.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária; Condições de Trabalho; Humanização da Assistência; Profissionais da Saúde; Ambiente de Trabalho.

ABSTRACT *This article is the product of a qualitative research, which used semi-structured interviews and participant observation to collect data. The informants were delimited by the method of sampling and theoretical saturation data analyzed using the hermeneutic dialectic. Some results we have reached: the workers have insufficient knowledge of the determinations of the National Policy of Humanization, their actions are guided humanization with emphasis on the reception, reducing lines and decreasing the waiting time for appointments. Many believe that the most influence in making this work is guided by the interests of professional ethics and values training.*

KEYWORDS: *Primary Health Care; Working Conditions; Humanization of Assistance; Health Personnel; Working Environment.*

Introdução

A preocupação com a saúde das pessoas e a adoção de medidas públicas visando o controle sanitário existem desde a antiguidade, de acordo com Paim (2003). O aparecimento da medicina social no século XIX indicava certa relação entre saúde e sociedade; no entanto, somente a partir dos anos 1980, o Estado brasileiro possibilitou a criação de canais de participação do cidadão na formulação e no acompanhamento das políticas de saúde.

A Constituição Federal de 1988 garantiu o direito à saúde para todos os brasileiros e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), incorporando os princípios e diretrizes do movimento sanitário no capítulo da seguridade social mediante emenda popular (BRAVO, 2006).

Ao ser ampliada a concepção de saúde são apontadas necessidades de políticas públicas intersetoriais, assegurando acesso igualitário e universal às ações e serviços, visando à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.

Antes de 1988 o atendimento de saúde era oferecido pelo Estado a quem tinha vínculo empregatício e a seus dependentes. O acesso à saúde era entendido como um favor e não como um direito. Com a criação do SUS, surgem alguns princípios básicos de atendimento: universalidade, equidade, integralidade, hierarquização e controle social, assegurados por meio de políticas públicas de saúde (PAIM, 2003).

O Brasil, desde a promulgação de sua Constituição em 1988, tem enfrentado um longo processo de mudanças com o objetivo de construir um SUS universal, integral e equânime. A implantação, em 1994, do Programa de Saúde da Família (PSF) possibilitou a organização dos sistemas municipais de saúde, viabilizando o cumprimento dos princípios do SUS. O PSF passou a assumir o caráter de estratégia em 2006, com a implantação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), passando a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF) (ANDRADE; BEZERRA; BARRETO, 2008).

A ESF, localizada na Atenção Primária à Saúde (APS) prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, sendo um mecanismo importante para a atenção

básica; no entanto, inúmeros são os desafios que se apresentam a fim de que suas ações gerem impactos na realidade do território onde atuam as equipes de Saúde (BRASIL, 2004).

Destacamos, dentre esses desafios, a fragmentação e verticalização dos processos de trabalho e o despreparo dos trabalhadores para a realização de trabalhos em equipe e para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção à saúde (BRASIL, 2004).

Os trabalhadores, por sua vez, favorecem a automatização do contato com os usuários, fortalecendo um olhar sobre a doença, fazendo com que não seja estabelecido o vínculo, tão necessário para a efetivação da responsabilidade sanitária que constitui o ato de saúde (BRASIL, 2004).

Conforme Merhy (1998), os usuários não reclamam da falta de conhecimento tecnológico, mas da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços à sua pessoa e ao seu problema em particular. Quando um usuário procura um serviço de saúde não procura apenas para realização de exames ou de procedimentos que exigem a atuação de máquinas ultramodernas, o que eles buscam são relações de confiança e a certeza de que seu problema vai ser entendido e resolvido.

Por outro lado, os trabalhadores estão insatisfeitos com as condições de trabalho, que envolvem questões salariais, organização dos processos de trabalho, confusão de competências, insuficiência de insumos, estrutura física inadequada dos locais de trabalho, falta de formação permanente e sobrecarga de trabalho.

Para fazer frente a essa problemática, o Ministério da Saúde propôs, em 2004, uma Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde (PNH), visando ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento dos pacientes e com a melhoria dos ambientes de cuidados e das condições de trabalho dos profissionais.

Nesse sentido, a PNH propõe mudanças na qualidade dos serviços prestados pelo SUS, tendo uma maior participação dos cidadãos, sejam eles usuários, trabalhadores ou gestores da saúde.

Tendo por base as discussões a respeito da humanização, lançamos a seguinte questão central: Como os

trabalhadores do Centro de Saúde da Família (CSF) compreendem a humanização no atendimento?

A motivação em estudar essa temática surgiu, a princípio, pela relevância desse tema para o avanço e fortalecimento do SUS, pois não é suficiente dizer que os usuários têm direitos, é preciso fazer valer esses direitos e, segundo, pela nossa intervenção como residente de Serviço Social da Residência Multiprofissional no Programa Saúde da Família e Comunidade. A observação de alguns atendimentos realizados pelas equipes que compõem a APS no território do CSF pesquisado nos despertou o desejo de entender como esses trabalhadores compreendem a humanização e de que forma isso tem repercutido na sua intervenção profissional.

Tal inquietação nos levou a elencar os seguintes objetivos: compreender a humanização no atendimento, preconizada pela PNH, do ponto de vista dos trabalhadores da atenção básica; descrever como aconteceu o processo de implantação dessa política nesse CSF; apontar os possíveis entraves e limites desse processo e verificar se, e de que modo, a PNH tem mudado a intervenção profissional dos trabalhadores no CSF. Para tanto, seguimos uma metodologia de base qualitativa, tendo como referência as ideias de Minayo (2006) ao tratar da pesquisa na área da Saúde.

De acordo com a autora, a pesquisa qualitativa contém o método que coaduna melhor ao estudo da história, das relações e das crenças, interpretando como os humanos constroem a si mesmos, a seus artefatos e como sentem e pensam. Propicia, ainda, a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação, caracterizando-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo, sendo, portanto, utilizada para a investigação de grupos e segmentos delimitados e focalizados.

Para a coleta de dados, utilizamos a entrevista semi-estruturada, gravada com a permissão dos entrevistados, e a observação participante. A escolha deste tipo de entrevista justifica-se devido ao fato de ser um procedimento que permite obter dados objetivos e subjetivos a partir da fala dos sujeitos, por ser formulada com perguntas abertas e fechadas, facilitando que o entrevistado discorra sobre o tema em questão sem se prender a

indagações formuladas e orienta a condução das falas para que pesquisadores menos experientes não percam o foco da pesquisa (MINAYO, 1994).

Esse tipo de entrevista permitiu que os entrevistados tivessem liberdade de desenvolver suas ideias, porém foi necessário estabelecer um roteiro de perguntas elaborado e apropriado pelo pesquisador, assegurando que os pressupostos da pesquisa fossem esclarecidos (MINAYO, 1994).

Quanto à técnica de observação participante, foi imprescindível por permitir uma maior aproximação com a situação que foi pesquisada, favorecendo a captação de uma variedade de fenômenos que não seriam obtidos por outros meios, já que a pesquisadora entrou em contato direto com a realidade que pretendia compreender, uma vez que desenvolvia suas atividades de residente na instituição onde foi realizada a pesquisa (MINAYO, 2006).

A realidade social, também no campo da saúde, não está dada, mas em processo de construção e é infinitamente mais rica, mais dinâmica, mais complexa, do que qualquer discurso ou teoria escrita sobre ela. Conforme Minayo (2006) há uma série de fenômenos de grande importância que não podem ser registrados por meio de perguntas ou em documentos quantitativos, mas devem ser observados em sua realidade. Assim a pesquisadora, ao participar do cotidiano dos entrevistados, colheu os dados, modificando e sendo modificada por este contexto, numa relação dialética.

No momento das observações do cotidiano dos profissionais na unidade de saúde, o diário de campo foi um instrumento auxiliar de suma importância no registro de informações colhidas, o que fizemos cotidianamente.

O local escolhido para a realização da pesquisa foi um Centro de Saúde da Família, localizado em área de abrangência territorial da Secretaria Executiva Regional III, unidade na qual exercemos nossas atividades enquanto Assistente Social residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do Município de Fortaleza, Ceará.

O método utilizado na delimitação dos informantes foi a amostragem por saturação teórica em um processo de inclusão gradativa de sujeitos. Assim, iniciamos as entrevistas com sete profissionais do referido

centro de saúde, tendo como critério de delimitação do número inicial da amostra a disponibilidade e interesse dos profissionais em participar da pesquisa. Ao darmos por satisfeitas as questões a que a pesquisa se propôs, demos por encerrada a amostra que foi finalizada em 11 sujeitos.

Segundo Fontanella *et al.* (2008), o fechamento amostral por saturação teórica é definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dado. O processo de coleta satura quando há a percepção de que os dados novos a serem coletados não mais contribuirão para o adensamento da pesquisa, ou seja, as informações fornecidas pelos novos participantes não mais contribuem significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados.

Com relação às questões éticas, afirmamos que a presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Associação Cearense de Odontologia (ACO), com parecer favorável ao desenvolvimento da pesquisa, sendo que esta se iniciou após sua aprovação obedecendo aos ditames do Conselho Nacional de Saúde, sob a Resolução 1996/96, que trata da ética em pesquisar seres humanos, de modo que valorizamos a preservação da identidade dos entrevistados garantindo o sigilo de seus nomes. Para a análise dos resultados nos referimos a eles utilizando apenas números que identificam as entrevistas. Esclarecemos aos participantes que as informações por eles fornecidas seriam utilizadas em publicações de acordo com sua permissão no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado em duas vias, tanto pela entrevistadora quanto pelos entrevistados, ficando uma com cada um deles e outra com a pesquisadora.

Ao analisarmos os dados, utilizamos a hermenêutica dialética, segundo lembra Minayo (2006), pelo fato do método reconhecer que os indivíduos ao viverem determinada realidade pertencem a grupos, classes e segmentos diferentes, sendo condicionados pelo momento histórico em que vivem, tendo interesses coletivos que os unem e interesses específicos que os distinguem e os contrapõem.

A referida autora, ao propor essa abordagem, afirma que a mesma possui a maior capacidade de conectar as relações essenciais que não são necessariamente apreendidas através das representações sociais com o valor heurístico dos dados, unindo razão e experiência, categorias analíticas e empíricas, análise e síntese. A hermenêutica realiza o entendimento dos textos, dos fatos históricos, da cotidianidade e da realidade; a dialética, por sua vez, enfatiza o dissenso, a mudança e os macro-processos. Assim, ambas se complementam sendo consideradas necessárias na produção de racionalidade em relação aos processos sociais e em relação aos processos de saúde e doença.

Neste trabalho discutimos algumas categorias que são centrais para o entendimento de nosso objetivo, a exemplo da atenção primária, processos de trabalho e humanização.

Faz-se necessário deixar claro que o estudo aqui apresentado não contou com financiamento de qualquer instituição de fomento à pesquisa, mas tão somente do Ministério da Saúde ao subsidiar uma bolsa de residente e da própria pesquisadora.

Discutindo atenção primária em saúde, processos de trabalho e humanização

A noção de APS, utilizada nesta pesquisa, vem precedida pelas contribuições de Starfield (2002) e outros pesquisadores que trazem reflexões sobre a importância da reorganização dos sistemas de atenção à saúde, pautados em APS.

Data de 1920 a divulgação de um texto oficial na Grã-Bretanha, tratando da organização do sistema de serviços de saúde. O objetivo era distinguir três níveis principais, ficando assim delimitados: centro de saúde primário, centro de saúde secundário e hospitais escola, fornecendo posteriormente a base para a reorganização dos serviços de saúde em muitos países.

Essa nova forma de organização dos serviços de saúde teve um grande impacto sobre a importância da atenção primária. Em 1978, foi realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma Ata. De acordo com o consenso alcançado nesse encontro, a APS foi assim definida: atenção essencial à saúde baseada em tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis.

É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro plano de um processo de atenção continuada (STARFIELD, 2002).

Em Alma Ata ficou ainda especificado que os componentes fundamentais da atenção primária à saúde eram: educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programa de saúde materno-infantil, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição e medicina tradicional.

A APS deveria ser orientada de acordo com os principais problemas sanitários da comunidade e prestar atenção preventiva e curativa, de reabilitação e de promoção da saúde. No entanto, devido ao fato dos territórios refletirem as condições econômicas e os valores sociais dos seus moradores, cada país deveria organizar seus serviços de atenção primária, respeitando suas diferenças locais (ANDRADE; BEZERRA; BARRETO, 2008).

A atenção primária serve de porta de entrada ao sistema de saúde para todas as novas necessidades e problemas. Sendo a atenção centrada na pessoa e não em sua enfermidade, reconhece os problemas mais comuns da comunidade, formando a base e determinando o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, pelo fato de lidar com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É essa atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde (STARFIELD, 2002).

Mesmo com as recomendações internacionais sobre a importância da APS, nem todos os países se organizaram fortalecendo a APS como porta de entrada do serviço de saúde. Starfield (2002) afirma que as descobertas tecnológicas do século XX têm sido responsáveis por uma tendência à especialização médica, sendo este imperativo mais forte em alguns países que em outros. Conforme o conhecimento se acumula, os profissionais se subespecializam. Assim, observamos a fragmentação com um crescente

estritamento de conhecimentos e competências e um enfoque cada vez maior sobre tipos de enfermidades específicos, em vez de haver uma preocupação com a saúde de uma forma geral das pessoas.

A atenção especializada, conforme lembra Starfield (2002), exige mais recurso e não garante maximização da saúde, tendo em vista que não basta apenas utilizar tecnologias no controle de doenças, mas sim efetivar a prevenção, a promoção e o conhecimento do contexto no qual a doença ocorre e no qual o paciente vive.

A autora lembra ainda que a atenção especializada, por ser mais cara do que a primária, ameaça os objetivos da equidade, já que é muito improvável que alguma sociedade possua recursos ilimitados para fornecer serviços de saúde a toda a sua população. Desse modo, torna-se menos acessível para os indivíduos com menos recursos financeiros.

O Brasil, desde a promulgação de sua Constituição em 1988, tem enfrentado um longo processo de mudanças com o objetivo de construir um SUS universal, integral e equânime. A implantação, em 1994, da ESF possibilitou a organização dos sistemas municipais de saúde, viabilizando o cumprimento dos princípios do SUS.

O aumento da cobertura da ESF tem mostrado que a forma brasileira de organização do sistema de saúde a partir da atenção básica possui características similares ao que é proposto pela organização dos serviços baseada em APS, destacando-se algumas particularidades como a riqueza do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, o trabalho multiprofissional desempenhado pelas equipes, o vínculo estabelecido pelas equipes, os usuários e o território, e o estímulo à participação comunitária (STARFIELD, 2002).

A história de criação e de consolidação do SUS é de muita luta e resistência. Nos primeiros anos de sua criação a palavra de ordem era acesso, como fazer para ter acesso aos serviços de saúde. Depois a discussão era para ampliar o financiamento, privilegiando a atenção básica, a palavra de ordem foi qualidade. Atualmente sabemos que a saúde se faz com pessoas e entre pessoas, mediada pelas descobertas tecnológicas e pela sabedoria popular. Assim, o SUS precisa rever suas práticas políticas, sua forma de organização dos sistemas,

incrementando a democracia participativa e o controle social, a palavra de ordem agora é humanizar o atendimento (SAMPAIO, 2005).

O Brasil parece ter encontrado seu rumo na organização do seu sistema de saúde, no entanto inúmeros são os desafios que se colocam para que a ESF venha de fato a se consolidar como um modelo de APS, cumprido as determinações e os princípios do SUS. Um desses desafios se apresenta como a capacidade de oferecer atendimento de qualidade aos usuários que procuram a atenção básica.

Segundo Merhy (1998), esse desafio tem a ver com a crise no atual modo de organização do sistema de saúde, entretanto essa crise não encontra sua base de sustentação na falta de conhecimento tecnológico sobre os principais problemas de saúde ou mesmo na possibilidade material de atuação diante dos problemas apresentados pela população.

Sob o ponto de vista da gestão em saúde, a crise é da ordem de financiamento, os trabalhadores reclamam do processo de trabalho e os usuários estão insatisfeitos com a forma de tratamento que recebem dos profissionais de saúde. Nesse sentido, a crise se configura nas relações sociais entre trabalhadores, usuários e gestores. Para compreendermos melhor esta questão, faz-se necessário entendermos as mudanças no processo de trabalho dos profissionais dessa área.

De acordo com Santos e Rigotto (2009), com a modernidade tecnológica temos a expansão da informática e da microeletrônica revolucionando os conceitos de tempo e distância, a comunicação, a produção e os nossos modos de vida. A população mundial cresceu, a maioria é mais bem alimentada, tem mais longevidade e muito mais anos de estudos. Alguns problemas de saúde desapareceram ou são enfrentados de forma mais eficazes com a descoberta de novos tratamentos e medicamentos, todavia existem problemas fundamentais da humanidade, que não podem ser resolvidos com a centralização na racionalidade, na técnica e na ciência.

Neste cenário de modernização, surgem mudanças profundas na vida social e nos processos de trabalho, o que vem sendo estudado como reestruturação produtiva ou nova ordem econômica mundial. A Reestruturação Produtiva rompe com a hegemonia do Estado e o sistema capitalista de bem-estar social

do pós-guerra, afetando o interior do processo produtivo, a divisão social e o mercado de trabalho, o papel dos sindicatos e as negociações coletivas (SANTOS; RIGOTTO, 2009; ANTUNES, 1999).

Santos e Rigotto (2009) afirma ainda que as novas tecnologias e as novas formas de organizar o trabalho acarretam exigências de um novo perfil do trabalhador. O conhecimento não é capaz, sozinho, de atender as demandas do mercado, sendo necessária qualificação permanente e polivalência na execução das ações.

Todas essas mudanças interferem na qualidade dos serviços prestados pelos trabalhadores em todos os setores. Na saúde isso não é diferente, pelo contrário, é intensificado o desgaste do trabalhador, já que nesse âmbito o trabalhador lida com o limite humano e com sua própria impotência (SANTOS-FILHO; BARROS, 2007).

Os profissionais reclamam das condições de trabalho, da sobrecarga, dos baixos salários, da insuficiência de insumos, da falta de autonomia e da instabilidade. Enfim, estão insatisfeitos e muitos acabam repassando toda a carga negativa do seu desprazer para o atendimento de forma incorreta e, às vezes, até 'desumana' aos usuários que demandam de suas intervenções (SANTOS-FILHO; BARROS, 2007).

Um processo de trabalho pautado em tais características produz um atendimento para a grande maioria dos usuários de forma automatizada, fortalecendo o olhar sobre a doença, não favorecendo a efetivação do vínculo que permite a responsabilização sanitária que constitui o ato de saúde. Os usuários reclamam e se sentem sozinhos, pois não há, muitas das vezes, onde possam reclamar, já que o controle social ainda é algo fragilizado e não tem conseguido fazer os enfrentamentos necessários para as mais diversas situações apresentadas pelos trabalhadores, usuários e gestores de saúde (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, com a implantação da PNH o Ministério da Saúde reconhece a necessidade de mudanças no modelo de gestão e atenção do SUS. Essa política tem sido apresentada como uma das formas para promover mudanças efetivas nos modelos de gestão do SUS com o objetivo de viabilizar uma saúde digna para todos, com profissionais comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da vida.

Na prática, essas mudanças consistem em superar as iniquidades no acesso e melhorar a qualidade das ações tomando por referência valores éticos humanitários, sobretudo a garantia do direito inalienável à saúde que pode ser traduzido, entre outros, como garantia de acesso universal e equitativo a essas práticas e ações integrais.

Assim, a PNH foi proposta como uma política transversal, promovendo mudanças de ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, devendo traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre as diversas unidades e serviços de saúde que constituem o SUS.

Processos de trabalho e humanização na ESF: o que pensam os profissionais

A PNH é uma estratégia de enfrentamento dos desafios postos aos profissionais, que é tornar os princípios do SUS uma realidade no cotidiano da população.

Assim, o Ministério da Saúde elaborou, em 2004, uma política na qual a Humanização é entendida como um instrumento de mudanças nos modelos de atenção e gestão, tendo como valores centrais as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo do trabalho, valorizando os trabalhadores e as relações sociais estabelecidas.

Mas será que os profissionais têm esse entendimento? Como será que eles, os executores dessa política, compreendem a proposta da PNH? Foi com esses questionamentos que nos lançamos às análises das informações colhidas nas falas dos onze entrevistados.

Esses profissionais possuem formas diversificadas de contratação trabalhista, o que, hipoteticamente, supomos ter uma relação com a fragilidade dos vínculos com a comunidade. Alguns são servidores públicos concursados, outros terceirizados com carteira de trabalho assinada e outros com vínculos mais fragilizados, que são os contratados em cargos comissionados ou ditos de confiança. Neste último caso a fragilidade se estabelece na medida em que tal contrato se dá a partir de um vínculo político partidário, que, ao mudar a conjuntura política, o contrato expira, não havendo, portanto, como firmar vínculo com os usuários com relações de contratação tão fragilizadas.

Quanto ao conhecimento da PNH, os entrevistados informaram não ter muita familiaridade teórica com o assunto, haja vista na prática profissional não utilizarem muitos dos seus termos.

Diante disso, conduzimos as entrevistas de modo a deixar os entrevistados à vontade para relatarmos suas ações práticas, sem se prenderem a terminologias. Com isso, pretendíamos nos aproximar o máximo possível de suas realidades sem pré-julgamentos, favorecendo a apresentação da realidade dos fatos.

A implantação da política na unidade onde desenvolvemos a pesquisa ocorreu de forma fragmentada, apenas alguns trabalhadores realizaram um momento de sensibilização sobre a PNH, porém não há formação continuada. Esse assunto é abordado como ponto de pauta nas reuniões com a coordenação do CSF, sempre em forma de cobranças, objetivando reduzir o nível de insatisfação dos usuários e evitar reclamações. A palavra de ordem é humanizar o atendimento, todavia muitas vezes não é informado em que aspecto, quais as diretrizes que a orientam, ou mesmo qual o significado dessa humanização.

Ao serem perguntados sobre a PNH, a maioria dos profissionais relatou logo sobre a humanização no atendimento e, de pronto, mencionaram o acolhimento como a principal ferramenta dessa política. Assim se expressou um dos entrevistados:

Eu entendo, porém, nunca estudei sobre, mas acredito que a PNH é a mudança no atendimento, que inclui os princípios do SUS, que não veja o paciente só como doença, é preciso que haja acolhimento, respeito, eu acho que é isso (Entrevista 10).

Lembramos que a proposta trazida pela PNH sobre acolhimento está além de ser um espaço ou um local, na verdade, exige uma postura ética e não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo. Dessa forma, diferencia-se assim da triagem, pois o acolhimento não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

De acordo com o princípio da universalidade, o indivíduo que chega a qualquer serviço público deve ser

atendido. Esse atendimento deve se dar de acordo com as necessidades de saúde que o indivíduo apresenta, respeitando o princípio da equidade. A população tem direito a ser acolhida ao procurar os serviços de saúde porque está exercendo um direito constitucional (SAMPAIO, 2005).

O Acolhimento preconizado pela Política caracteriza-se como um processo que implica responsabilização do trabalhador ou equipe de saúde pelo usuário, desde sua chegada até sua saída. Fazendo uso de uma escuta qualificada, garantindo atenção integral, resolutiva e responsável, por meio da articulação das redes internas e externas dos serviços, visando à continuidade da assistência quando necessária.

Ressaltamos que a PNH tem sido apresentada pelos órgãos oficiais do governo como uma das formas para promover mudanças efetivas nos modelos de gestão do SUS, entendendo humanização como a valorização dos diferentes sujeitos — usuários, trabalhadores e gestores — implicados no processo de produção de saúde, ampliando suas capacidades de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, quando indagamos sobre as implicações trazidas pela PNH para atuação profissional, todos afirmaram que ela existe, divergindo quanto ao fato de ser positiva ou negativa. Alguns afirmaram que atualmente há uma cobrança da gestão e dos usuários para que a humanização aconteça em todos os atendimentos; no entanto, os trabalhadores não percebem mudanças significativas nos seus processos de trabalho, sendo essa questão unânime entre os entrevistados. Conforme relata esse entrevistado:

Não há compromisso da gestão municipal em melhorar as condições de trabalho, em melhorar a infraestrutura física, no fornecimento de insumos que atendam as necessidades básicas. Falta de papel toalha e medicamentos (Entrevista 5).

Outros afirmaram que as cobranças não estão em consonância com as condições de trabalho oferecidas,

acarretando desestímulo e estresse para o trabalhador como observamos em seu relato:

Para nós não houve mudanças positivas com essa política, pois nós somos muito mais cobrados pelos pacientes e pela gestão, que só cobra e não lhe dá condições de trabalho. Veja bem, não há reconhecimento profissional, não há melhorias salariais e não há espaço físico adequado (Entrevista 4).

Ainda sobre essa questão é importante frisar que muitos trabalhadores procuram prestar um bom atendimento por receio que haja reclamações sobre suas intervenções e não por que estão sensibilizados em prestar atendimento com qualidade pautado nas diretrizes da PNH. Então, vejamos essa fala:

Hoje o usuário pode reclamar e até denunciar caso não seja bem atendido, isso serve para que muitos profissionais policiem suas ações, por outro lado, isso é muito triste, saber que muitas pessoas precisam desse tipo de estímulo para realizar seu trabalho de forma humanizada [...] se a coordenação deixar um pouquinho aberto, aí o negócio cai, então tem que ficar o tempo todo atento (Entrevista 7).

Destacamos, todavia, o fato de ter ficado evidente nas falas que as condições do processo de trabalho influenciam muito para a realização de um atendimento humanizado, entretanto a maioria também acredita que o essencial é o interesse profissional, é ele fazer o que gosta e saber se colocar no lugar do outro, como assevera esse entrevistado:

Eu acho que não depende da quantidade de salas, ou do quanto você ganha, às vezes você chega em uma casa bem pobrezinha e é tão bem atendido e às vezes chega em uma casa rica e nem é bem recebido [...] quando você vai para uma profissão dessa lidar com a vida humana, e não faz o que gosta, só quem sofre é o paciente mesmo (Entrevista 8).

De acordo com Sucupira (2005), a satisfação dos usuários está de certo modo na dependência da satisfação dos profissionais no exercício do seu trabalho. Desse modo é importante ouvi-los nas suas necessidades e desejos, observando a relação dialética entre direitos e deveres.

Nesse sentido, vale ressaltar que as mudanças advindas com a nova ordem econômica também é responsável pela flexibilização das relações de trabalho e pelo retrocesso dos direitos trabalhistas conquistados, como as formas de contratação e a jornada de trabalho (SANTOS; RIGOTTO, 2009). Cresce o número de trabalhadores terceirizados, que estão expostos a riscos ocupacionais mais relacionados à carga mental e psíquica. As relações de trabalho se tornaram mais competitivas, mais individualistas, o que fragiliza as lutas trabalhistas e traz maior dificuldade para a ação coletiva e sindical.

O trabalho na saúde não está descontextualizado do resto do mundo, o desenvolvimento dos processos produtivos, no atual estágio do capitalismo global, vem gerando desemprego e desvalorização do trabalho.

De acordo com Santos-Filho e Barros (2007), a satisfação do profissional é um conceito complexo estando relacionada a inúmeros fatores, tais como: expectativas, valores, problemas encontrados, poder de resolução, comprometimento e compromisso, salário, segurança no emprego e, em decorrência desses fatores, a satisfação pode ter várias percepções.

É preciso considerar, de acordo com Sucupira (2005), que a realidade atual dos serviços de saúde contribui para a desumanização na relação entre os profissionais e os usuários. Não se deve simplesmente culpabilizar os trabalhadores pelo tipo de atendimento que realizam. A rotina de trabalho vai muitas vezes impedindo que muitos consigam enxergar as situações inadequadas. Por outro lado, não se pode permitir que todas essas questões continuem servindo de desculpas para a realização de um 'mau' atendimento. Nesse sentido, a PNH propõe mudanças no modelo técnico assistencial, na estrutura organizacional dos serviços e nas relações entre os profissionais e destes com a população.

Quanto às mudanças proporcionadas pela PNH em benefício dos usuários todos os entrevistados reconhecem

ter havido melhorias. A fala de um entrevistado expressa essa melhoria: "Hoje o usuário chega aqui, ele tem que ser acolhido, tem que ser ouvido desde a entrada na recepção até a saída pela farmácia" (Entrevista 10).

A implantação da humanização, sobretudo com o acolhimento, acarretou ganhos significativos para os usuários que podem ser facilmente visualizados na unidade de saúde, valendo destacar a melhoria da comunicação que o usuário tem com a equipe profissional, a facilidade de acesso à gestão local, o reconhecimento do atendimento como direito, a ausência das filas que perdurava de um dia para o outro para marcação de consultas e a diminuição do tempo de espera, essa outra fala evidencia isso:

Eu acho que os ganhos são enormes, porque no momento em que eu me sensibilizo com a situação do paciente, eu tento resolver o máximo possível (Entrevista 8).

Quando indagados sobre as diretrizes da PNH, os entrevistados não souberam informar quais eram as preconizadas pela política, por isso não sabiam informar se as mesmas eram importantes para a sua intervenção profissional.

Com relação às dificuldades de efetivação da Política na Unidade de Saúde, eles apontaram à falta de ambiência, a infraestrutura física como o principal fator somado às fragilidades dos processos de trabalho, a insuficiência de insumos e de recursos humanos e ao fato de alguns trabalhadores ainda não estarem sensibilizados para a prática da humanização. Sobre essa questão eis o relato de um entrevistado:

É preciso identificar os funcionários que não conseguem aderir às orientações e está o tempo todo sensibilizando, treinando, aí a gestão precisa ter um olhar crítico e identificar aqueles que precisam ser melhor trabalhados, não é que não precise sensibilizar todos, mas existem alguns que precisam ser melhor trabalhados. É preciso melhorar o espaço físico, pois essa unidade não atende às exigências de ambiência; não há salas adequadas que garantam sigilo e privacidade; existe muito barulho. Eu não vejo vontade da

gestão em resolver, projetos são feitos, mas nada concretizado. A gestão já perdeu a credibilidade, enquanto trabalhador a gente faz com o que pode, mas isso é angustiante, você se sente desvalorizado. É preciso melhorar os insumos, falta maca, até papel toalha (Entrevista 5).

A PNH conceitua ambiência como ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas, quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, pelo olfato e pela audição, por exemplo: a luminosidade, os ruídos do ambiente, a temperatura, etc.

O conceito de ambiência preconizado por essa política apresenta três eixos: espaço que visa conforto focado na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos; espaço que possibilita encontro de sujeitos; espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2008).

De modo geral, os trabalhadores expressaram um entendimento de que a Unidade de Saúde tem conseguido atender alguns aspectos da PNH. Conforme seus próprios relatos, se comparado a outros centros de saúde do município, porém, acreditam que muito ainda precisa ser feito para que a humanização seja vista como um direito do usuário e não apenas como uma obrigação do trabalhador ou uma determinação governamental.

Esse posto atende as exigências com certeza, nós sentimos isso em cada visita, eu faço questão de perguntar como foi cada consulta, como foi o atendimento, se a pessoa ficou com dúvida, se posso ajudar em algum encaminhamento. O que eu escuto é: olha o atendimento foi bom, foi esclarecedor, quando eu cheguei ao posto não sabia para onde ir, mas logo veio uma moça e perguntou “posso ajudar?” E falou “olha o Senhor se dirija para aquela sala, aqui você vai resolver, vamos que eu vou com você [...]” lógico que tem muita coisa para ser melhorada,

mas que aqui as pessoas são bem atendidas são, diferente de outros postos de saúde aqui mesmo perto do nosso bairro (Entrevista 8).

Para a PNH, humanizar o atendimento significa valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde (usuários, trabalhadores e gestores), incluindo valores como autonomia e protagonismos dos sujeitos, corresponsabilidade, estabelecimento de vínculos solidários e participação coletiva no processo de gestão.

De acordo com Sucupira (2005), pequenos detalhes fazem a diferença e interferem significativamente no acolhimento do usuário: o modo como a unidade se organiza para recebê-lo, desde a recepção até os trajetos no seu interior, as filas para a realização dos procedimentos, ou a ausência de um lugar confortável para essa espera e o direito a privacidade no momento do atendimento.

Ressaltamos, todavia, a fragilidade da importância dada a realização das atividades coletivas, da ampliação da clínica para além da epidemiologia da doença, da relevância de outros saberes profissionais e do fortalecimento da equipe de saúde com seu território de abrangência. Isso ficou evidenciado nas falas dos entrevistados, como também, através da observação participante.

Enfatizamos o fato de que, apesar de muitos afirmarem que a humanização está relacionada com a postura profissional que inclui seus valores éticos e os de sua formação profissional, esteve implícito nas falas e também pôde ser sentido na observação da pesquisadora, que o processo de trabalho interfere mais do que é relatado, fato que é comentado em quase todas as entrevistas, mesmo que não houvesse um interesse da pesquisa em aprofundá-lo, haja vista nosso interesse de desvelar a compreensão dos profissionais sobre a política de humanização focando nas mudanças trazidas para o atendimento com o usuário.

Considerações finais

No momento em que destacamos a importância da PNH como uma ferramenta de superação das iniquidades no acesso e melhoria da qualidade das ações da

saúde, observamos na prática que é urgente reconhecer os direitos dos usuários a esses serviços, explicitando as reais condições em que se dão os processos de trabalho e o papel central dos profissionais de saúde na interface entre técnica, ética e política. Nesse sentido, é necessário questionar se esses trabalhadores estão em condições de garantir um cuidado orientado pela perspectiva política crítica da PNH.

Do ponto de vista da PNH, a problemática caracterizada como desumanização que se configura nas situações de filas, insensibilidade dos trabalhadores frente ao sofrimento das pessoas, os tratamentos desrespeitosos, o isolamento das pessoas de suas redes sociofamiliares nos procedimentos, consultas e internações, as práticas de gestão autoritária, as deficiências nas condições concretas de trabalho, incluindo a degradação nos ambientes e nas relações de trabalho, derivam de condições precárias da organização de processos de trabalho. A PNH compreende que esses fenômenos, genericamente apontados como desumanização, expressam mais que falhas éticas individuais de um ou outro trabalhador ou gestor, corresponde a acontecimentos cuja origem não está no fato em si, que apenas revela e expressa determinadas concepções de trabalho e de suas formas de organização (BRASIL, 2010).

Observamos, com a conclusão deste artigo, que existem muitas dificuldades para a efetivação da PNH no CSF pesquisado, das quais se destacam: a fragilidade dos vínculos estabelecidos entre as equipes da ESF e os usuários por elas referenciados; o processo de trabalho ao qual estão submetidos seus trabalhadores; a ausência de educação permanente, sobretudo quanto

aos conhecimentos da PNH; e a precária infraestrutura física dos locais de atendimentos.

Por outro lado, destacamos que, apesar das dificuldades de implementação da PNH, muitas são as mudanças positivas em benefício dos usuários que procuram o referido CSF, a saber: implantação do acolhimento; reconhecimento por parte dos trabalhadores que a saúde é um direito do usuário; ausência das filas no turno da noite; diminuição no tempo de espera por uma consulta e facilitação do acesso aos serviços ofertados pela unidade de saúde e, em consequência, aos serviços ofertados pelo Sistema de Saúde especializado.

Nesse sentido, acreditamos que é necessário ampliar o diálogo entre os profissionais, a população e a gestão municipal, com o intuito de promover de fato uma gestão mais participativa em que todos reconheçam seus direitos e exerçam seus deveres de forma consciente e equânime. Somente através de vontade política e organização social a humanização no atendimento deixará de ser uma utopia e poderá ser de fato reconhecida como uma política que transversaliza as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, implicando na construção de trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos.

Em suma, entendemos que, para que o SUS possa dar as respostas para as quais ele foi criado, faz-se urgente o reconhecimento do que se tem de mais rico em todo esse processo; a valorização do humano e tudo o que a ele se relaciona, pois de nada adiantará inventar novas tecnologia ou estratégias se não compreendermos que o maior investimento deve ser feito nas pessoas envolvidas. ■

Referências

ANDRADE, L.O.M.; BEZERRA, R.C.; BARRETO, I.C.H.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaios sobre afirmação e negação do trabalho*. São Paulo: Bom tempo, 1999.

BRASIL. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização*. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Formação e intervenção/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. *Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 de Março 2008, S.1, n.43.

BRAVO, M.I.S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A.E. et al. (Orgs.). *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. 2. Ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

FONTANELLA, B.J.B. *et al.* Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, jan. 2008, p. 17-27.

MINAYO, M.C.S. *et al.* *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

_____. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

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: MERHY, E. E. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público*. São Paulo: Editora Xamã, 1998.

PAIM, J.S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA-FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 2003. Capítulo 20, p. 587-602.

SANTOS, A.L.; RIGOTTO, R.M. *Território e processos de territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica*. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2009.

SAMPAIO, J.J.C. Humanização em Saúde: um problema prático, uma utopia necessária. In: Fortaleza Humaniza SUS. *Curso de extensão universitária*. Fortaleza: Caderno de Textos, 2005. v. 01.

SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. de. *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. São Paulo: Editora Unijuí, 2007.

STARFIELD, B. *Atenção Primária à Saúde e a organização de redes regionais de Atenção à Saúde no Brasil*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SUCUPIRA, A.C. *O Acolhimento como expressão do direito à saúde*. In: Fortaleza Humaniza SUS. *Curso de extensão universitária*. Fortaleza: Caderno de Textos, 2005. v. 01.

Recebido para publicação em Julho/2011
 Versão definitiva em Março/2012
 Suporte financeiro: Ministério da Saúde
 Conflito de interesse: Inexistente

Estratégias ou táticas alternativas: procurando novos caminhos para a promoção da saúde entre modelos assistenciais e processos de trabalho

Strategies or alternative tactics: seeking new ways to promote health assistance between models and working procedures

Italla Maria Pinheiro Bezerra¹, Ana Karla Sousa de Oliveira², Cesar Cavalcanti da Silva³, Eufrásio Andrade Lima Neto⁴, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva⁵

¹Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. Professora da Faculdade de Juazeiro do Norte (FJN) – Juazeiro do Norte (CE), Brasil e da Universidade Regional do Cariri (URCA) – Crato (CE), Brasil.
itallamaria@hotmail.com

²Mestre do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da UFPB – João Pessoa (PB), Brasil. Professora da Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Teresina (PI), Brasil.
annahkarla@yahoo.com.br

³Doutor em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professor do Departamento de Enfermagem Clínica (DENC) da UFPB – João Pessoa (PB), Brasil.
profccs@yahoo.com.br

⁴Doutor em Ciências da Computação pela UFPB – João Pessoa (PB), Brasil. Professor do Departamento de Estatística (DE) da UFPB e do curso de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da UFPB – João Pessoa (PB), Brasil.
eufrásio@de.ufpb.br

⁵Doutora em Enfermagem pela USP – São Paulo (SP), Brasil. Professora do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde e do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria da UFPB – João Pessoa (PB), Brasil.
anatmc8@yahoo.com.br

RESUMO Objetivou-se analisar o processo de trabalho dos profissionais médicos e enfermeiros que desenvolvem alguma estratégia alternativa nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa (PB). Utilizou-se de entrevistas e a técnica da Análise do Discurso para construção das categorias empíricas. Evidenciou-se a ocorrência de três categorias pouco consideradas pelos modelos assistenciais tradicionais: autonomia, integralidade e empoderamento. Foi possível, também, apreender uma preocupação dos profissionais entrevistados com o rompimento de práticas tradicionais anteriores, na perspectiva de mudanças no processo de trabalho e busca de novos caminhos para a promoção da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Prática Profissional; Trabalho; Promoção da Saúde.

ABSTRACT *The objective of this work was to analyze the work processes of doctors and nurses that develop some alternative strategy in the Family Health Units of the city of João Pessoa, Paraíba. We used interviews and discourse analysis technique for the construction of empirical categories. It was revealed the occurrence of three categories considered by some traditional models of care: autonomy, integrity and empowerment. It was also possible to grasp a concern of the professionals interviewed with the disruption of traditional practices earlier in anticipation of changes in the process of work and seeking new ways to promote health.*

KEYWORDS: Professional Practice; Work; Health Promotion.

Introdução

Ao longo dos anos, diante da situação de crise do setor saúde no Brasil, vários modelos assistenciais foram experimentados com propósitos de organizar as práticas de saúde, no sentido de proporcionar sustentação processual para atos e ações desenvolvidas pelos profissionais da saúde.

Assim, considerando que as políticas de saúde no Brasil refletem o momento vivido, a economia vigente e as classes dominadoras, Villas Bôas, Araújo e Temóteo (2008) afirmam que, cada vez mais, tem-se a necessidade de se intervir no processo de produção de serviços e no trabalho dos profissionais, no sentido de redefinir objetos, métodos e instrumentos, na perspectiva do enfrentamento dos problemas impostos por essa realidade.

Nesse contexto, Gonçalves (1992) considera que a análise do processo de trabalho e seus elementos constitutivos, objetos, instrumentos e finalidade do trabalho, conformam arcabouço teórico adotado para nortear o processo de trabalho dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF), podendo evidenciar a lógica de produção das ações de saúde e apontar possíveis mudanças nos desenhos das práticas.

Considerando-se que a ESF está estruturada na lógica de Atenção Básica à Saúde, gerando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde, é necessário desenvolver processos de trabalho que estabeleçam uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade, desenvolvendo ações humanizadas, competentes e socialmente apropriadas (BRASIL, 2000).

Dessa forma, embora os pressupostos teóricos norteadores em saúde se materializem nas práticas cotidianas dos profissionais de saúde, corrobora-se com Alves (2005) ao considerar a relevância de se refletir criticamente sobre o processo de trabalho em saúde, visando à produção de novos conhecimentos e ao desenvolvimento de novas práticas de saúde consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em face ao exposto, acredita-se ser preciso trocar velhos por novos hábitos, exercer a criatividade, a reflexão coletiva, o agir comunitário, a participação democrática no sentido de propiciar soluções para cada

realidade singular. Por fim, é preciso transformar a prática de saúde em processos dinâmicos, participativos e solidários (PEREIRA *et al.*, 2010).

Tendo em vista a urgente necessidade de refletir criticamente sobre o processo de trabalho dos profissionais da ESF, coloca-se como problema a ser superado com base nessas reflexões, a invisibilidade do uso de estratégias ou táticas alternativas às práticas de saúde hegemônicas, muitas vezes utilizadas por médicos e enfermeiros, mas dificilmente reverberadas entre pares de suas respectivas áreas.

As reflexões apresentadas neste artigo derivam de pesquisa acadêmica, na qual se buscou analisar o processo de trabalho dos profissionais médicos e enfermeiros que afirmaram desenvolver alguma estratégia alternativa nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa (PB).

Aspectos Metodológicos

No âmbito da saúde, no que se refere à Atenção Básica, João Pessoa está dividido em cinco Distritos Sanitários que têm como objetivo organizar a rede de cuidado progressivo de saúde, capitaneada pelas 180 Unidades de Saúde da Família, organizadas para prestar a atenção básica, articulada com a rede de serviços especializados e a rede hospitalar (JOÃO PESSOA, 2006).

Dessa forma, a referida pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, desenvolvida no município de João Pessoa (PB), no período de agosto a dezembro de 2010, teve como *locus* as Unidades de Saúde da Família dos Distritos Sanitários I e II do referido município.

Ao ser realizado um levantamento, a partir de um questionário, foi possível identificar três Unidades de Saúde onde os profissionais afirmaram realizar algum tipo de estratégia ou tática alternativa. Assim, constituem-se como sujeitos da investigação esses profissionais, perfazendo um total de um médico e dois enfermeiros.

Foi utilizada, como técnica de coleta, a entrevista semiestruturada e o material empírico obtido foi agrupado, seguindo passos de acordo com a técnica de Análise de Discurso proposta por Fiorin (2005).

O projeto da pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CEP/CCS) da Universidade Federal da Paraíba, o qual foi aprovado com o parecer nº 0148.

Análise e Discussão dos Resultados

Os sujeitos do estudo foram profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família do Distrito Sanitário II do município de João Pessoa (PB), perfazendo um total de duas profissionais enfermeiras e uma médica.

Dentre os Atos de saúde desenvolvidos pelos profissionais de saúde em suas Unidades de Saúde da Família, que não estavam previstos no repertório de atividades dos modelos assistenciais vigentes (Privatista; Campanhista e da ESF), daí serem consideradas estratégias ou táticas alternativas, destacaram-se: terapia de canto; danças circulares; dinâmicas e trabalhos manuais.

Os temas identificados a partir dos depoimentos dos entrevistados geraram as seguintes categorias empíricas, representativas de cada elemento do processo de trabalho: Transformando os modos de atenção em saúde; A música, a dança, as dinâmicas e os trabalhos manuais como racionalidades alternativas na busca pela saúde; Descobrimo novos caminhos para promoção da saúde.

Transformando os modos de atenção em saúde

Para Gonçalves (1992), a capacidade teleológica do homem de antever o produto final do trabalho o constitui agente transformador de seu próprio processo de trabalho. Objeto, no processo de trabalho em saúde, está constituído por processos ou estados sociais, psíquicos ou biológicos, cuja alteração pode ter impacto positivo sobre a saúde de indivíduos, grupos de pessoas ou comunidades.

Ao relatar um dia típico de trabalho em suas Unidades de Saúde, os profissionais do estudo referiram estratégias alternativas, nas quais se buscou elucidar os elementos do processo de trabalho. Em algumas formas de assistência evidenciou-se, como objeto desse processo, as práticas curativistas focalizadas no indivíduo, revelando uma transformação no processo de trabalho no

sentido de enxergar os atos de saúde como coadjuvantes das ações de saúde e, portanto, um trabalho com a comunidade e não para a comunidade:

A estratégia é um modelo que ainda não se está implementado por completo, a gente procura acabar com a cultura da medicalização, implementando essas ações educativas; é preciso fazer as atividades educativas não para comunidade, mas com a comunidade [...] (Suj1).

Em harmonia com as ideias dos sujeitos da pesquisa, Faria e Araújo (2010) defendem ser imprescindível que os profissionais de saúde apreendam a necessidade de uma ampliação do objeto de trabalho proposto pelo modelo biomédico, na percepção de que o cuidado envolve muito mais do que a realização de procedimentos, envolvendo também a promoção e o controle de riscos de adoecimento, valorizando as singularidades e apostando na autonomia dos sujeitos, numa relação que é capaz de produzir cuidado.

Entretanto, Feuerwerker (2005) assevera que as ideias e os valores oriundos do modelo Privatista ainda são predominantes na sociedade. São eles que orientam a formação dos profissionais de saúde e estão presentes na cabeça dos trabalhadores do SUS, salientando que essas ideias e os interesses que elas representam interferem, a todo momento, na possibilidade de consolidação do SUS.

Vale ressaltar que se tem, na ESF, a alternativa de superação do paradigma dominante no campo da saúde, uma vez que se propõe mudança na concepção do processo saúde-doença, distanciando-se do modelo tradicional centrado em oferta de serviços voltados para a doença e investindo, também, em ações que se articulam com a saúde como condição de vida (TESSER *et al.*, 2010).

Com ênfase nessa lógica de pensamento, voltada para a mudança da concepção do processo saúde-doença, em outro relato, pode-se perceber que existe uma preocupação no modo de intervir na saúde dos usuários, tendo como objeto as práticas voltadas para doença, revelando uma transformação no processo de trabalho ao programar atos de saúde na perspectiva de considerar as condições de vida do usuário:

[...] temos muitos casos de sofrimento psíquico, de doenças crônicas e cronicodegenerativas, dores e sintomas difusos que podem não estar associadas a nenhum diagnóstico específico, mas a um padrão de comportamento, de atividades, de qualidade de vida, como padrão de alimentação, que precisam ser considerados (Suj 2).

Corroborando a ideia apreendida a partir do relato do entrevistado, Erdmann *et al.* (2009) consideram que a ampliação da concepção de saúde realizada pela reforma sanitária, somada ao crescente processo de descentralização da saúde, acelerado desde a década de 1990, devem cumprir um papel indutor no sentido da mudança, tanto no campo das práticas de saúde, como no campo da formação profissional.

Nesse enfoque, Silva, Sarreta e Bertani (2007) defendem que a visão de saúde na concepção integral, ao considerar os diversos fatores determinantes e condicionantes das condições de vida da população, prevê que as ações devam ser desenvolvidas sobre o ambiente e os indivíduos, destinadas à proteção, promoção e recuperação da saúde, e voltadas para a erradicação das causas sociais que interferem maleficamente sobre a saúde.

Entretanto, Campos *et al.* (2008) alertam para os riscos de se adotar o conceito ampliado de saúde como remédio para todos os males, pois, embora carregue um vistoso discurso sobre a abertura para o social, também reduz a complexidade do processo saúde e doença quando imagina que essa linha de produção da saúde daria conta de toda a complexidade desse processo.

Ainda foi referida pelos profissionais a preocupação sobre o modo de desenvolver as ações educativas, tendo como objeto as práticas tradicionais, ressaltando a forma utilizada para programá-las:

[...] é tentar dinamizar, sair do óbvio, não deixar que fique em caráter repetitivo; fugir do que normalmente se vê nos grupos; dizendo o que faz e não se pode fazer; é preciso voltar-se para o usuário (Suj 3).

Percebe-se, na descrição metodológica das atividades educativas relatadas pelo profissional, uma tendência para sair de ações reiterativas e tradicionais, onde

o sujeito apenas reproduz múltiplas tarefas de caráter instrumental e pouco inovadoras, o que está em harmonia com os pensamentos de Acioli (2008) quando considera que uma das formas de intervenção junto à comunidade para prevenção de agravos e promoção da saúde pode ser realizada por meio da implementação de ações educativas nesse campo que devem ser dialógicas e reconhecer o caráter histórico dos determinantes sociais, políticos e econômicos do processo saúde-doença.

No entanto, para Albuquerque e Stotz (2004) e Alves (2005), tradicionalmente, a educação em saúde tem sido um instrumento de dominação e de afirmação de um saber dominante, constituindo um modelo hegemônico, o qual pouco tem atuado na promoção da saúde de forma ampla. As estratégias dessa prática educativa incluem informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde, realidade que está se tentando romper, como evidenciado no discurso acima.

Diante do que foi retratado como objeto do processo de trabalho dos profissionais de saúde, percebe-se uma preocupação com a transformação dos modos de assistência em saúde utilizados em seus cotidianos de trabalho. Entretanto, para manipular ou transformar esses objetos, é necessário empregar tecnologias ou meios de trabalho (PAIM, 2008).

A música, a dança, as dinâmicas e os trabalhos manuais como racionalidades alternativas na busca pela saúde

Para Egry *et al.* (2009), no processo de trabalho em saúde, é imperativo o conhecimento de instrumentos que articulem e ao mesmo tempo intervenham sobre objetos para consecução das finalidades. Observa-se que, no trabalho da ESF, as unidades de saúde e as equipes recorrem a diferentes instrumentos, sem, contudo, saber se conseguem reconhecer as necessidades de saúde e se permitem enfrentá-las.

Nessa perspectiva, considerando os instrumentos como saberes alternativos associados a saberes de saúde e empregados em conjunto, como indicam os depoimentos a seguir, música, dança, trabalhos manuais e dinâmicas, foram mencionados como os instrumentos buscados pelos profissionais para intervirem no objeto de trabalho relatado por esses:

[...] Aqui na Unidade tenho a Terapia de canto; é um trabalho com a música (Suj 1).

[...] Realizo práticas corporais [...]; todo mês tem o momento com o grupo de idosos aqui da igreja para dançar as danças circulares com eles [...] (Suj 2).

[...] Temos o Grupo Feliz Idade; evitamos fazer palestras; trabalhamos com trabalhos manuais e com dinâmicas [...] (Suj 3).

Diante de situações adversas e complexas de adoecimento, pobreza e exclusão vivenciadas pelas comunidades mais periféricas, o recurso à arte, cultura, atividades físicas e laborativas e socializações apareceram como alternativas para romper com a manutenção do modelo medicalizante, dentro da ESF (UCHÔA, 2009).

Entretanto, ainda é preciso que se reflita sobre o uso consciente da arte nos serviços de saúde, de forma a manter uma atitude ética relacionada ao respeito à autonomia do cliente em desejar a presença do uso da música, por exemplo, no espaço terapêutico e sua escolha em determinados momentos (BERGOLD; ALVIM; CABRAL, 2006).

Por outro lado, Krug *et al.* (2010), em estudo sobre o processo de trabalho na ESF, evidenciaram uma reclamação desses profissionais por mais autonomia no trabalho como um aspecto favorável à manutenção do processo e um incentivo à experimentação de novas formas de produzir saúde.

Diante desses aspectos, percebe-se que os profissionais veem nas Unidades de Saúde um espaço em que podem exercer sua criatividade e, conjuntamente com a comunidade, construir novas formas de fazer saúde, não se resumindo ao habitual dos demais programas, caracterizados por sua verticalidade e assistencialismo.

Descobrimos novos caminhos para promoção da saúde

Considerando o trabalho da Terapia de Canto implementado pelo profissional de saúde, percebe-se em seus depoimentos que, além de considerar os benefícios da música para os usuários, enfatiza-se que a importância

do vínculo entre comunidade e profissionais de saúde, tomado como elemento essencial para estreitamento dessa relação e efetivação da promoção da saúde, conforme se depreende do discurso a seguir:

A gente precisa que a comunidade participe dessa promoção da saúde e isso só acontece quando a gente encurta esta questão do vínculo, da distância [...] (Suj 1).

Schmidt e Lima (2004) e Machado (2007) reforçam a noção de que o vínculo envolve afetividade, ajuda, estímulo à cidadania e autonomia. No entanto, em estudo sobre a Humanização na Atenção Básica, Coelho e Jorge (2009) evidenciaram que, nas Unidades estudadas, ainda ocorre um atendimento acompanhado de modos de atenção baseados apenas na relação queixa-conduta, tornando automático o contato entre trabalhadores e usuários, e fortalecendo apenas a valorização do pólo doença.

Nessa perspectiva, tendo a comunidade como sua aliada, torna-se mais fácil efetivar as ações de Promoção da Saúde, finalidade mencionada pelo sujeito da pesquisa, quando relata que o grupo de música é uma forma de efetivar a Promoção da Saúde:

A terapia do canto se trabalha visando o vínculo com a promoção da saúde [...] a gente está oferecendo dentro da ESF esse espaço não para falar sobre doenças, problemas de saúde, mas para falarem entre si, eles crescerem entre si, conhecendo melhor a realidade deles (Suj 1).

Defendendo essa forma de atuação junto à comunidade, Machado e Vieira (2009) salientam que, embora o modelo 'biologicista', centrado na doença, ainda seja forte no país, quer seja incorporado na prática dos profissionais ou na percepção da população, a ESF foi proposta como uma dinâmica diferente para a organização dos serviços básicos de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade, fazendo-se necessário que os profissionais tenham visão integral do indivíduo e da família, trabalhando com suas reais necessidades e disponibilidades, valendo-se de prática tecnicamente competente e humanizada, pelas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

No entanto, Ronzani e Silva (2008), apesar de corroborarem essas ideias, destacam que conciliar necessidades de saúde e orientações capazes de produzir impactos sobre a saúde da população de forma dialógica e interativa, ainda é um desafio vivenciado na ESF pelos profissionais no cotidiano, pois ainda não consideram os usuários como sujeitos e participantes do planejamento em saúde.

Ao pronunciar, em seu discurso, que a Terapia de canto é um espaço para o crescimento do usuário, o profissional de saúde demonstra seu empenho em utilizar a autonomia do cliente, como uma nova ferramenta de trabalho. Tal manifestação aponta para a integralidade da atenção à saúde.

Leonello e Oliveira (2010) concordam que a integralidade, dentre outros aspectos, relaciona-se à atitude do profissional de saúde frente aos sujeitos, criticando e opondo-se a uma visão reducionista que visualiza o sujeito como objeto, isto é, como uma doença, um aparelho fisiológico ou uma queixa pontual. Defendem, pois, uma visão ampliada e, portanto, integral do cuidado à saúde, partindo das necessidades de saúde dos sujeitos assistidos, considerando seus modos de viver e enfrentar os problemas de saúde.

A mudança de comportamento dos usuários através das práticas sobre seu corpo, como a utilização das danças circulares, também constituíram finalidade do processo de trabalho para um dos profissionais selecionados pelo estudo.

[...] essas práticas têm ajudado a mudar algumas pessoas, servindo para se abrir e se reconhecer, e participar um pouco mais do processo; favorece na conscientização dos usuários sobre a sua rotina, padrão de vida, quem sabe a partir daí promover alguma mudança [...] (Suj 2).

Percebe-se que, ao inserir práticas corporais no seu processo de trabalho, a profissional tenta superar a visão predominantemente assistencialista para articular atos que envolvem saúde e condições de vida, respondendo assim a questão da preocupação com a grande demanda de usuários com doenças crônicas em sua unidade.

Zago e Silva (2003) assinalam que a dança, ao permitir a maior convivência entre os integrantes,

proporciona-lhes maior confiança em si e nas outras pessoas, afastando-se o sentimento de solidão e isolamento, proporcionando, por exemplo, a adoção de hábitos de vida mais alegres que antes não conseguiam realizar.

Entretanto, falar em mudança de comportamento requer uma proposta que não se limite a informações pontuais, ressaltando que apenas o conhecimento em si, em relação à saúde e à doença, não é suficiente para promover saúde, constatação corroborada por Freire (2009), ao afirmar ser fundamental a motivação da pessoa no processo de aprendizagem, que precisa ocorrer a partir de um processo dinâmico de ação de um sujeito, um ser social e de relações, objetivando promover uma autonomia nas decisões sobre a realidade que o cerca.

Para Alves (2005), a transmissão de informações aos usuários em função de uma mudança em seu comportamento é uma estratégia que toma os usuários como carentes de informação e utiliza informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde, estabelecendo, dessa forma, uma relação assimétrica entre profissional e usuário, que está longe do conceito e da necessidade de educação em saúde como um modelo dialógico.

A preocupação com a mudança de atitude e a qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde, sobretudo com os idosos que constituíam a maior parte de sua clientela, também motivou os profissionais a inserir as danças circulares como atividades de seu processo de trabalho:

[...] é a mudança de atitude, porque a partir daí as pessoas podem, elas mesmas, nutrir essa busca pela qualidade de vida (Suj 2).

Para Moretti *et al.* (2009) é consenso que a aquisição de 'qualidade de vida' engloba aspectos interligados e que têm relação com as condições materiais necessárias à sobrevivência e à satisfação das necessidades humanas básicas. Entretanto, o termo qualidade de vida abrange outros significados e integra várias dimensões de conhecimento, experiências, valores individuais e coletivos, e construção de sujeitos de direitos, sendo, no entanto, uma construção social que se realiza dada uma base territorial, por meio da intersectorialidade e da participação social.

Diante dessa realidade, Bodstein (2005) assevera que a efetividade das iniciativas de melhoria da saúde

e da qualidade de vida implica um profundo envolvimento dos atores e da população beneficiária, tornando-o mais efetivo na medida em que considerasse o processo de (re)construção de identidades culturais, o fortalecimento da cidadania e das redes sociais.

Desse modo, embora a profissional de saúde não faça menção ao termo empoderamento, percebe-se uma aproximação com essa ideia, uma vez que a partir do momento que visa mudança de comportamento, sendo essa proporcionada com atos de promoção da saúde voltados para as condições de vida dos usuários, essa propõe, como ela mesma relata, uma mudança de atitude, voltada a busca da qualidade de vida. Para tanto, é necessário que crie ao usuário possibilidade de tomada de decisão consciente sobre sua saúde.

Nesse contexto, Machado, Vieira e Silva (2010), partindo do entendimento que empoderamento está voltado para a aquisição de poder técnico e político pelos indivíduos e pela comunidade, defendem que o poder e controle das pessoas sobre o seu destino produzem ações concretas e efetivas na tomada de decisão para o atendimento das prioridades, na definição de estratégias e na sua implementação, visando à melhoria das condições de saúde.

Ainda foi possível evidenciar que ao inserir novas formas de implementar as ações educativas no Grupo Feliz Idade, a partir de dinâmicas e trabalhos manuais, identificou-se como finalidade a tentativa de consideração das diversas experiências de vida ali reunidas para implementação dessas ações:

A gente procura considerar as experiências dos usuários para construir com eles os temas e realizar as dinâmicas [...] (Suj 3).

Ao considerar as experiências da comunidade, aponta-se para a superação de um modelo de educação em saúde pautado por normas com sessões programadas. Nessa perspectiva, Teixeira (2007) e Colomé e Oliveira (2008) defendem que a busca das necessidades da comunidade, a partir de suas experiências, é um processo de interação que possui um valor ético. Desse modo, a educação em saúde como prática que capacita indivíduos e grupos para se auto-organizarem a desenvolver ações, considerando suas próprias prioridades, orienta e

estimula a participação dos sujeitos nas ações dirigidas à melhoria de suas condições de vida e saúde.

Entretanto, essa perspectiva subjacente ao modelo da ESF, ainda pode ser um desafio para muitos profissionais de saúde, como ressaltam Toral, Conti e Slater (2009) ao revelarem que a prática pedagógica em saúde ainda se mantém baseada na ideia de que a compreensão do saber instituído sempre leva à aquisição de novos comportamentos e práticas, desconsiderando a história de vida do indivíduo, suas crenças, valores e sua subjetividade.

Ainda sobre o processo de educação em saúde, Boehs *et al.* (2007), em um estudo sobre a interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e cultura, relatam que ainda hoje grande parte dos profissionais de saúde bem intencionados trabalha com o conceito de cultura do início do século XX em que o outro (usuário/cliente) não sabe, ou não possui algo.

Entretanto, ao considerar as experiências dos usuários, subteve-se que a profissional de saúde não se insere nessa realidade, já que, ao utilizar-se de estratégias na tentativa de sair do habitual de um grupo educativo, ela também visa considerar o conhecimento prévio do usuário, como mostra o depoimento a seguir:

[...] A gente parte do princípio que é preciso considerar que todo mundo tem o conhecimento prévio [...] (Suj 3).

Com essa percepção de que o profissional não é dono do saber e que se precisa considerar o conhecimento dos usuários, para, em torno disso, planejar seus atos de saúde, aponta para uma educação de saúde além da transmissão, não se limitando às informações pontuais e focalizadas.

Acioli (2008) defende que no processo educativo em saúde é fundamental considerar o outro como sujeito detentor de conhecimento e não mero receptor de informações, uma vez que o processo de interação e de abertura ao saber do outro propicia uma construção compartilhada de conhecimentos e de formas de cuidado diferenciadas, pensamentos que estão em consonância com a proposta da profissional de saúde, uma vez que essa, ao intervir na saúde do usuário, considera que esse tem o conhecimento prévio, que deve ser respeitado.

No entanto, ainda se observa no âmbito da ESF que não é uma tarefa fácil para alguns profissionais de saúde repensar suas práticas educativas dentro de uma visão mais ampla de saúde, como propõe tal modelo. Muitas vezes, o profissional de saúde, por acreditar estar socialmente investido de autoridade sanitária, pensa possuir, sob monopólio, o conhecimento verdadeiro e absoluto sobre os temas que envolvem saúde e doença, e dessa forma impõe, em nome de interesses maiores da coletividade, o tipo de comportamento que os indivíduos devem assumir (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004)

Os trabalhos manuais também citados como instrumentos do processo de trabalho pela profissional de saúde selecionada para o estudo, têm por finalidade tornar os participantes mais ativos e atraídos pela atividade:

[...] espere-se ainda que eles se sintam mais atraídos, que se sintam ativos; que não fique cansativo e para isso eu também tento inserir trabalhos manuais [...] (Suj 3).

Machado, Vieira e Silva (2010) assinalam que a produção de saúde através de processos articulados de promoção requer um esforço e exercício coletivo para o desenvolvimento de estratégias de educação em saúde que viabilizem e incorporem práticas saudáveis e habilidades por parte do usuário como elemento de concretude dessa proposta, numa perspectiva democrática que valorize a inserção dos membros da sociedade como seres ativos, autônomos e participativos.

Entretanto, embora seja uma forma diferente de atuar e implementar as ações de educação em saúde, não se pode afirmar que essa estratégia, de fato, contribui para a saúde do usuário, podendo ser considerada apenas como um artifício para atrair usuários ao grupo. Horta *et al.* (2009), ao fazerem uma análise sobre a promoção da saúde, com algumas experiências apontadas como inovadoras das práticas em saúde, dentre elas grupos de artesanato e de trabalhos manuais, afirmaram tratar-se de experiências pontuais, realizadas de maneira não sistematizada, sem maiores resultados práticos.

Considerações Finais

A análise dos elementos do processo de trabalho dos profissionais que operacionalizam estratégias ou táticas alternativas revelou como 'objeto desse processo', diferentes modos de intervir na saúde da comunidade, cooptando os usuários para uma participação mais ativa na busca pela promoção da saúde, tanto individual quanto comunitária.

Para levar adiante o processo de cooptação dos usuários, os profissionais de saúde utilizam alguns 'instrumentos alternativos' aos processos de trabalho usuais, dentre os quais, a dança, a música, as dinâmicas e os trabalhos manuais, utilizando-se de outros saberes, para além dos saberes da saúde, para empoderar os usuários e fazê-los repartir suas experiências exitosas com outros membros da comunidade.

Quanto às 'finalidades' do processo de trabalho, evidenciou-se a ocorrência de três categorias pouco consideradas pelos modelos assistenciais tradicionais: autonomia, integralidade e empoderamento. Foi possível também, apreender uma preocupação dos profissionais entrevistados com o rompimento de práticas tradicionais anteriores, na perspectiva de mudanças no processo de trabalho e busca de novos caminhos para a promoção da saúde.

Ressalta-se, ainda, que as estratégias desenvolvidas pelos três profissionais de saúde, também indicam um avanço quanto à implementação de ações educativas na perspectiva de romper com ações pontuais e focalizadas, limitadas à transmissão de informação, características ainda comuns na implementação nas ações de educação em saúde.

Assim, esses conhecimentos merecem ser discutidos pelos gestores e profissionais de saúde, no sentido de ampliar a inserção de diferentes instrumentos que permitam intervir na saúde da comunidade, desvelando o fato de que esses podem impulsionar mudanças no modelo assistencial vigente, abrindo possibilidades para sua superação. ■

Referências

- ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. 1, jan./fev. 2008, p. 117-121.
- ALBUQUERQUE, P.C.; STOTZ, E.N. Popular education in primary care: in search of comprehensive health care. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 8, n. 15, mar./ago. 2004, p. 259-274.
- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, set./fev. 2005, p. 39-52.
- BERGOLD, L.B.; ALVIM, N.A.T.; CABRAL, I.E. O lugar da música no espaço do cuidado terapêutico: sensibilizando enfermeiros com a dinâmica musical. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 2, abr./jun. 2006, p. 262-269.
- BOEHS, A.S. et al. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito cultura. *Texto e contexto-Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 2, abr./jun. 2007, p. 307-314.
- BODSTEIN, R.C. A. Institucionalização da avaliação como estratégia de fortalecimento da atenção básica. *Boletim Abrasco, Rio de Janeiro*, v. 94, 2005, p. 14-15.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A implantação da unidade de saúde da família*. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, DF, 2000.
- CAMPOS, G.W.S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, set./out. 2009, p. 1523-1531.
- COLOMÉ, J.S.; OLIVEIRA, D.L.L.C. A educação em saúde na perspectiva de graduandos de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 28, n. 3, set. 2008, p. 347-353.
- EGRY, E.Y. et al. Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na Estratégia Saúde da Família. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, Ribeirão Preto, v. 43, n. especial 2, dec. 2009, p. 1181-1186.
- ERDMANN, A.L. et al. O olhar dos estudantes sobre sua formação profissional para o Sistema Único de Saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 3, mai./jun. 2009, p. 288-294.
- FARIA, H.X.; ARAÚJO, M.D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 2, 2010, p. 429-439.
- FEUERWERKER, L.C.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do Sistema Único de Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 18, set./dez. 2005, p. 489-506.
- FIORIN, J.L. *Elementos de análise do discurso*. São Paulo: Contexto/Edusp, 2005.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2009.
- HORTA, N.C. et al. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. *Revista Atenção Primária em Saúde*, Juiz de Fora, v. 12, n. 3, jul./set. 2009, p. 293-301.
- KRUG, S.B.F. et al. O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. *Textos Contextos*, Porto Alegre, v. 9, n. 1, jan./jun. 2010, p. 77-88.
- JOÃO PESSOA. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde de João Pessoa*, estabelecido para o triênio 2006-2009. João Pessoa, 2006.
- LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. *Promoção da saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira e Lente, 2004.
- LEONELLO, V.M.; OLIVEIRA, M.A.C. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 3, mai./jun. 2010, p. 366-370.
- MACHADO, M.F.A.S. *Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no Programa Saúde da Família por meio da participação habilitadora*. 2007. 197f (Tese) - Fortaleza: Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, 2007.
- MACHADO, M.F.A.S.; VIEIRA, N.F.C. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, mar./abr. 2009.
- MACHADO, M.F.A.S.; VIEIRA, N.F.C.; SILVA, R.M. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no Programa Saúde da Família por meio da participação habilitadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, jul. 2010, p. 2133-2143.
- GONÇALVES, R.B.M. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 1992. (Cadernos CEFOR).
- MORETTI, A.C. et al. Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 2, jun. 2009, p. 346-354.

- PAIM, J.S. *Desafios para saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2008.
- PEREIRA, A.D. *et al.* Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 31, n. 1, mar. 2010, p. 55-61.
- RONZANI, T.M.; SILVA, C.M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, jan./fev. 2008, p. 23-34.
- SCHIMIDT, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe de Programa de Saúde da Família. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, nov./dez. 2004, p. 1487-1494.
- SILVA, E.; SARRETA, F.O.; BERTANI, I.F. As políticas públicas de saúde no Brasil: o sistema único de saúde (SUS) e a rede de saúde em Franca. *Serviço Social & Realidade*, Franca, v. 16, n. 1, jan./jun. 2007, p. 81-103.
- TEIXEIRA, E. Práticas educativas em grupo com uma tecnologia sócio-educativa: vivências na Ilha de Caratateua, Belém. *Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, mar. 2007, p. 155-159.
- TESSER, C.D. *et al.* Concepções de promoção da saúde que permeiam o ideário de equipes da estratégia saúde da família da grande Florianópolis. *Revista de Saúde Pública*, Florianópolis, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010, p. 42-56.
- TORAL, N.; CONTI, M.A.; SLATER, B. A alimentação saudável na ótica dos adolescentes: percepções e barreiras à sua implementação e características esperadas em materiais educativos. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, nov. 2009, p. 2386-2394.
- UCHÔA, A.C. Experiências inovadoras de cuidado em Programa de Salud de la Familia (PSF): potencialidades y límites. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, n. 29, abr./jun. 2009, p.299-311.
- VILLAS BÔAS, L.M.F.M.; ARAÚJO, M.B.S.; TEMÓTEO, R.P.S. A prática gerencial do enfermeiro no Programa Saúde da Família na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, jul./ago. 2008, p.1355-1360.
- ZAGO, A.V.; SILVA, A.S. Dançando com a terceira idade. *A terceira idade*, São Paulo, v. 14, n. 28, set. 2003, p. 54-73.

Recebido para publicação em Janeiro de 2011

Versão definitiva em Fevereiro de 2012

Suporte financeiro: Fundação de Apoio à Pesquisa da Paraíba (Fapesq-PB)

Conflito de interesse: Inexistente

Efetividade do controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família em João Pessoa (PB)

Effectiveness of hypertension control in a family health unit in João Pessoa, Paraíba state, Brazil

Neir Antunes Paes¹, Fábio Alencar de Andrade²

¹Pós-Doutorado na Universidade Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health – Baltimore (MD), Estados Unidos. Professor Associado do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. antunes@de.ufpb.br

²Mestre em Modelos de Decisão e Saúde pela UFPB. Gerente Operacional do Complexo Regulador da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB) – João Pessoa (PB), Brasil. fabio_estatistic@yahoo.com.br

RESUMO Neste estudo avaliou-se o impacto do acompanhamento e efetividade do controle da hipertensão arterial de usuários da Estratégia de Saúde da Família, analisando sua associação com fatores de risco da maior unidade de saúde do município de João Pessoa (PB). Pesquisamos 353 hipertensos adultos, cadastrados em 2004 a 2006. Destes, 109 (31%) foram acompanhados durante 2007. Aplicou-se o modelo de regressão logística múltipla. A variável 'desfecho' foi categorizada pelas reduções da pressão arterial, e as de exposição — sociodemográficas, fatores de risco e pressão arterial dos acompanhados — por tipo de assiduidade. A prevalência dos assíduos acompanhados foi de 37%. Quanto mais elevados os níveis pressóricos iniciais, maiores as chances de redução. Os resultados apontam baixa cobertura, baixo nível de acompanhamento e pequena redução da pressão arterial.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão; Fatores de risco; Avaliação de programas e projetos de saúde; Avaliação em saúde.

ABSTRACT *In this study was assessed the impact of monitoring and effectiveness of the hypertension control in users of the Family Health Strategy, analyzing its association with risk factors of the biggest health unit in the city of João Pessoa, Paraíba, Brazil. We analyzed 353 hypertensive adults, enrolled between 2004 and 2006. Of these, 109 (31%) had been followed during 2007. The multiple logistic regression model was applied. The 'outcome' variable was categorized by reductions in blood pressure, and the independent — sociodemographic, risk factors and blood pressure accompanied — by type of attendance. The prevalence of frequent users was 37%. The higher the initial blood pressure the greater the chances of reduction. The results show a low coverage, low-level monitoring and a small reduction in blood pressure.*

KEYWORDS: *Hypertension; Risk factors; Program evaluation; Health Evaluation.*

Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) se constitui em um dos problemas de saúde pública de maior prevalência na atualidade. Estudos conduzidos em várias cidades brasileiras mostram que a presença de hipertensão arterial na população urbana adulta variou de 22,3 a 43,5%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido (ZAITUNE *et al.*, 2006). Ela é responsável pelo número elevado de mortes de pessoas por doença arterial coronariana. Associada ao diabetes, atinge cerca de metade dos casos de portadores de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006). Além disso, é considerada o principal fator de risco para o acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, e também da doença renal crônica terminal.

Segundo Medeiros (2006), a HAS é assintomática e progride lentamente para o desencadeamento das lesões dos órgãos-alvo. Em geral, essas lesões aparecem após dez anos da presença da hipertensão arterial. Dessa forma, o objetivo principal do tratamento não é a redução dos sintomas, mas a prevenção das complicações.

Diante da relevância do problema, medidas de contenção do seu avanço se justificam plenamente, não apenas com ênfase no diagnóstico e tratamento dos indivíduos já acometidos e/ou na identificação daqueles mais suscetíveis ao desenvolvimento da hipertensão.

Tem-se apontado uma relação entre os níveis pressóricos de uma dada população e as taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, assinalando que a redução média de 5 mmHg na pressão arterial diastólica (e/ou 10 mmHg na pressão arterial sistólica) diminui o risco de acidente vascular cerebral e o de coronariopatia de no mínimo um sexto (SALA; NEMES FILHO; ELUF-NETO, 1996).

As proposições de redução da morbimortalidade por doenças cardiovasculares (DCV) passam, então, pela diminuição dos níveis pressóricos (sistólico e diastólico) através de estratégias, sejam elas por meio de ações dirigidas a toda a população ou aos grupos considerados de risco, tais como os portadores de hipertensão arterial.

Autores como Mion *et al.* (2004) enfatizam que fatores de risco como sedentarismo, tabagismo e obesidade estão associados à hipertensão, levando às implicações médicas e sociais com enormes consequências.

Frente à crise vivida no setor da saúde, o Ministério da Saúde, em 1994, implantou o Estratégia Saúde da

Família (ESF) com o objetivo de reorganizar a prática assistencial a partir da atenção básica, substituindo o modelo tradicional, orientado para a cura de doenças (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006).

A política de combate à hipertensão recebe apoio logístico das Unidades de Saúde da Família (USF), responsáveis por uma determinada área territorial, na qual acompanham e geram informações para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular aos pacientes cadastrados pelo sistema HiperDia, criado pelo Ministério da Saúde.

Entretanto, nota-se escassez de estudos sobre o impacto da implantação da ESF no Brasil, particularmente na região Nordeste. Talvez por ser um programa recente no município de João Pessoa, ainda não foram elaborados estudos com o propósito de avaliar a efetividade da ESF no controle da hipertensão arterial. Desta forma, o objetivo deste trabalho foi avaliar o impacto do acompanhamento e efetividade do controle da hipertensão arterial e analisar sua associação a fatores de risco dos pacientes de uma unidade de Saúde da Família do município de João Pessoa (PB) durante o ano de 2007.

Metodologia

Trata-se de um estudo observacional de seguimento populacional local realizado com indivíduos acima de 19 anos de idade, portadores de hipertensão arterial, cadastrados no Sistema Único de Saúde (SUS) e acompanhados pela Unidade de Saúde Geisel IV, situada em área urbana do município de João Pessoa, Paraíba. Esta unidade é a que reúne o maior número de cadastrados em todo o município, totalizando 606 indivíduos. Ela atende a uma população geograficamente delimitada, constituída por aproximadamente 12.049 habitantes, de acordo com o Censo demográfico de 2000 (IBGE, 2000). O contingente considerado para este estudo foi constituído por todos os 353 hipertensos que haviam sido cadastrados entre o período 1 de janeiro de 2004 a 31 de dezembro de 2006, dentre os 606 hipertensos cadastrados desde a implantação do programa, em 2000. Dos 353 hipertensos, somente 109 possuíam informações e tinham sido acompanhados em algum período do ano de 2007.

Definiu-se para este trabalho como acompanhante o indivíduo que, durante o ano (2007), realizou três ou mais consultas com medição dos seus níveis pressóricos na unidade de saúde de seu cadastramento, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). O número de hipertensos acompanhados serviu como indicativo da regularidade com que a Estratégia de Saúde da Família acompanhou a evolução do tratamento.

Para a obtenção das informações deste estudo foi utilizado o sistema HiperDia, destinado ao cadastramento e acompanhamento dos portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes atendidos na rede ambulatorial do SSUS. Realizou-se coleta das informações com dados de segmentos secundários, não envolvendo a abordagem do indivíduo, de onde seguiram dois momentos: no primeiro, utilizaram-se como instrumento as fichas de cadastro dos usuários, cujos dados foram preenchidos na unidade ou logo após serem submetidos a exames, obtendo diagnóstico positivo da hipertensão arterial; no segundo – acompanhamento dos pacientes hipertensos – foram conseguidas informações a partir dos prontuários preenchidos junto às enfermeiras da unidade, que anotavam as informações clínicas do paciente periodicamente.

Adotaram-se como critérios de diagnósticos para considerar um indivíduo hipertenso pressão com nível superior a 140 mmHg para a sistólica e/ou 90 mmHg para a diastólica (MION *et al.*, 2004; BRASIL, 2006).

As fichas de cadastros têm por função obter informações de identificação, documentos, endereço, dados clínicos e tratamento do paciente. Para este trabalho, foram utilizados dados sobre a identificação (sexo, idade, raça, escolaridade), clínicos do paciente (altura, peso, antecedentes familiares cardiovasculares, diabéticos tipo 1 ou 2, tabagismo, sedentarismo, sobrepeso ou obesidade, pressão arterial sistólica e diastólica) e endereço (localização). Dos prontuários, foram colhidas somente as informações das pressões no último atendimento do período decorrente de 2007 e as datas das consultas realizadas na unidade de saúde.

As variáveis selecionadas para o estudo foram classificadas e organizadas segundo as sociodemográficas: sexo (masculino e feminino), raça (branca e não branca), faixa etária (<50 anos, 50 a 59 anos e ≥60 anos),

escolaridade (analfabeto, alfabetizado, 1º grau completo, 2º grau completo e superior completo); fatores de risco: antecedentes familiares cardiovasculares (sim e não), diabetes tipo 1 (sim e não), diabetes tipo 2 (sim e não), tabagismo (sim e não), sedentarismo (sim e não), obesidade/sobrepeso (sim e não); e outras variáveis: pressão sistólica Inicial (<140 mmHg, 140 a 180 mmHg e ≥180 mmHg) e pressão diastólica inicial (<90 mmHg, 90 a 110 mmHg e ≥110 mmHg).

Para o estudo da efetividade da unidade Geisel IV, foi necessária a criação de duas variáveis: a primeira, referente ao grupo de cadastrados, para saber se este estava sendo acompanhado (sim e não); e a segunda, ao paciente acompanhado de presença assídua (sim e não), obtida a partir do número de visitas realizadas pelo paciente no ano de 2007 — usou-se como referência o mínimo de cinco visitas para a assiduidade. As duas variáveis foram cruzadas com as sociodemográficas e os fatores de risco mencionados.

Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas do Office Excel 2003, referentes às fichas de cadastro e acompanhamentos dos pacientes hipertensos da Unidade de Saúde da Família Geisel IV. As variáveis selecionadas foram transferidas para um banco de dados no pacote SPSS 11.0, no qual procedeu a construção de tabelas com e sem o cruzamento entre as variáveis. Também foi usado o programa Epi Info 3.4.1, para a obtenção do fator de associação *odds ratio*.

A análise dos dados buscou verificar a ocorrência de controle dos níveis pressóricos dos pacientes cadastrados no HiperDia. Foram realizados estudos descritivos das variáveis sociodemográficas e dos fatores de risco com o propósito de obter informações sobre os perfis tanto dos cadastrados quanto dos acompanhados.

Utilizou-se o Teste *t* de Student emparelhado com um nível de significância com valor *p* menor que 5% para investigar a existência de diferença entre as médias das pressões sistólicas e diastólicas medidas nos instantes iniciais (cadastro) e finais (acompanhamento pelo prontuário) (COSTA NETO, 1999).

Foram calculadas as prevalências dos hipertensos para dois tipos de recortes: acompanhados entre os cadastrados e acompanhados com presença considerada assídua (com cinco ou mais visitas durante o ano) entre

os acompanhados. Para ambos, calcularam-se as razões de chances (*odds ratio*) binárias, e seus respectivos intervalos, com 95% de confiança (IC95%) e nível de significância (valor p) para as categorias das variáveis sociodemográficas e fatores de risco (MEDRONHO *et al.*, 2009).

Como os hipertensos acompanhados formam um grupo de interesse especial, foram consideradas, em termos de evolução dos níveis pressóricos arteriais (PA), as diferenças entre as médias pressóricas obtidas nos atendimentos iniciais (cadastro) e as verificadas nos seguimentos programáticos (prontuário). Avaliou-se, entre os casos estudados, a redução de pelo menos 5 mmHg na pressão arterial diastólica (PAD) e de pelo menos 10 mmHg na pressão sistólica (PAS), visto estes serem considerados objetivos para a redução do risco cardiovascular (SALA; NEMES FILHO; ELUF-NETO, 1996).

Considerando para o grupo de interesse especial (os acompanhados) a diferença das médias das pressões arteriais diastólica (redução de pelo menos 5 mmHg) e sistólica (redução de pelo menos 10 mmHg) como variável dependente, e como independentes todas as variáveis de estudo (sociodemográficas e fatores de risco) ademais das 'pressões arteriais iniciais' e 'pressões arteriais dos acompanhados com presença considerada assídua', empregou-se em um primeiro momento o modelo de regressão logística binária, com o intuito de identificar o efeito potencial de associação das variáveis isoladamente por meio de *odds ratio* com respectivos níveis de significância e intervalos de 95% de confiança. Em seguida, utilizou-se o modelo de regressão múltipla, por acréscimo das variáveis, uma a uma, para observar se com a junção delas as variáveis que mostraram não possuir associação isoladamente viariam a explicar uma associação em conjunto (HOMER; LEMESHOW, 1989). Permaneceram no modelo ajustado apenas as variáveis com valor p menor que 0,05.

Este estudo atendeu as normas estabelecidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde), tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba e, previamente, pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa.

Resultados

Dos 353 hipertensos cadastrados, 230 (65,2%) eram mulheres, em sua maioria (125; 54,3%) com idade acima de 60 anos, com cor não branca predominante em todas as faixas etárias. Delas, 82,2% moravam com algum familiar e 48,7% eram alfabetizadas. Os homens, 34,8% dos pacientes, seguiram um perfil de magnitude dos percentuais similar ao descrito para as mulheres.

Em relação aos fatores de risco, as categorias com resposta positiva para as mulheres foram aquelas que possuíam níveis relacionados a fatores de antecedentes familiares cardiovasculares (59,6%), diabetes tipo 1 (5,6%), diabetes tipo 2 (31,7%), tabagismo (12,6%), sedentarismo (62,2%) e obesidade ou sobrepeso (57,0%). Os percentuais de respostas positivas para os homens não superaram 7% para mais ou para menos comparados aos das mulheres, porém para os fatores relacionados a diabetes tipo 1, tabagismo e sedentarismo, foram mais elevados.

As principais características dos hipertensos acompanhados estão apresentadas na Tabela 1, que indica os aspectos sociodemográficos e fatores de risco. O perfil dos hipertensos que tinham sido acompanhados no ano de 2007 apresentou o sexo feminino como predominante (80 dos 109 pacientes), totalizando 73,4%. Tanto as mulheres quanto os homens se constituíram da raça não branca (61,2 e 75,9%, respectivamente), acima dos 60 anos (56,2 e 48,3%), alfabetizados (38,6 e 44,8%) e com convívio familiar (78,7 e 96,6%).

Com relação aos fatores de risco, as categorias com respostas positivas que tinham percentuais de acompanhamento considerados altos para as mulheres e homens foram, respectivamente, possuir antecedentes familiares cardiovasculares (63,8 e 44,8%), sedentarismo (62,5 e 72,4%) e obesidade (60,0 e 44,8%). Para os homens, os fatores de risco 'antecedentes cardiovasculares' e 'obesidade' não ultrapassaram 50%, níveis considerados elevados. Considerando as mulheres e os homens, diabetes tipo 1 (5,0 e 10,3%, respectivamente), diabetes tipo 2 (33,8 e 17,2%) e tabagismo (13,8 e 20,7%) obtiveram percentuais de acompanhamento baixos, porém, como são considerados grandes fatores de risco apesar de numericamente pequenos, atribuíram risco cardiovascular maior.

De acordo com a Tabela 2, as pressões iniciais observadas no cadastro mostraram valores variando entre 90 e 220 mmHg para sistólica e 60 a 120 mmHg para diastólica. Em média, a pressão sistólica inicial foi 147 mmHg, enquanto a diastólica 88 mmHg. Já

os resultados extraídos a partir das pressões no final do acompanhamento mostrou intervalo variando entre 100 e 200 mmHg para sistólica e 60 a 120 mmHg para diastólica. As médias foram, respectivamente, 143 mmHg e 89 mmHg.

Tabela 1. Número e percentual dos hipertensos acompanhados por sexo, segundo características sociodemográficas e fatores de risco na unidade de saúde Geisel IV, João Pessoa (PB), 2007

Variável	Características	Sexo				Total	
		Feminino		Masculino		n	%
		n	%	n	%	n	%
Sociodemográficos							
Raça	Branca	31	38,8	7	24,1	38	34,9
	Não branca	49	61,2	22	75,9	71	65,1
Faixa etária	<50	17	21,3	6	20,7	23	21,1
	50 a 59	18	22,5	9	31,0	27	24,8
	≥60	45	56,2	14	48,3	59	54,1
	Analfabeta	15	18,8	0	0,0	15	13,7
Escolaridade	Alfabetizada	31	38,6	13	44,8	44	40,4
	1º Grau completo	15	18,8	8	27,6	23	21,1
	2º Grau completo	15	18,8	6	20,7	21	19,3
	Superior completo	4	5,0	2	6,9	6	5,5
Situação familiar	Convive com familiares	63	78,7	28	96,6	91	83,5
	Não convive com familiares	17	21,3	1	3,4	18	16,5
Fatores de risco							
Antecedentes familiares Cardiovasculares	Não	29	36,3	16	55,2	45	41,3
	Sim	51	63,8	13	44,8	64	58,7
Diabetes tipo 1	Não	76	95,0	26	89,7	102	93,6
	Sim	4	5,0	3	10,3	7	6,4
Diabetes tipo 2	Não	53	66,3	24	82,8	77	70,6
	Sim	27	33,8	5	17,2	32	29,4
Tabagismo	Não	69	86,3	23	79,3	92	84,4
	Sim	11	13,8	6	20,7	17	15,6
Sedentarismo	Não	30	37,5	8	27,6	38	34,9
	Sim	50	62,5	21	72,4	71	65,1
Obesidade/ sobrepeso	Não	32	40,0	16	55,2	48	44,0
	Sim	48	60,0	13	44,8	61	56,0

Fonte: Ficha de cadastrados do HiperDia, período 2004 a 2006, USF Geisel IV – Distrito II, João Pessoa (PB).

Tabela 2. Pressão arterial mínima e máxima, média das pressões, diferenças, desvio-padrão, Teste t de Student e valor p, segundo as pressões arteriais sistólica e diastólica inicial e final dos hipertensos acompanhamento na unidade de saúde Geisel IV, João Pessoa (PB)

Pressão	n	Pressão mínima	Pressão máxima	Média das pressões absolutas	Diferença das pressões	Desvio-padrão das diferenças	t	Valor p
Sistólica inicial	109	90	220	147				
Sistólica final	109	100	200	143	4,13	23,62	1,82	0,07
Diastólica inicial	109	60	120	88				
Diastólica final	109	70	120	89	-0,64	12,27	-0,55	0,59

Fonte: Ficha de cadastrados do HiperDia, período 2004 a 2006, USF Geisel IV – Distrito II, João Pessoa (PB).

Os resultados obtidos a partir do Teste *t* de Student, emparelhado das pressões sistólica e diastólica, mostraram que não houve diferença significativa dos níveis médios das pressões sistólica quanto também das pressões diastólicas no período inicial em relação ao período final ao nível de 5% de significância. No caso da sistólica, foi a que mais se aproximou de uma diferença estatisticamente significativa, obtendo-se valor *p* de 0,07.

De acordo com a Tabela 3, somente a variável ‘sexo’ mostrou-se significativa (*p*=0,03), quando a chance das mulheres manterem acompanhamento foi 73% maior que a dos homens. Conforme revelado na Tabela 1, as mulheres tinham superioridade de 11% em relação aos homens no quesito acompanhamento. A faixa de 50 a 59 anos foi a que mais se aproximou de ter significância estatística ao nível de 5%.

Tabela 3. Número de hipertensos cadastrados, acompanhados e assíduos por prevalência, odds ratio e valor *p*, segundo variáveis sociodemográficas e fatores de risco, na Unidade de Saúde da Família Geisel IV, João Pessoa, 2007

Variável	Hipertensos cadastrados (n)	Hipertensos acompanhados (n)			Hipertensos acompanhados assíduos (n)		
		Prevalência n (%)	OR (IC95%)	Valor p	Prevalência n (%)	OR (IC95%)	Valor p
Sexo							
Masculino	123	29 (23,6)	1		5 (17,2)	1	
Feminino	230	80 (34,8)	1,73 (1,02–2,93)	0,03*	16 (20,0)	1,20 (0,36–4,23)	0,75
Faixa etária							
<50	59	23 (39,0)	1		3 (13,0)	1	
50 a 59	105	27 (25,7)	0,54 (0,26–1,13)	0,08	3 (11,1)	0,83 (0,12–5,99)	0,59*
≥60	189	59 (31,2)	0,71 (0,37–1,36)	0,27	15 (25,4)	2,27 (0,53–11,18)	0,23
Raça							
Branca	140	38 (27,1)	1		8 (21,1)	1	
Não branca	213	71 (33,3)	1,34 (0,82–2,21)	0,22	13 (18,3)	0,84 (0,28–2,52)	0,73
Escolaridade							
Analfabeta	39	15 (38,5)	1		2 (13,3)	1	
Alfabetizada	160	44 (27,5)	0,61 (0,27–1,35)	0,18	13 (29,5)	2,73 (0,47–20,31)	0,19**
1º Grau completo	72	23 (31,9)	0,94 (0,38–2,34)	0,49	5 (21,7)	1,81 (0,24–16,11)	0,42**
2º Grau completo	68	21 (30,9)	0,71 (0,29–1,77)	0,43	1 (4,8)	0,32 (0,01–5,38)	0,37**
Superior Completo	14	6 (42,9)	1,20 (0,29–4,89)	0,77	0 (42,9)	Indefinido	
Antecedentes familiares cardiovasculares							
Não	149	45 (30,2)	1		9 (20,0)	1	
Sim	204	64 (31,4)	1,06 (0,65–1,71)	0,81	12 (18,8)	0,92 (0,32–2,69)	0,87
Diabetes tipo 1							
Não	331	102 (30,8)	1		19 (18,6)	1	
Sim	22	7 (31,8)	1,05 (0,37–2,84)	0,92	2 (28,6)	1,75 (0,22–11,45)	0,41**
Diabetes tipo 2							
Não	247	77 (31,2)	1		13 (16,9)	1	
Sim	106	32 (30,2)	0,95 (0,56–1,61)	0,85	8 (25,0)	1,64 (0,54–4,94)	0,33
Tabagismo							
Não	302	92 (30,5)	1		20 (21,7)	1	
Sim	51	17 (33,3)	1,14 (0,58–2,24)	0,68	1 (5,9)	0,22 (0,01–1,80)	0,11**
Sedentarismo							
Não	128	38 (29,7)	1		5 (13,2)	1	
Sim	225	71 (31,6)	1,09 (0,66–1,80)	0,72	16 (22,5)	1,92 (0,15–6,66)	0,24
Obesidade /Sobrepeso							
Não	163	48 (29,4)	1		11 (22,9)	1	
Sim	190	61 (32,1)	1,13 (0,70–1,83)	0,59	10 (16,4)	0,66 (0,23–1,89)	0,39

Fonte: Ficha de cadastrados do HiperDia, período 2004 a 2006, USF Geisel IV – Distrito II, Joao Pessoa (PB).

*Significativo ao nível de 5%; **Por existirem valores <5, usou-se o teste de Fisher.

Por sua vez, o cruzamento da variável 'presença assídua do acompanhado' com os indicadores 'sociodemográficos' e 'fatores de risco' mostrou que nenhuma variável foi significativa.

Na regressão logística binária (Tabela 4) são mostradas as relações significativas. A redução da PAS esteve significativamente associada somente às variáveis 'presença dos pacientes no acompanhamento' ($p=0,025$) e 'pressão inicial'. Considerando o último item, em todos os casos houve associação: pressão entre 140 a 180 mmHg ($p=0,008$) e ≥ 180 mmHg ($p=0,002$).

Uma vez verificada a presença de associação significativa com as duas variáveis, foram calculadas as 'razões de chances', revelando que para os hipertensos mais presentes ao acompanhamento a chance de obter redução da pressão sistólica foi de aproximadamente três vezes mais do que a obtida para os não assíduos. Para os que tinham pressão sistólica inicial entre 140 e 180 mmHg, a chance foi aproximadamente 13 vezes maior de obter redução da pressão sistólica que os hipertensos com pressões iniciais abaixo de 140 mmHg. Comparando aos com pressão acima de 180 mmHg, a chance foi ainda maior, de aproximadamente 35 vezes.

Tabela 4. Odds ratio bruta, valor p e intervalo de 95% de confiança da associação entre a redução dos níveis da pressão sistólica e diastólica e a assiduidade dos hipertensos acompanhados e as pressões iniciais, na unidade de saúde Geisel IV, João Pessoa, 2007

Variável	OR bruta	Valor p	IC95%
Presença			
Não assídua	1,00		
Assídua	2,99	0,0300	1,12–7,98
Pressão sistólica inicial			
<140	1,00		
140 a 180	13,00	0,0001	3,57–47,38
≥ 180	350,00	0,0000	6,83–179,38
Presença			
Não assídua	1,00		
Assídua	4,28	0,0040	1,57–11,64
Pressão diastólica inicial			
<90	1,00		
90 a 110	6,62	0,0015	2,06–21,27
≥ 110	69,00	0,0004	6,58–23,92

OR: odds ratio; IC: intervalo de confiança.

Fonte: Ficha de cadastrados e acompanhamento do HiperDia, período 2004 a 2006/ acomp.2007, USF Geisel IV– Distrito II, João Pessoa (PB).

Para a pressão diastólica foi realizado o mesmo procedimento (Tabela 4). Observou-se que a redução da PAD esteve significativamente associada ao fator da assiduidade dos hipertensos acompanhados, bem como com a situação da pressão diastólica inicial.

A chance de reduzir a pressão diastólica em no mínimo 5 mmHg foi 4,28 vezes maior para hipertensos que se mostraram assíduos. Os com pressão diastólica entre 90 a 110 mmHg tinham 6,6 vezes mais chances de reduzir a pressão sistólica do que os que tinham pressão inicial abaixo de 90 mmHg. No caso dos que possuíam pressão diastólica inicial acima de 110 mmHg, a chance foi bem maior, equivalente a 69 vezes.

Os resultados da aplicação da regressão logística múltipla encontram-se na Tabela 5. No caso da redução da pressão sistólica, somente as variáveis 'pressão sistólica inicial' e 'presença' foram estatisticamente significante como explicativas. Isto significa dizer que a chance de um hipertenso com pressão inicial entre 140 e 180 mmHg obter redução da pressão sistólica foi de aproximadamente 16 vezes mais do que os que possuíam pressão inferior a 140 mmHg. Para os que registravam pressão acima de 180 mmHg, o valor de chance foi ainda maior (32 vezes). Na questão da presença, observou-se que a chance dos hipertensos que se mostravam mais presentes no acompanhamento foi aproximadamente quatro vezes mais de redução do que os que não eram assíduos.

Para o caso da redução da pressão diastólica, além da situação 'presença' e 'pressão inicial' terem sido significativas isoladamente, verificou-se associação significativa da variável 'antecedentes familiares cardiovasculares' quando atuada em conjunto com as duas primeiras. A junção das três resultou no aumento das chances de redução. Na questão da assiduidade, observou-se que a chance para aqueles hipertensos que se mostraram mais assíduos no acompanhamento praticamente dobrou em relação à realização do estudo isoladamente (a chance foi aproximadamente oito vezes maior). Para o fator 'antecedentes familiares cardiovasculares', a chance de um hipertenso que não possuía antecedentes foi aproximadamente quatro vezes maior de redução, conforme apresentado na Tabela 5.

Tabela 5. Odds ratio ajustada, valor p e intervalo de 95% de confiança da associação entre a redução dos níveis da pressão sistólica e diastólica e a assiduidade dos hipertensos acompanhados, as pressões iniciais e variáveis selecionadas, na unidade de saúde Geisel IV, João Pessoa, 2007

Variável	OR ajustada	Valor p	IC95%
Presença			
Não assídua	1,00		
Assídua	3,96	0,039	1,07–4,67
Pressão sistólica inicial			
<140	1,00		
140 a 180	16,52	0,000	4,16–65,55
≥180	31,95	0,000	5,91–72,80
Presença			
Não assídua	1,00		
Assídua	7,90	0,001	2,24–27,86
Pressão diastólica inicial			
<90	1,00		
90 a 110	11,11	0,000	2,81–43,91
≥110	154,40	0,000	11,49–2.076,27
Antecedentes familiares cardiovasculares			
Sim	1,00		
Não	3,63	0,024	1,18–11,14

OR: odds ratio; IC: intervalo de confiança.

Fonte: Ficha de cadastrados e acompanhamento do HiperDia, período 2004 a 2006/acomp. 2007, USF Geisel IV– Distrito II, João Pessoa (PB).

Discussão

Este estudo sobre os hipertensos cadastrados (2004 a 2006) e acompanhados (2007) na Unidade de Saúde da Família Geisel IV possibilitou avaliar a qualidade dos dados coletados e construir indicadores de prevalência de cadastro e acompanhamento, de modo a descrever o comportamento dos hipertensos a partir de variáveis que se apresentaram importantes sinalizadoras para a identificação das condições de redução da pressão sistólica e diastólica.

No conjunto, as pressões sistólica e diastólica dos hipertensos acompanhados no início e no final não mostraram diferenças significativas. Este resultado sugere que as relações entre hipertensos e a unidade de saúde, no geral, não foram suficientes para estabelecer condições favoráveis para os hipertensos controlarem ou mesmo reduzirem a pressão aos níveis recomendados.

Os resultados não evidenciaram sinais claros de que o programa esteja funcionando em prol do controle da pressão, tanto sistólica quanto diastólica. De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010), os percentuais de controle de pressão arterial são muito baixos, devido à baixa adesão ao tratamento. Na presente pesquisa, encontrou-se alto percentual de hipertensos com PA não controlada na unidade. Pesquisas de base populacional para todos os hipertensos do município de João Pessoa realizadas por Paes, Figueiredo e Cardoso (2011), Silva (2011) e Araújo (2011) encontraram alto percentual de hipertensos com PA não controlada em todos os distritos sanitários. Resultados semelhantes foram verificados em estudo com indivíduos adultos na cidade de Bambuí, na qual 40,5% dos hipertensos estavam em tratamento e apenas 10,4% apresentavam pressão controlada (<140/90 mmHg) (FIRMO; BARRETO; LIMA-COSTA, 2003).

Um fato que chamou a atenção para a unidade Geisel IV foi o elevado percentual de usuários não acompanhados pelo serviço de saúde. Resultado semelhante para as demais unidades de João Pessoa também foi encontrado por Silva (2011), para quem o acompanhamento pelo serviço de saúde implica em comparecimento às consultas e controle da pressão arterial (no mínimo três registros em prontuário durante o ano). Nesse contexto, poderíamos dizer que o acompanhamento dos hipertensos pressupõe boa adesão ao serviço e, conseqüentemente, adequado controle dos níveis pressóricos. Para a autora, durante o estudo observou-se que, em algumas situações era comum o paciente ir à unidade apenas para pegar a medicação ou receber a visita do agente comunitário de saúde, o que não configura verdadeiro acompanhamento.

A literatura expressa que uma boa adesão consiste em uma atitude global em relação à própria saúde e exige participação ativa dos hipertensos, não como um objeto, mas enquanto sujeitos do processo (PLASTER, 2006). Para tanto é necessário o comparecimento às consultas e a mensuração regular da pressão arterial a fim de se avaliar o controle da hipertensão.

Neste trabalho, somente a variável 'sexo feminino' mostrou-se significativa para o acompanhamento, porém não para a assiduidade do hipertenso acompanhado; e nenhuma das variáveis sociodemográficas investigadas mostraram associação significativa. Ou seja: variáveis como 'faixa etária', 'raça', 'escolaridade' e 'situação familiar' não mostraram diferenciação na efetividade do programa.

Observou-se que as mulheres se mostraram mais presentes no acompanhamento, com chance de 1,73 vez maior. Este fato se deve aos homens procurarem menos os serviços de saúde que as mulheres, ratificando o que se observa na prática médica, ou seja: as mulheres fazem seguimento mais regular, enquanto os homens procuram o posto de saúde por situações imediatistas, com um acidente vascular cerebral (AVC), infarto, crise hipertensiva, e depois deixam de fazer seguimento. Sala, Nemes e Cohen (1998) encontraram resultados similares em um estudo realizado para uma unidade básica de saúde do bairro do Butantã, em São Paulo. Por sua vez, Almeida *et al.* (2002) argumentam que as mulheres tendem a informar, mais do que os homens, os problemas de saúde. Ainda nesta linha, Plaster (2006) afirma que a razão para esta predominância feminina nos serviços de saúde tem sido discutida entre os autores como um reflexo cultural e motivada pela forma de organização dos serviços (horário de atendimento, localização). Outros trabalhos também demonstraram que os homens aderem menos ao tratamento que as mulheres (UNGARI, 2007; GIROTTO, 2008).

Um fato chamativo foi o de que nem mesmo a condição do indivíduo ter um fator de risco cardiovascular, como o tabagismo, sedentarismo e a obesidade, serviu como indutor para que o paciente buscasse acompanhamento, observação esta também levantada por Jardim *et al.* (2007). Especula-se, no entanto, que o fato de que as variáveis sociodemográficas e os fatores de risco não terem sido considerados fatores de risco para o controle pressórico neste trabalho pode estar relacionado ao tamanho da amostra e/ou a baixa frequência dos eventos, já que vários trabalhos apontam associação entre as variáveis (AMADO, 2004; HARTMANN *et al.*, 2007; MOREIRA, 2010).

O emprego da regressão logística permitiu verificar que quanto maiores foram os níveis pressóricos

iniciais e dos hipertensos assíduos e acompanhados mais chances eles obtiveram na redução. Sala, Nemes e Cohen (1998), a partir do uso da regressão linear simples e múltipla, mostraram redução da pressão tanto sistólica quanto diastólica comparadas à pressão inicial, corroborando os resultados obtidos neste trabalho.

Considerações Finais

É possível que a Estratégia de Saúde da Família na unidade de saúde investigada não tenha sido efetiva no controle da hipertensão arterial dos seus cadastrados durante o período de estudo, conforme era esperado. No entanto, é preciso considerar o papel da população, uma vez que o sucesso do controle da pressão arterial é uma via de mão dupla. Há elementos para sugerir que o interesse e a motivação da população envolvida não estão respondendo a contento aos serviços oferecidos pelo programa nesta unidade de saúde.

Poderíamos especular sobre o poder discriminatório das variáveis informadas pelos indivíduos acompanhados com relação ao que não foram. Verificou-se que dos 353 pacientes cadastrados entre 2004 a 2006 somente 109 (31%) puderam ser estudados em 2007. Esta redução, por si só, aponta uma provável falta de interesse dos participantes da pesquisa em acompanhar a evolução do estado de suas pressões arteriais no decorrer do tempo. Não obstante, observou-se que o grupo de hipertensos acompanhado, de acordo com as informações sociodemográficas e fatores de risco usados para explicar o seu perfil, basicamente seguiu o mesmo perfil dos hipertensos cadastrados, ou seja, entre aqueles que deram prosseguimento ao tratamento não houve diferenças importantes em seus perfis levando em conta aqueles que não o seguiram.

Ao analisar o perfil dos participantes da pesquisa, encontrou-se que a maioria era idosa e com baixo nível de escolaridade, sugerindo maior dificuldade em se ter uma visão crítica sobre ser portador de uma enfermidade crônica e sobre a qualidade de um serviço público organizado para atender suas necessidades de acompanhamento e adesão enquanto hipertenso cadastrado. A baixa escolaridade tem sido apontada por vários autores como um fator que compromete os níveis de adesão ao

tratamento, uma vez que o indivíduo pode apresentar dificuldades de ler e seguir a prescrição médica (horário e dosagem) e as orientações quanto às medidas não medicamentosas (PLASTER, 2006; SILVA, 2011; ARAÚJO, 2011).

Para a acentuada redução dos acompanhados, é possível que tenha havido baixa cobertura dos serviços e quantidade inadequada de atendimentos, decorrentes da falta de uma prática avaliativa das ações coletivamente desenvolvidas pela equipe, o que levou à não valorização dos sistemas de informação disponíveis. Sousa, Souza e Scochi (2006) argumentam que os sistemas devem ser vistos como uma ferramenta para a avaliação e planejamento das atividades, ressaltando a sua importância e evitando o preenchimento com a finalidade pura e simples de receber incentivos federais. Conforme ressaltam Pinheiro e Escosteguy (2003), é necessário incorporar a avaliação da qualidade dos serviços de saúde no planejamento e na tomada de decisão em nível local, possibilitando, em última análise, a melhoria da qualidade da oferta dos serviços de saúde.

Este estudo está restrito ao universo de indivíduos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde

da Família Geisel IV, não implicando que seus resultados sejam válidos para as demais unidades do município. No entanto, ela se encontra em um dos bairros mais populosos do município e com o maior número de cadastrados com características socio-demográficas e econômicas diversificadas. Embora não se façam inferências, entende-se que este estudo possa contribuir para a definição de estratégias que garantam o melhoramento do acompanhamento dos hipertensos e minimizem os fatores redutores da qualidade dos dados. Espera-se, assim, subsidiar o planejamento na delimitação de políticas públicas nos cuidados com os hipertensos no município de João Pessoa e nas demais USFs.

Desta forma, espera-se que os resultados encontrados apresentem potenciais valores explicativos para as relações encontradas. Ainda assim, sugere-se a necessidade de estudos multicêntricos de monitoramento com outras unidades de saúde com o propósito de verificação das observações realizadas neste trabalho e que possam investigar a associação da pressão arterial sistêmica com o uso de medicamentos e o envolvimento de outras comorbidades. ■

Referências

- ALMEIDA, M.F. *et al.* Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002, p. 743-756.
- AMADO, T.C.F.; ARRUDA, I.K.G. Hipertensão arterial no idoso e fatores de risco associados. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, Porto Alegre, v. 19, n. 2, 2004, p. 94-99.
- ARAÚJO, J.S.S. *Contribuição de família e da comunidade na assistência à mulher hipertensa na Estratégia Saúde da Família: a perspectiva da usuária*. 2011. 97p. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) – Centro de Ciências Exatas e da Natureza, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- COSTA NETO, P.L.O. *Estatística*. 17. ed. São Paulo: ABDR, 1999.
- FIRMO, J.O.A.; BARRETO, S.M.; LIMA-COSTA, M.F. The Bambuí health and aging study: factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003, p. 817-827.
- GIROTTO, E. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR. 2008. 189p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.
- HARTMANN, M. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, 2007, p. 1857-1866.
- HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT INTERNATIONAL. *HTAi for Health Systems Sustainability*. Disponível em: <http://www.htai2011.org/documentos/Book_abstracts_HTAi.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2011.
- HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S. *Applied logistic regression*. New York: John Wiley & Sons, 1989.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 23 mar. 2010.

- JARDIM, P.C.B.V. *et al.* Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 88, n. 4, 2007, p. 452-457.
- MEDEIROS, A.R.C. *Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em Unidade de Saúde da Família de João Pessoa – PB*. 2006. 181p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.
- MEDRONHO, R.A. *et al.* *Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.
- MION JR, D. *et al.* IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 82, mar. 2004.
- MOREIRA, T.M.M.; GOMES, E.B.; SANTOS, J.C. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 31 n. 4, 2010, p. 662-669.
- PAIVA, D.C.P.; BERSUSA, A.A.S.; ESCUDER, M.M.L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, 2006, p. 377-385.
- PINHEIRO, R.S.; ESCOSTEGUY, C.C. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. In: MEDRONHO, R.A. *et al.*. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2003.
- PLASTER, W. *Adesão ao tratamento da hipertensão arterial por idosos usuários da unidade básica de saúde Princesa Isabel em Cacoal – RO*. 2006. 89p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Goiânia, 2006.
- SALA, A.; NEMES FILHO, A.; ELUF-NETO, J. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 2, 1996, p. 161-167.
- SALA, A.; NEMES, M.I.B.; COHEN, D.D. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, 1998, p. 741-751.
- SILVA, C.S. *Análise da dimensão adesão/vínculo dos hipertensos com níveis pressóricos não controlados nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa*. 2011. 118p. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) – Centro de Ciências Exatas e da Natureza, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 95, n. 1, 2010, p. 1-51.
- SOUSA, L.B.; SOUZA, R.K.T.; SCOCHI, M.J. Hipertensão arterial e saúde da família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região Sul do Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 87, n. 4, out. 2006, p. 496-503.
- UNGARI, A.Q. *Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos seguidos nos Núcleos de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto, SP*. 2007. 95p. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
- ZAITUNE, M.P.A. *et al.* Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, 2006, p. 285-294.

Recebido para publicação em Janeiro/2012

Versão definitiva em Maio/2012

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Conflito de interesse: Inexistente

Análise bioética sobre o acesso dos usuários às unidades de terapia intensiva no Brasil

Bioethical analysis about users' access to the adult intensive care units in Brazil

Marcelo Moreira Corgozinho¹, Walquíria Quida Salles Pereira Primo²

¹Mestrando em Bioética pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.
marcelocorgozinho@yahoo.com.br

²Doutora em Ciências da Saúde pela UnB – Brasília (DF), Brasil.
walquiriaprino@gmail.com

RESUMO Trata-se de um estudo exploratório através do procedimento técnico de levantamento bibliográfico e análise documental de dados extraídos dos *sites* do Ministério da Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. O objetivo foi analisar a cobertura assistencial em terapia intensiva por grandes regiões geográficas brasileiras, a partir de conceitos da Bioética de Intervenção. Foi possível estimar a necessidade de leitos de unidade de terapia intensiva através da Portaria nº 1.101 do Ministério da Saúde, que corresponde a 4 a 10% do total de leitos hospitalares. Identificou-se que as regiões Norte e Nordeste, as mais vulneráveis, possuem as menores coberturas em terapia intensiva do país. Nesse contexto de política e saúde, a Bioética de Intervenção emerge com pertinência, promovendo o discurso a favor dos vulneráveis.

PALAVRAS-CHAVE: Bioética; Acesso aos serviços de saúde; Terapia intensiva.

ABSTRACT *An exploratory research was undertaken through the technical procedure of literature review and data analysis from data extracted from the Ministry of Health and Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) websites. The goal is to analyze the assistance coverage in intensive care for major geographical regions, from concepts of the Intervention Bioethics. It was possible to estimate the need for ICU beds by the 1101 Ordinance of the Ministry of Health, which corresponds to 4-10% of total hospital beds. It was identified that the North and Northeast Regions, the most vulnerable, have the worst coverage in intensive care in the country. In this context of politics and health, the Intervention Bioethics emerges with relevance, promoting the discourse in favor of the vulnerable.*

KEYWORDS: *Bioethics; Health services accessibility; Intensive care.*

Introdução

A unidade de terapia intensiva (UTI) é uma unidade altamente especializada, pois atende pacientes em estado grave que necessitam de monitorização contínua. As UTI fazem uso de alta tecnologia que implica no investimento de recurso financeiro oneroso aos cofres públicos, o que representa uma questão particular para a gestão dos sistemas de saúde do Brasil (MADUREIRA; VEIGA; SANTANA, 2003).

Pode-se dizer que as UTI de hoje são vítimas da medicina moderna (AMARAL; RUBENFELD, 2009). Segundo a *World Health Organization* (2002), o envelhecimento geral da população é um fenômeno novo, e estima-se que em 2050 existirão cerca de 2 bilhões de pessoas com 60 anos e mais no mundo. Desta forma, pacientes sobrevivem a doenças previamente fatais e se tornam crônicos e gravemente enfermos, fazendo com que apareçam os obstáculos enfrentados no equilíbrio entre oferta de serviços e uso racional de recursos (MADUREIRA; VEIGA; SANTANA, 2003).

A gestão do sistema de saúde aparece como uma atividade advinda da responsabilidade de comandar, coordenar ou dirigir um sistema de saúde municipal, estadual e nacional. Madureira, Veiga e Santana (2003) enfatizam que a gestão em serviços de saúde no Brasil constituiu-se num grande desafio frente à crise política e econômica que se instalou no setor. Diante desta crise os gestores administram problemas ainda maiores, necessitando articular a política de saúde com outros segmentos da sociedade a fim de obter a utilização racional e eficiente dos recursos.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010c), o Brasil dispõe de 27.737 leitos de terapia intensiva que estão distribuídos entre 2.342 unidades de 1.421 estabelecimentos públicos e privados de saúde. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2010a) mostram que o tamanho da população brasileira vem sendo comparado desde a realização do primeiro recenseamento de 1872. No período de 1872 a 2000, a população aumentou cerca de 10 vezes. No ano 2000, a população estava estimada na média dos 169.799.170 pessoas, enquanto que em 2010 passou para 190.755.799 pessoas.

Através da análise destas informações será possível promover uma reflexão Bioética focada nos cidadãos

mais vulneráveis da sociedade. Neste sentido, a Bioética de Intervenção emerge em contextos de desigualdade social, através de uma visão crítica das situações geradoras de vulnerabilidade humana (GARRAFA; PORTO, 2003).

Segundo Kaztman (2001), a vulnerabilidade de um indivíduo, família ou grupos sociais refere-se à maior ou menor capacidade de controlar as forças que afetam seu bem-estar, ou seja, a posse ou controle de ativos que constituem os recursos requeridos para o aproveitamento das oportunidades propiciadas pelo Estado, mercado ou sociedade.

Aliada na causa dos vulneráveis, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) tem dentre seus objetivos: promover o acesso equitativo aos desenvolvimentos médicos, científicos e tecnológicos, assim como a maior difusão possível e o rápido compartilhamento de conhecimento relativo a tais desenvolvimentos, com particular atenção às necessidades de países em desenvolvimento (UNESCO, 2005, p. 7).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 e a Constituição Federal de 1988 contribuíram para o processo de democratização do país. O texto constitucional trouxe a garantia universal de acesso aos bens públicos de saúde, entretanto essa garantia que em princípio deveria estabelecer a igualdade entre aos cidadãos, teria implicado também numa série de peculiaridades para a relação entre saúde pública e privada, dada a estrutura produtiva do setor de saúde montada no país, que aumentaria as desigualdades na distribuição dos bens públicos de saúde (BRASIL, 1998; WESLLAY; JULIO, 2010).

Em contrapartida, o texto constitucional e a Lei Orgânica de saúde representam um grande feito sanitário para o país. Conclusão de pesquisa documental com dados provenientes das Constituições promulgadas ou outorgadas nos anos de 1824, 1891, 1934, 1937, 1946, 1967, 1988 e da Emenda Constitucional nº 1 de 1969 evidencia que, antes da Constituição de 1988, as ações de promoção da saúde e a prevenção de doenças no geral destacavam-se somente pelas campanhas de vacinação e controle de endemias (WELLAY; JULIO, 2010). Este breve panorama proporcionou a valorização do atual sistema de saúde, mesmo com ressalvas quanto à garantia da integralidade de assistência nos serviços de saúde (OLIVEIRA; MARUYAMA, 2009).

Procurou desenvolver o tema do acesso às UTI dentro do contexto do modelo de saúde atual. O sistema de saúde público representado na figura do SUS que se caracteriza por possuir uma oferta insuficiente no acesso aos de bens de saúde, ou seja, por possuir um tamanho pequeno em relação à demanda existente no mercado (CECHIN, 2008; FARIAS; MELAMED, 2003), e o setor privado, denominado de setor de saúde suplementar pelo fato do sistema público ter caráter universal e este ter surgido como um complemento (CECHIN, 2008).

A presente pesquisa teve como objetivo analisar a cobertura assistencial dos serviços de terapia intensiva oferecidos pelas grandes regiões geográficas brasileiras, a partir de conceitos da Bioética de Intervenção. Espera-se que as reflexões a partir desta pesquisa possam contribuir com futuras discussões com vista à melhoria do acesso aos serviços de terapia intensiva no país.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório através do procedimento técnico de pesquisa bibliográfica e posterior análise documental com os dados que se encontravam disponíveis, portanto, dados secundários. O campo de investigação foi os registros do Sistema de Informação do Ministério da Saúde, dados demográficos do IBGE, informações da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) e da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). A amostra foi constituída pelo total de leitos de UTI públicos, privados e credenciados ao SUS, analisados juntamente com dados demográficos por grandes regiões brasileiras. O período de coleta dos dados foi de julho a agosto de 2011.

Como critérios de inclusão, foram considerados os registros do Ministério da Saúde, AMIB e IBGE do ano de 2010 e informações do PNAD 2008. Quanto às considerações éticas, a presente pesquisa não necessitou de autorização de instituições, bem como do Comitê e Ética e Pesquisa. Os dados captados estavam disponíveis em bases de dados da Internet com acesso livre a todos os cidadãos.

O referencial para a avaliação da cobertura assistencial em terapia intensiva foi a Portaria nº 1.101/2002 do

Ministério da Saúde, que estabelece parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. A Portaria constitui recomendações técnicas ideais no sentido de orientar os gestores dos três níveis de governo (BRASIL, 2002). Os procedimentos consistiram na análise dos dados do Ministério da Saúde, juntamente com os dados populacionais do IBGE e analisados conforme cada região geográfica brasileira. As variáveis independentes foram os dados sociais disponibilizados pelo PNAD, as variáveis dependentes foram relacionadas ao acesso às UTI e as variáveis intervenientes foram constituídas de conceitos da Bioética de Intervenção. Os dados quantitativos foram organizados pelo cálculo percentual simples.

Resultados

Segundo a Coordenação Geral de Atenção Hospitalar (CGAH) (BRASIL, 2010b), o Brasil possui 27.737 leitos de UTI (SUS e não SUS), destes, 17.357 ou 62,57% dos leitos são disponibilizados aos usuários do SUS. A Tabela 1 mostra o total de leitos ofertados pelo SUS.

Já a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) (2010) informa um total de 25.367 leitos, enquanto que as informações do CNES do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) mostra um total de 35.024 leitos de UTI, mesmo desconsiderando as unidades intermediárias, unidades intermediárias neonatais e a unidades de isolamento.

Para os cálculos seguintes foi considerado o valor total de leitos de UTI informado pela CGAH, uma vez que o total informado pelo CNES superava exageradamente o total estimado pela CGAH e AMIB. A estimativa da necessidade de leitos foi realizada com base na Portaria nº 1.101 que estabelece o percentual de 4 a 10% do total de leitos hospitalares para suprir a necessidade de terapia intensiva (BRASIL, 2002). Segundo a AMIB (2010), o referido percentual corresponde a uma necessidade de 1 a 3 leitos de UTI para cada 10.000 habitantes.

Dando sequência ao cálculo, a quantidade geral de leitos hospitalares informada pelo CNES foi composta pela soma de 330.524 leitos do SUS com 127.901 leitos identificados como 'não SUS', que resulta em um total de 458.425 leitos hospitalares. Conforme o cálculo da

referida Portaria, o mínimo de leitos de UTI exigido seria de 4% do total de geral de leitos hospitalares, que corresponderia à necessidade de 18.337 leitos de UTI; enquanto que o máximo estimado de 10% equivaleria a 45.842 leitos de UTI.

Através do cálculo percentual simples:

- 4% do total de leitos hospitalares = 18.337 leitos UTI (mínimo exigido, 4%),
- leitos de UTI existentes = 27.737 leitos de UTI (cobertura da população geral 6%),
- total credenciado (SUS e NÃO SUS) = 17.357 leitos (cobertura dos leitos públicos e privados credenciados, 3,78%, abaixo do mínimo exigido).

Para o cálculo da cobertura assistencial tendo como referência 4% do total de leitos hospitalares e o total de leitos de UTI existentes, observou-se uma cobertura de 6%, porém, este cálculo é considerado injusto, pois o total de leitos expresso pela CGAH e AMIB não estão totalmente disponíveis aos usuários do SUS. Desta forma, ao fazer o cálculo em relação ao total credenciado junto ao SUS este valor muda para 3,78%, abaixo do mínimo exigido.

Utilizando a estimativa de leitos proposta pela AMIB, a partir de dados da população brasileira geral que era de 190.755.199 habitantes em 2010, e considerar o total de leitos de UTI que atualmente é de 27.737 leitos de UTI (SUS e não SUS), chega-se à cobertura assistencial de 1,43% leitos para 10.000, ou seja, entre

o valor recomendado. Quando o cálculo é feito somente com os leitos credenciados ao SUS, a cobertura cai para 0,89%. Realmente não houve divergência entre os resultados obtidos por meio das recomendações propostas pela AMIB e Portaria nº 1.101 do Ministério da Saúde.

Observa-se através da Tabela 2 a distribuição geográfica das UTI. A região Sudeste possui o maior percentual de leitos de UTI, 53,8%; seguido pelas regiões Sul (16,9%) e Nordeste (16,8%). As menores quantidades de leitos estão nas regiões Centro-oeste e a Norte que detém 7,6 e, 5% do total de leitos, respectivamente.

As melhores coberturas assistenciais em UTI estão nas regiões mais desenvolvidas, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, respectivamente. A iniquidade na distribuição dos leitos de UTI foi observada nas regiões mais vulneráveis, Nordeste e Norte, que dispõem das menores coberturas do país (0,76 e 0,84 leitos para cada 10.000 habitantes, respectivamente). Este cálculo foi baseado no total de leitos públicos e privados, portando, não expressa realmente a verdadeira realidade dos usuários do SUS. Assim, devido à limitação de informações sobre o total de leitos privados credenciados ao SUS por cada Estado e região geográfica, não foi possível calcular dados precisos. Como foram considerados todos os leitos (SUS e não SUS) no cálculo anterior, certamente o resultado real utilizando somente os leitos credenciados seria ainda menor.

Segundo a CGAH (BRASIL, 2010b), desde 1998 o Ministério da Saúde tem se dedicado ao tema da terapia

Tabela 1. Leitos de unidade de terapia intensiva públicos e privados habilitados no Sistema Único de Saúde, 2010

Tipo de leito	Adulto II	Neonatal II	Pediátrico II	Adulto III	Neonatal III	Pediátrico III	Tipo I	Total geral
	7.358	2.912	1.398	1.718	635	564	2.772	17.357

Fonte: Nota informativa Coordenação Geral de Atenção Hospitalar – Ministério da Saúde (Brasil, 2010c).

Tabela 2. Distribuição e cobertura assistencial de terapia intensiva por grandes regiões brasileiras, 2010

Grandes regiões brasileiras	População	Leitos SUS e não SUS	% leitos	Leitos por 10.000 habitantes
Norte	15.864.454	1.168	5,0	0,76
Nordeste	53.081.350	4.659	16,8	0,84
Centro-oeste	14.058.094	2.107	7,6	1,50
Sudeste	80.364.410	15.171	53,8	1,89
Sul	27.386.891	4.798	16,9	1,75
Total	190.755.199	27.737	100	

SUS: Sistema Único de Saúde.

Fonte: IBGE (Brasil, 2010a), CNES (Brasil, 2010c), AMIB (2009).

intensiva. Inicialmente priorizou o credenciamento de novos leitos de UTI, bem como a reclassificação de leitos que eram considerados de menor complexidade. Através da participação dos gestores estaduais e municipais de saúde, o Ministério da Saúde de 2003 até 2010 credenciou 6.399 novos leitos de UTI e reclassificou 1.668 leitos de UTI Tipo I para Tipos II e/ou III de maior exigência técnica. Tal ampliação do número de leitos representou impacto financeiro de R\$ 482,9 milhões de reais anuais (BRASIL, 2011).

No tocante à saúde suplementar, houve uma limitação em encontrar dados que informassem o valor total gasto com terapia intensiva privada, por regiões. Para dar uma ideia da representação geral do setor suplementar, dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) trazem a informação de que a movimentação das operadoras de seguros médico-hospitalares representava o valor de R\$ 74,6 bilhões para um total de 45.584.144 usuários, no ano de 2010 (BRASIL, 2011). Desta forma, os gastos com saúde não afetam as pessoas de forma uniforme, e é quase intuitivo dizer que uma minoria gaste muito, enquanto a grande maioria gaste pouco (CECHIN, 2008).

Segundo a ANS, a taxa de cobertura geral referente à medicina suplementar é de 24,4%, em 2011; sendo que as regiões mais desfavorecidas economicamente (regiões Norte, Nordeste e parte da Centro-oeste) possuem as menores coberturas de planos privados de assistência à saúde (5 a 10%); enquanto que as regiões Sudeste e Sul, as mais desenvolvidas, têm cobertura acima de 20% da população. Destes brasileiros detentores de seguro saúde, 76,1% encontram-se na categoria de planos coletivos ou planos empresariais e 20,7% pertencem à categoria de planos individuais de saúde (BRASIL, 2011). Vale lembrar que várias são as modalidades dos planos de saúde, e algumas delas não assumem o atendimento em todos os níveis de complexidade (CECHIN, 2008).

Discussão

No que tange à análise documental, constataram-se algumas informações divulgadas pela AMIB e pelo Ministério da Saúde, em relação aos cálculos para

avaliação da cobertura assistencial em terapia intensiva no Brasil, porém, sem informações críticas quanto à vulnerabilidade decorrente da distribuição destes leitos nas macrorregiões brasileiras.

Ademais, foi constatada uma previsão injusta de leitos de UTI publicada pelo Ministério da Saúde. Chamado de injusta devido ao fato de incluir somente 80% da população total, justificando que 20% dos brasileiros são detentores de planos privados de saúde (BRASIL, 2010). Sabe-se que na necessidade de serviços de emergência, a maioria dos cidadãos acaba por receber o primeiro atendimento crítico pelo SUS. Em contrapartida, seria também injusto deixar de mencionar o aumento do número de leitos de UTI reclassificados e credenciados pelo Ministério da Saúde nos últimos anos (BRASIL 2010).

Algumas inferências foram feitas através dos resultados e que certamente merecem análise por parte da Bioética Social, uma vez que promovem e/ou são geradoras de fragilidade humana: a baixa cobertura assistencial em duas grandes regiões brasileiras, iniquidade em saúde — dado a desigualdade na distribuição de leitos de UTI em relação à população mais desfavorecidas — e a constatação da barreira de acesso — indisponibilidade de leitos de UTI credenciados ao SUS para atender toda população brasileira.

Para validar esta pesquisa buscaram-se alguns referenciais Bioéticos com a intenção de promover uma reflexão visando à defesa dos vulneráveis sociais — princípio ético da equidade em saúde e o fortalecimento dos vulneráveis em trabalhadores sociais. Assim, toda essa relação entre política e saúde se coloca na interface entre biológico e o econômico, isto é, entre dois campos nos quais se manifesta um interesse crescente pela Bioética (BERLINGUER, 2004).

Segundo informações do IBGE-PNAD (BRASIL, 2008), o Norte e Nordeste são as regiões aonde se concentram a maioria dos vulneráveis sociais do país. Conforme a ANS (BRASIL, 2011) são as regiões que se encontra a minoria dos detentores de plano privado de saúde, além disto, possuem as menores coberturas assistenciais em UTI do Brasil. A partir do pensamento ético da equidade em saúde, estas regiões deveriam ter a melhor cobertura em UTI, dado a situação de fragilidade humana encontrada nessas regiões.

A Bioética de Intervenção defende o pensamento de que os mais necessitados merecem tratamento diferenciado. A equidade deve orientar as práticas públicas de priorização na alocação dos recursos públicos. Segundo Fortes (2008) a equidade pode ser considerada como a cada um conforme suas necessidades. Para Nunes (2004), a eleição dos mais necessitados é central na elaboração de qualquer metodologia que pretenda alocar ou alterar a alocação de recursos de modo mais equitativo. Entretanto, na prática das políticas públicas sanitárias no país, as decisões de priorização de recursos, muitas vezes, mesclam os princípios utilitaristas — maximização de benefícios para a maioria da população — com o princípio da equidade em saúde (FORTES, 2008).

O princípio da equidade em saúde reconhece que os indivíduos são diferentes entre si, e, portanto, merecem tratamento diferenciado. Os indivíduos vulneráveis necessitam de uma parcela maior de recursos públicos do que os ricos para assim reduzir as desigualdades existentes (FORTES, 2008).

No âmbito da bioética, o primeiro texto em que a noção de vulnerabilidade surgiu como uma significação ética foi no já citado *Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. A vulnerabilidade foi introduzida para classificar de forma particular e em termos relativos às pessoas e também às populações em situação de fragilidade (EMANUEL *et al.*, 2008).

Macklin (2003) formula a seguinte pergunta sobre vulnerabilidade: o que torna indivíduos, grupos ou países vulneráveis? Pessoas vulneráveis são pessoas relativamente ou absolutamente incapazes de proteger seus próprios interesses. Podem ter poder, inteligência, educação, recursos e forças insuficientes ou outros atributos necessários à proteção de seus interesses. Ele conclui que diante de tal definição, a principal característica de vulnerabilidade expressa por essa diretriz seria uma capacidade ou liberdade limitada, mostrando que os grupos específicos poderiam ser considerados vulneráveis e susceptíveis.

Para contextualizar este pensamento, existem 16,2 milhões de brasileiros — 8,6% do total — vivendo na miséria extrema ou com um ganho mensal de até R\$ 70,00. Na distribuição da miséria, as regiões Nordeste (18,1%) e Norte (16,8%) lideram o levantamento, ao passo que o Sul tem menos gente extremamente pobre

(2,6%). Segundo o PNAD (BRASIL, 2008), houve uma evolução positiva dos indicadores sociais na última década, especialmente em relação ao aumento da expectativa de vida; queda da mortalidade infantil; acesso a saneamento básico; coleta de lixo e diminuição do analfabetismo. Mesmo assim, o Brasil ainda tem um longo percurso até atingir níveis sociais considerados satisfatórios.

Ainda existe um debate sobre a necessidade de se diferenciar os conceitos de vulnerabilidade, suscetibilidade e vulneração. Esta questão torna-se o centro nevrálgico da reflexão Bioética contemporânea, a qual poderá ser elucidada a partir dessa contextualização política. A vulnerabilidade seria um atributo antropológico de todo ser humano pelo simples fato de estar vivo, enquanto que a suscetibilidade seria um dano instalado em grupos sociais ou em indivíduos (KOTTOW, 2005). Outra questão é que nem todas as pessoas potencialmente ou virtualmente vulneráveis, são vulneradas concretamente (SCHARAMM; KOTTOW, 2001). Contudo, indivíduos e populações são momentaneamente excluídos do estado de direito, vivendo numa zona de indeterminação, perdendo assim o valor (ARÁN; PEIXOTO JR, 2007).

A partir dos dados sobre a cobertura e distribuição dos leitos de terapia intensiva, foi possível a constatação de que as regiões mais frágeis dispõem de menos leitos em relação às regiões mais desenvolvidas, ou seja, uma iniquidade em saúde pública. Contudo, reconhece também que uma questão que limita o acesso aos serviços de saúde são os desafios enfrentados pelas políticas públicas desde sua elaboração — barreiras político-administrativas. Por serem programas de governo, elas tendem a sofrer pressão da oposição partidária, dependem da iniciativa do poder executivo, encontram dificuldade de adesão e participação da sociedade civil e da iniciativa privada (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Após reconhecer estes desafios enfrentados pelos gestores, cita-se o posicionamento do Professor Schramm, citado por Kottow (2005), ao enfatizar que o Estado tem a responsabilidade de oferecer proteção sanitária e brigar por sua efetiva realização com vistas à modificação dos problemas de vulnerabilidade e de suscetibilidade humanas. Aliada à causa da Bioética de Intervenção, a Bioética de Proteção proposta por Schramm analisa também o contexto social e enfatiza

que o governo tem o compromisso de proteger todos os membros da sociedade diante de qualquer política, independentemente da estrutura de Estado (KOTTOW, 2005; GARRAFA; PORTO, 2003).

Constata-se que a noção de vulnerabilidade persiste no vocabulário Bioético, inicialmente relativa ao plano de experimentação humana e, atualmente, cada vez mais frequente para a constatação de uma realidade que se pretende ultrapassar ou mesmo suprimir por meio da atribuição de um poder crescente aos vulneráveis (NEVES, 2007). O empoderamento é um objetivo que deve ser alcançado através da transformação do vulnerável em trabalhador social, sujeito de valoração.

Segundo Freire (2011b), o trabalhador social atua com outros agentes na estrutura social. A realidade social é transformável; feita pelos homens, pelos homens pode ser mudada; que não é algo intocável, um fado, uma sina, diante de que só houvesse um caminho: a acomodação a ela. O importante é que a percepção ingênua da realidade vá cedendo seu lugar a uma percepção que é capaz de perceber-se; que o fatalismo vá sendo substituído por uma crítica esperança que pode mover os indivíduos a uma cada vez mais concreta ação em favor da mudança da sociedade.

Por que as regiões Sudeste e Sul dispõem das melhores coberturas de terapia intensiva do país? Seria apenas o fator da ordem econômica, ou o diferencial estaria na população e nos gestores destas áreas? A busca pela superação da exclusão social implica no fortalecimento das capacidades dos vulneráveis para que possam transformar as relações de poder, na medida em que o fortalecimento social passa a ser um caminho para se alcançar esse objetivo (GARRAFA, 2005). Na prática, trabalhar a informação e consciência em todos os cidadãos em relação à responsabilidade social que cada um deve ter, representa ponto primordial no fortalecimento social.

A categoria utilizada como proposta de inclusão e fortalecimento social é a emancipação. Um sujeito emancipado não deixa de ser um sujeito livre, pois significa alforria, independência, liberdade, o caminhar que se inicia com a libertação (GARRAFA, 2005; FREIRE, 2001c). Suprimir a dependência é pré-condição para a emancipação, e isso vale tanto para a pessoa quanto para o Estado. É nesta concepção que a categoria

emancipação se presta à Bioética de Intervenção como veículo para direcionar a luta pela libertação e para colocar essa luta na dimensão coletiva (GARRAFA, 2005).

A busca pela superação da pobreza e exclusão social implica no fortalecimento das capacidades dos vulneráveis para que possam transformar as relações de poder (FREIRE, 2001c). Este encontro do qual a Bioética participa, é também uma oportunidade proporcionada pelo governo ao oferecer a diversos representantes e cidadão, a possibilidade de reunirem-se para pensar em comum. Sem dúvidas representa um grande desafio rumo a efetiva participação dos vulneráveis no processo de mudança social, especialmente nas questões relativas à saúde.

Neste sentido, a Lei nº 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, onde brasileiros adquiriram o 'poder' de fiscalizar o sistema de saúde através de sua inserção nos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde. O Conselho de Saúde atua em caráter permanente, é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários; e que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990). Enfatiza-se que não basta que os cidadãos simplesmente ocupem postos ou realizem funções sem estarem devidamente munidos de conhecimento para tal, pois um cidadão sem emancipação fica susceptível à dominação devido à falta de argumentação e diálogo (GARRAFA, 2005).

Esta 'ideia' foi lançada e regulamentada e, agora, a efetivação da verdadeira participação do trabalhador social é que deve ser alcançada. Um trabalhador social organizado e munido de conhecimento para o exercício. Quando o trabalhador social opta pela mudança, ele não teme a liberdade, não manipula, não foge da comunicação, pelo contrário, a procura e vive (FREIRE, 2011b).

A instituição de práticas de gestão democráticas nos municípios depende de como os conselhos de saúde se organizam para bloquear ou minimizar práticas clientelistas — sistema de trocas políticas em benefício particular — e desenvolver práticas e estruturas horizontais de participação, capazes de gerar sujeitos políticos autônomos. A concretização de suas proposições depende da forma como funcionam os núcleos de poder e da maneira que se realizam as interações entre

os diversos segmentos representantes nos conselhos de saúde, ou seja, governo, prestador de serviços, trabalhador e o cidadão-usuário sujeito de transformação social (SHIMIZU; PEREIRA, 2009).

Nesse processo de participação social, faz-se necessário o envolvimento dos três setores da economia, a saber, setor público; setor privado e o terceiro setor através das Organizações Não Governamentais — organização da sociedade civil de interesse público, organizações sem fins lucrativos e outras formas de associações civis sem fins lucrativos.

À medida que o trabalhador social vai ganhando ‘força’, se insere criticamente na ação transformadora, a conscientização surge e com ela aparecem os frutos positivos (FREIRE, 2011b).

A proposta inclusiva aqui desenvolvida passa pelo pressuposto que a ação social politicamente comprometida é aquela capaz de transformar a práxis social (GARRAFA, 2005).

Conclusão

Considerações finais

O constitucionalismo brasileiro trouxe a dignidade da pessoa humana como o valor maior do Estado, o núcleo constitucional supremo em torno do qual gravitam os demais direitos. Os direitos fundamentais, incluindo os direitos sociais, seriam os guardiões da dignidade humana, sendo a saúde, portanto, verdadeiro direito fundamental social (OLIVEIRA, 2011).

O SUS representou, sem dúvidas, um marco sanitário e democrático na saúde, mesmo com ressalvas quanto à equidade e à integralidade da assistência. A saúde consagrada como direito fundamental é um tema de extrema relevância social, econômica e científica, para o desenvolvimento do país. Nenhum país consegue se desenvolver e evoluir sem primeiro proporcionar condições mínimas de saúde para sua população.

Em relação à distribuição geográfica das UTI, constatou-se que a região Sudeste possui a maior quantidade de leitos, 53,8%; seguida pelas regiões Sul (16,9%) e Nordeste (16,8%). As menores quantidades

de leitos estão nas regiões Centro-oeste e Norte, que detém 7,6 e 5% do total de leitos, respectivamente.

Quanto à cobertura assistencial geral de terapia intensiva no Brasil (todos os leitos públicos e privados), observou-se uma cobertura geral de 6% do total de leitos hospitalares, ou seja, entre o valor exigido pelo Ministério da Saúde que é de 4 a 10%. Quando a análise utiliza somente os leitos credenciados ao SUS (62,7% dos leitos ou 17.357 leitos públicos e privados) este valor cai para 3,8% do total de leitos hospitalares, abaixo dos valores recomendados.

Mesmo que tenha havido limitação nas informações sobre o total de leitos de UTI credenciados ao SUS por cada grande região brasileira, foi possível obter um panorama geral da cobertura assistencial através dos dados de todos os leitos SUS e não SUS. Constatou-se que as melhores coberturas em terapia intensiva estão nas regiões mais desenvolvidas, Sudeste; Sul e Centro-oeste, respectivamente. A iniquidade na distribuição dos leitos de UTI foi observada nas regiões mais vulneráveis, Nordeste e Norte, que dispõem das menores coberturas assistenciais em UTI do Brasil.

Dado a realidade social, o princípio do Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela Integridade Individual foi consagrado no Artigo 8 da DUBDU que busca garantir o respeito pela dignidade humana nas situações em relação às quais os indivíduos perdem sua autonomia e se tornam vulneráveis-vulnerados (UNESCO, 2005).

Segundo Freire (2011a),

todo esse mundo histórico-cultural, produto da humanidade, se volta sobre o próprio homem, condicionando-o. Criado por ele, o homem não pode, sem dúvidas, fugir dele. Não pode fugir do condicionamento de sua própria produção.

Ou seja, não pode fugir de todos os problemas socioeconômicos e de todas as barreiras que dificultam o acesso aos serviços de alta complexidade no país. Neste sentido, o cidadão fortalecido e emancipado ganhará espaço através da verdadeira participação social.

O Estado por sua vez deve alocar recursos suficientes a fim de assegurar aos cidadãos, principalmente aos mais necessitados, a proteção à saúde e à vida, bem como reorganizar

as políticas públicas de modo a suprir seu dever constitucional. A problemática é dependente de condições políticas e das forças de pressão para ampliação dos gastos públicos em saúde — que atualmente é de 4% do Produto Interno Bruto — por meio da sociedade organizada e fortalecida.

No que tange a ética do século XXI, é fato a nova Bioética social contextualizada que se consagrou após

a DUBDH. É forte seu apelo a favor dos indivíduos mais frágeis da sociedade, não promovendo uma situação passiva por parte destes, mas intervindo de modo a fortalecê-los. Intervir para vê-los como sujeitos de valorização, assumindo uma posição digna e participativa na sociedade é uma constante no discurso da Bioética de Intervenção. ■

Referências

- AMARAL, A.C.; RUBENFELD, G.D. The future of critical care. *Current Opinion in Critical Care*, Bruxelas, v. 15, n. 4, ago. 2009, p. 308-313.
- ARÁN, M.; PEIXOTO JR., C.A. A vulnerabilidade e vida nua: bioética e biopolítica na atualidade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 5, out. 2007, p. 849-857.
- ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB). *Censo 2009*. Disponível em: <<http://www.amib.org.br/>>. Acesso em: 29 ago 2011.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Sistema de Informações de Beneficiários/ANS/MS 07/2011 e População IBGE/2010*. 2011. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 28 out. 2011.
- _____. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Senado Federal, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 28 jun. 2011.
- _____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 2010a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home>>. Acesso em: 28 jun. 2011.
- _____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Síntese dos indicadores sociais da população brasileira 2008*. 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/>>. Acesso em: 20 jun. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Atenção Hospitalar (CGAH). *Nota Informativa 2010 — credenciamento de leitos de UTI*. 2010b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_cghosp_uti_credenciamento.pdf>. Acesso em: 28 out. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. 2010c. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 03 jul. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142 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*. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº1.101 de 12 de junho de 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>>. Acesso em: 24 jun. 2011.
- BERLINGUER, G. *Bioética cotidiana*. Tradução de Lavínia Bozzo. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2004.
- CECHIN, J. *A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação*. São Paulo: Saraiva: Letras & Lucros, 2008.
- EMANUEL, E.J.; GRADY, C.; CROUCH, R.A.; LIE, R.K.; MILLER, F.G.; WENDLER, D. *The Oxford textbook of clinical research ethics*. New York: Oxford University Press; 2008.
- FARIAS, L.O.; MELAMED, C. *Segmentação de mercados na assistência à saúde*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
- FORTES, P.A.C. Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, 2008, p. 696-701.
- FREIRE, P. *Ação cultural para a liberdade e outros escritos*. 14. ed. atualizada. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011a.
- _____. *Educação e mudança*. 34 ed. atualizada. São Paulo: Paz e Terra; 2011b.
- _____. *Pedagogia da Autonomia*. São Paulo: Paz e Terra; 2001c.
- GARRAFA, V; PORTO, D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*, v. 17, n. 5-6, 2003, p. 399-416.
- GARRAFA, V. Inclusão social no contexto político da bioética. *Revista Brasileira de Bioética*, Brasília, v. 1, n. 2, 2005, p. 122-132.
- KAZTMAN, R. Seducidos y abandonados: el aislamiento social de los pobres urbanos. *Revista de la CEPAL*, Santiago, n. 75, 2002, p. 171-189.
- KOTTOW, M. Bioética de proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In: In: SCRAMM, F.R. et al. *Bioética: riscos e proteção*. Rio de Janeiro: UFRJ/FIOCRUZ; 2005. p. 29-44.

- MACKLIN, R. Bioética, vulnerabilidade e proteção. In: GARRAFA, V.; PESSINI, L. (org). *Bioética: poder e injustiça*. São Paulo: Loyola; 2003.
- MADUREIRA, C.R.; VEIGA, K.; SANTANA, A.F.M. Gerenciamento de tecnologia em terapia intensiva. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. São Paulo, v. 8, n. 6, 2003, p. 68-75.
- NEVES, M.C.P. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição e princípio. In: BARCHIFONTAINE, C.P.; ZOBOLI, E.L.C.P. (org.). *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. São Paulo: Ideias e Letras; 2007.
- NUNES, A. *A alocação equitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS: a receita própria do município como variável moderadora*. Brasília: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, Ministério da Saúde, 2004.
- OLIVEIRA, A.A.S. *Bioética e direitos humanos*. São Paulo: Loyola; 2011.
- OLIVEIRA, R.; MARUYAMA, S.A.T. Princípio da integralidade numa UTI pública: espaço e relações entre profissionais de saúde e usuários. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 11, n. 2, 2009, p. 375-382. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a19.htm>>. Acesso em: 05 ago. 2011.
- SCHRAMM, F.R.; KOTTOW, M. Principios bioéticos em salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, 2001, p. 949-956.
- SHIMIZU, H.E.; PEREIRA, M.F. A burocratização das práticas cotidianas dos conselhos de saúde: como superar? *Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 3, n. 3, 2009, p. 56-66. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/722/731>>. Acesso em: 20 ago. 2012.
- TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (org) *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION (UNESCO). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* (DUBDH), 2005. Tradução e revisão final sob a responsabilidade da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília e Sociedade Brasileira de Bioética. Brasília., 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2012.
- WESLLAY, C.R.; JULIO R.S. Direito e sistemas públicos de saúde nas constituições brasileiras. *Revista Novos Estudos Jurídicos*, Itajaí, v.15, n. 3, 2010, p. 447-460. Disponível em: <<http://www6.univali.br/seer/index.php/nej/article/view/2768/1858>>. Acesso em: 28 jul. 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Active ageing: a policy framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing*. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/HQ/2002/Who_nmh_nph_02.8.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2011.

Recebido para publicação em Dezembro/2012

Versão definitiva em Março/2012

Suporte financeiro: Não houve

Conflito de interesses: Inexistente

O transtorno mental na percepção de agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família

The mental disorder in the perception of the community health agents in the Family Health Strategy

Fabiana Cristina Frigieri de Vitta¹, Odilene Ferreira de Oliveira², Márcia Aparecida Nuevo Gatti³, Alberto de Vitta⁴

¹Doutora em Educação Especial pela Universidade de São Carlos (UFSCar) – São Carlos (SP), Brasil. Professora Assistente do Departamento de Educação Especial da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista (Unesp) – Marília (SP), Brasil.
fabianavitta@gmail.com

²Mestre em Odontologia pela Universidade do Sagrado Coração (USC) – Bauru (SP), Brasil. Professora do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Itapeva (FAIT) – Itapeva (SP), Brasil.
odilene.oliveira@hotmail.com

³Doutora em Doenças Tropicais pela Unesp – São Paulo (SP), Brasil. Professora do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Saúde Coletiva da USC – Bauru (SP), Brasil.
marciangatti@gmail.com

⁴Doutor em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Professor do Curso de Fisioterapia e do Mestrado em Saúde Coletiva da USC – Bauru (SP), Brasil.
albvitta@yahoo.com.br

RESUMO A Estratégia Saúde da Família facilita o acesso do usuário às ações de saúde mental. O objetivo deste estudo foi verificar as percepções dos agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família em relação à doença mental. Realizou-se um estudo qualitativo com 26 agentes comunitários de saúde sorteados entre os profissionais de 13 unidades da Estratégia Saúde da Família do Município de Itapeva (SP), que responderam ao questionário de informações pessoais e entrevista semiestruturada. A análise foi realizada por meio do conteúdo dos dados. Percepção estigmatizada do portador do transtorno mental, falta de conhecimento sobre o processo de adoecimento e evolução da doença, e despreparo para atuar junto dessa população foram observados. É necessária a capacitação dos agentes para que eles possam contribuir favoravelmente para a eficiência da rede de cuidados em saúde mental no município.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia Saúde da Família; Saúde Mental; Agente Comunitário de Saúde.

ABSTRACT *The Family Health Strategy facilitates user access to mental health actions. This study aimed to verify the community health agents' perceptions of the Family Health Strategy about mental disorder. A qualitative study was conducted with 26 randomly selected community health agents, among the professionals of 13 units, which constitute the Family Health Strategy of Itapeva (SP). The community health agents responded to a personal information questionnaire and a semi-structured interview. Data were checked through content analysis. Stigmatizing perception of the mentally disturbed persons, lack of knowledge about the process of falling ill and the mental disorder evolution, and the unpreparedness to act in this population were observed. Capacitating agents enable them to contribute in a positive way to the effective functioning of a care net in mental health in the city.*

KEYWORDS: Family Health Strategy; Mental health; Community Health workers.

Introdução

A reforma psiquiátrica brasileira provocou transformações éticas nos modos de tratamento e reconfigurou a assistência à saúde mental no que tange à humanização, à descronificação de pacientes e às tentativas de modernização de tratamentos (GALLETTI, 2004; KODA; FERNANDES, 2007).

Alicerçada à reforma psiquiátrica, inicia-se, no país, o processo de reabilitação psicossocial entendida, conforme Lussi *et al.* (2006), como um conjunto de ações que visa aumentar as habilidades da pessoa, com a finalidade de diminuir o dano causado pelo transtorno mental, envolvendo todos aqueles que fazem parte do processo de saúde-doença (usuários, familiares, profissionais e comunidade em geral).

A partir dessa nova concepção de assistência em saúde mental no Brasil, surgem os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, que constituem uma rede complexa inserida na Atenção Básica — ambulatorios de saúde mental, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais-dia, serviços de urgência e emergência psiquiátrica, entre outros (BRASIL, 2004).

Em decorrência do processo de transição nos modelos de atenção em saúde mental do hospitalocêntrico para o que preconiza a reabilitação psicossocial, Delgado e Weber (2007) afirmam que a constituição de uma rede articulada entre os variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é essencial para o acolhimento da pessoa em sofrimento mental.

Dessa forma, a incorporação de ações de saúde mental na Atenção Básica, contribuirá para essa transformação, oferecendo melhor cobertura assistencial e maior potencial de inclusão social para os usuários (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

O Ministério da Saúde vem investindo e construindo, nos últimos anos, diretrizes e condições para que, nos municípios com menos de 20.000 habitantes, a rede de cuidados em saúde mental estruture-se a partir da Atenção Básica, obedecendo ao modelo de redes de cuidado de base territorial e buscando o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Nesses municípios, as equipes de saúde mental, que podem estar lotadas em ambulatorios (ou CAPS de municípios vizinhos), passam a dar apoio matricial às equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2005).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) pode contribuir de forma eficaz, uma vez que pode ser utilizada como espaço potencial para deslocar o modelo tradicional de assistência à saúde mental, que segrega e estigmatiza o doente, para um modelo centrado em ações transformadoras de cuidado na Atenção Básica, incluindo a família, os profissionais, os recursos territoriais e a comunidade no processo de desmistificação do transtorno mental.

É o cenário ideal para promoção de ações em saúde mental, devido à facilidade do acesso do usuário à unidade e a responsabilidade territorial das equipes em relação à população envolvida (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

Dentre os profissionais que compõem a equipe básica da ESF, destaca-se o Agente Comunitário de Saúde (ACS), devido à sua potencialidade de fortalecer a integração entre a comunidade e os serviços locais de saúde, configurando-se como um profissional fundamental no acompanhamento às pessoas com transtornos mentais (KODA; FERNANDES, 2007), tornando-se um ator importante no processo de consolidação da reforma psiquiátrica.

O trabalho do ACS está previsto na lei n.º 10.507/2002, que cria essa profissão e dá outras providências. Caracteriza-se pelo trabalho em equipe; visita domiciliar; planejamento das ações de saúde; promoção da saúde; prevenção e monitoramento de situações de risco e do meio ambiente; prevenção e monitoramento de grupos específicos; prevenção e monitoramento das doenças prevalentes; e acompanhamento e avaliação das ações de saúde (SILVA; DALMASO, 2002). Todas essas atividades devem ser desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e sob supervisão do gestor local deste.

O ACS é o membro da equipe que conhece as necessidades do território e possui vínculo com a população assistida. Assim, tem a potencialidade de fortalecer a integração entre a comunidade e os serviços locais de saúde, configurando-se, como um profissional fundamental no acompanhamento às pessoas com transtornos mentais, tornando-se um ator importante no processo de consolidação da reforma psiquiátrica (KODA; FERNANDES, 2007).

Considerando o referencial teórico, este estudo teve por objetivo verificar as percepções dos agentes comunitários da ESF sobre o transtorno mental.

Metodologia

Realizou-se um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, tendo a percepção dos agentes comunitários de saúde acerca do transtorno mental como eixo de discussão. Para tanto, a investigação destacou as subjetividades, as percepções, os conflitos e as contradições.

O Município de Itapeva está localizado na região sudoeste do Estado de São Paulo e sudeste do Brasil; apresenta uma população, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 87.765 habitantes, sendo que 73.964 habitantes residem na área urbana e 13.801 habitantes na rural (IBGE, 2011).

A Secretaria Municipal da Saúde de Itapeva, em sua estrutura organizacional, é formada por 21 unidades de Atenção Básica com 14 ESF e 7 Unidades Básicas de Saúde (UBS), três unidades de Centro de Saúde II, um Centro de Saúde I, um Núcleo de Gestão Assistencial (NGA), um Centro de Especialidades Odontológicas, um Ambulatório de Saúde Mental, uma unidade de CAPS II, um Ambulatório de Saúde da Materno Infantil, um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), um Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) e a Casa do Adolescente.

A população-alvo foi composta por todos os agentes comunitários das 13 unidades (6 em cada unidade) da ESF urbanas de Itapeva convidados a participar, após esclarecimentos sobre os objetivos e metodologia. Dentre os que aceitaram, foram sorteados 2 de cada unidade, totalizando 26 participantes. Procedeu-se à coleta de dados após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa.

Os instrumentos para a coleta de dados foram entrevista semiestruturada e questionário. Este último, desenvolvido pela pesquisadora, era autoaplicado, sendo composto de informações como idade, gênero, escolaridade e tempo de trabalho na equipe. Os dados revelaram que 25 participantes eram do gênero feminino, tinham entre 26 e 51 anos, não possuíam ensino superior, sendo que 24 deles tinham completado o ensino médio e trabalhavam há menos de 5 anos como agentes comunitários.

As entrevistas foram gravadas e transcritas para análise. Eram compostas por um roteiro composto por quatro questões relacionadas ao tema central da pesquisa como: O que você entende por transtorno mental?

Como se sente com a presença de um usuário com transtorno mental? Como você lida em seu dia a dia com esses usuários, ou seja, com seus comportamentos e atitudes? Quais são os tratamentos necessários a serem dispensados ao portador de transtorno mental?

Todas as entrevistas ocorreram em local e horário combinados previamente entre pesquisador e participantes, com os cuidados necessários (clima descontraído, não manipulação de opiniões por parte do entrevistador). Com isso, preservou-se o princípio de uma investigação qualitativa, em que o fenômeno investigado é analisado sob a visão do entrevistado, isto é, segundo seus valores, sua compreensão e sua vivência (MINAYO, 2008).

As respostas foram analisadas com base na técnica qualitativa, proposta por Bryman e Burgess (1999) e aprimorada com conceitos da análise temática proposta por Minayo (2008). Assim, as informações obtidas foram organizadas e a presença de determinados temas denotou estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso (MINAYO, 2008).

Resultados e discussão

Os discursos dos sujeitos foram singulares, sendo possível verificar valores e aspectos comuns, que permitiram a formação dos seguintes temas para discussão:

- transtorno mental e estigma;
- percepções a respeito família;
- demanda de capacitação e dos recursos para o tratamento do transtorno mental.

Transtorno mental e estigma

Em relação ao tema transtorno mental e estigma, os dados mostraram que as concepções dos ACS podem ser representadas pela construção social da história da loucura, que retrata apenas o comportamento inadequado da pessoa influenciando negativamente o convívio familiar e social.

Porque doença mental mexe com a mente né. Eu entendo que seja por alguma função do cérebro que alguma coisa não está funcionando

no cérebro. Imagino que ela seja agitada, que ela não age por conta própria (E22).

Ah, igual todo mundo sabe saúde mental já fala, a pessoa é louco, fala em psiquiatria a pessoa é louca (E9).

Esse estigma advém da representação da loucura centralizada nas fases da doença em que essas pessoas manifestam sintomas de alucinações, delírios, agressividade, entre outros. Essa reprodução errônea da loucura estigmatiza o indivíduo, e distancia a sociedade da compreensão fidedigna do conceito, evolução e prognóstico do transtorno mental (SPADINI; SOUZA, 2006; ARAÚJO *et al.*, 2008).

Eu acho uma pessoa é às vezes transtornada, às vezes, muito inquieta, muito agitada, ela chora demais, ela não tem um comportamento igual às outras pessoas (E23).

No meu modo de ver, doente mental é aquelas pessoas que têm distúrbio, que muitas vezes são é agressivo e, sei lá, bate às vezes na gente. Tomam remédio controlado, pessoas que são internadas para fora (E2).

Eles são violentos, eles falam coisas sem sentido, é tem uns que chega até agredir as pessoas sem mais nem menos (E06).

Toda rotulação social negativa em relação à doença pode ser considerada fator desencadeante de dificuldades pessoais dos agentes em relação ao manejo com o portador de transtorno mental. Quando questionados a respeito de como lidam com essas pessoas, manifestaram sentimentos de medo em relação à reação do doente:

Nossa, procuro fazer a vontade dele né? Pra evitar contrariedade, porque pode ser agressivo (E11).

Na hora eu fico incomodada, por não sabe qual é a reação dele diante da minha pessoa. Dependendo de como ele reage eu consigo, ou me comunicar, ou me afastar, ou invés de se aproximar tentando até conversar com quem tá cuidando dele. A primeira reação é medo (E24).

Eu fico um pouco assustada. É como se diz; eu procuro não demonstrar que estou assustada, se a pessoa solicita ajuda a gente procura ajudar, mas que eu fico um pouco assustada eu fico!!!! (E07).

Barros *et al.* (2009), investigando as representações construídas pelos agentes comunitários sobre o transtorno mental, relataram que os profissionais referiram as mesmas dificuldades relacionadas ao medo e ao estranhamento frente a comportamentos não comuns, como descontrole súbito, agressividade e atitudes violentas. Justificaram essa percepção não por terem passado por algum episódio, com os doentes que envolvessem violência, mas pelo imaginário comum construído durante a história da saúde mental no Brasil.

Alguns agentes relataram sentirem-se surpreendidos quando foram recepcionados por alguns doentes que apresentavam comportamento 'normal'. O estigma, uma vez estabelecido pela sociedade, oculta a possibilidade que o doente tem, com tratamento adequado, para se adaptar às demandas sociais, tornando-se apto a uma vida autônoma e independente na sociedade.

Pode tentar levar uma vida normal sendo bem tratados né, hoje em dia eu fico até feliz com esse apoio que o CAPS dá, tem até alguns amigos que tratam o transtorno mental mesmo, lá, conheço um que, até age como se ele não fosse não, nem precisasse estar lá, entendeu? (E26).

Outro aspecto observado e que se relaciona a uma concepção estereotipada do transtorno mental é sua confusão com a deficiência intelectual.

Eu lido normal com ela, como se ela fosse uma criança normal, embora ela não seja uma criança. Eu lido assim com ela, não sei se está certo ou errado mais eu tento lidar da melhor forma (E21).

Eu chego conversando assim como se fosse uma criança assim, né? Na brincadeira, brincando (E06).

Araújo *et al.* (2008) ressaltam que a falta de informação, conhecimento, educação e/ou compreensão da maior parte da população acerca do que é estigma no transtorno mental interfere diretamente na vida do doente (que, muitas vezes, é designado de louco, bruxo, impuro etc.), agravando seu quadro de sofrimentos.

O estigma ligado à loucura levando ao preconceito e à exclusão só poderá ser desmistificado no momento em que os profissionais de saúde entrarem em contato com o transtorno mental e compreenderem seu conceito, evolução e prognóstico, atrelados aos princípios do processo de desinstitucionalização dos cuidados, podendo, assim, cumprir seu papel de agente transformador da cultura de uma sociedade que, até os dias atuais, exclui e rotula o doente.

Percepções a respeito da família

A maioria dos entrevistados relatou ter maior contato com a família do que com o doente e justificou tal fato por dois fatores. O primeiro relaciona-se à 'proteção' às vezes do doente e, outras vezes, da própria família. Os familiares impedem a aproximação entre o doente e o ACS, impossibilitando a conversa entre ambos. O segundo refere-se ao sentimento de medo do ACS em permanecer na presença da pessoa com transtorno mental.

Dai, é a família que passa as informações. A não ser quando a família libera a gente, pode ir lá conversar, daí a gente vai, caso contrário se a família fica quieta, a gente tem uma noção que ela também não quer, então a gente já vai trabalhando aos poucos, até conseguir conversar com eles mesmo (E17).

Olha! Sinceramente eu tenho um pouco de receio também! Não sou de se aproximar, procuro mais a família pra conversar (E01).

Meu contato maior é com a família! Procuro não conversar... não ir atrás da paciente... mais da família (E02).

Segundo Pegoraro e Caldana (2008), é imprescindível que as concepções dos familiares sobre saúde, doença e seu tratamento sejam investigadas pelas equipes de saúde, assim como sua condição e contexto de vida, possibilitando que as informações prestadas à família auxiliem a elaborar estratégias que colaborem na convivência com o portador de transtorno mental.

O trabalho junto à família é de fundamental importância para o sucesso do tratamento. No entanto, a falta do mesmo propicia que familiares sintam vergonha de mostrar sua situação. Em outros momentos, o sentimento é de incredulidade na capacidade do doente em lidar com as demandas cotidianas, impossibilitando-o do contato com a sociedade e impedindo-o de tomar decisões. Essas atitudes, em conjunto com o estigma visto no discurso do ACS sobre o transtorno mental, afastam ainda mais o doente de possibilidades mais efetivas de tratamento.

O modelo tradicional de atenção em saúde mental, com raras exceções, mantém a família distante do processo de assistência psiquiátrica, o que contribui para que a aquisição de uma representação patogênica ou culposa da doença, objeto de introjeções e projeções para a dinâmica familiar. Pereira (2003) propõe que, para a permanência do doente mental no interior da família, há necessidade de rever a relação entre serviços, usuários e seus núcleos familiares. Esse fator é recorrente no discurso de vários agentes entrevistados, que afirmam a necessidade da família estar consciente da necessidade de sua participação é de extrema importância para a recuperação do doente mental.

Tem que orientar bastante a família né? A família, eu acho que é o foco principal daquele problema do doente mental. Então é o que ajuda mais (E04).

Spadini e Souza (2006) apontam que, para tratar o transtorno mental por meio da concepção de suas causas biológicas e psicológicas, há necessidade de uma assistência adequada para a ressocialização do doente, com apoio para este e para sua família.

É tratamento pra família. A família também precisa dos mesmos cuidados, para que ela possa

ter condições de aceitá-los e cuidar deles corretamente (E03).

Eu como trabalho na área da saúde e trabalho com educação, promoção e prevenção, acho que a família tem um papel fundamental na recuperação e na reabilitação desse paciente. Mas nem sempre a família tem essa consciência de que ela é uma peça fundamental para a recuperação desse paciente com distúrbio mental (E05).

De acordo com Pereira (2003) e Pegoraro e Caldana (2008), o peso do sofrer psíquico tem como consequência sua extensão à família, agravando a prática da tutela do doente, excluindo-o do convívio social e familiar. Para a construção de um serviço de atendimento em saúde mental mais abrangente ou menos reducionista, é importante a multiplicidade de atores e fatores para favorecer a ampliação entre as relações dos serviços de saúde, seus usuários, famílias e comunidade.

Demanda por capacitação

Nas entrevistas, os ACS afirmaram que ações enfocando o transtorno mental não são suficientemente abordadas nos programas de capacitação da ESF, o que, na maioria das vezes, significa impedimento de realizar um acolhimento adequado ao portador de transtorno mental e à sua família.

Uma vez que se deparam cotidianamente com demandas de assistência em saúde mental, é inquestionável o benefício que o ACS pode proporcionar, sendo intermediário no processo de reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental de sua área de cobertura. Pelo fato de possuir vínculo com o doente mental e sua família e ser conhecedor de sua história de vida, há chances maiores de minimização na resistência ao tratamento. Os profissionais entrevistados mostraram-se solidários e com prontidão para ajudar essas pessoas, mas não se sentem preparados.

Eu me sinto assim meio impotente, né, porque conforme a situação a gente consegue ajudar, conforme a situação não está no nosso alcance, né? (E21).

Olha! Eu como profissional de saúde me sinto um pouco insegura algumas vezes, porque não sei como posso ajudá-los (E05).

Assim medo eu não tenho, eu tenho muita insegurança, do que eu vou orientar, do que eu vou falar pra ela porque muitas vezes a pessoa está com esse problema, já está com o psicológico abalado, dependendo do que você fala, eles podem até levar ao contrário, então tem que ter muita cautela, até no jeito de você olha pra ela, de você falar, de você agir pra ela (E17).

O medo presente no dia a dia dos agentes entrevistados, que acaba por levá-los a não se aproximar do portador de transtorno mental, na maioria das vezes, está relacionado à insegurança decorrente da desinformação quanto ao diagnóstico e evolução da doença e não a atitudes excludentes. A reação de medo é desencadeada pelas dificuldades profissionais dos ACS, pela falta de capacitação e suporte de profissionais especializados para atender essa demanda na Atenção Básica.

Perdida! Por que tem vários tipos, então não sabe se ele é esquizofrênico, se ele é calmo, se ele é agressivo, eu não sei lidar, não sei diferenciar (E07).

A gente se sente fragilizado porque muitas vezes a gente não tem conhecimento até específico pra tá trabalhando, a gente não sabe... a gente só sabe que tem uma especialidade aqui na rede voltada pra essa área mas não sabemos como trabalhar, como conversar [...] como abordar (E12).

É importante, para os profissionais, saber desde a história da saúde mental, da reforma psiquiátrica, até compreender o sofrimento mental dos doentes, permitindo que a comunicação entre eles e os usuários se dê de forma mais construtiva (JUCA *et al.*, 2009).

Barros *et al.* (2009) concluem que o ACS deve ser visto como elemento estratégico no processo de reorientação do modelo de atenção à saúde, por sua capacidade de estabelecer e manter vínculos contínuos e

efetivos com a comunidade e por estar se apropriando de princípios e ferramentas consonantes com a reforma psiquiátrica. Para os autores,

os saberes e práticas dos ACS atuam como o campo das sínteses entre o saber científico e o saber popular, possibilitando a construção dialética de importantes estratégias de atenção à saúde mental. (p. 232).

Recursos para o tratamento da doença

As entrevistas mostraram a falta de entrosamento entre os dispositivos existentes de atenção no município, inviabilizando o sucesso do plano terapêutico. Eles apontaram a necessidade de maior articulação em relação ao funcionamento da rede de serviços de assistência à saúde mental, o que poderá favorecer a sustentação de uma política que contemple todas as particularidades dessa população.

Conforme Oliveira *et al.* (2008), o estabelecimento de vínculo terapêutico com a população atendida e o trabalho extra-hospitalar são algumas das motivações dos trabalhadores da equipe da ESF, uma vez que possibilitam o conhecimento e o acompanhamento do tratamento dessas pessoas.

Primeiro eu penso muito no acolhimento, né? Eu acho que depende muita da sua chegada depende muito, de você como ACS, eu posso dizer que eu vou dentro da casa das pessoas, eu tenho que saber tanto do doente mental como das outras pessoas, eu tenho que saber atender, chegar, conversar, ver o que necessita. Eu acho que primeiro, o primordial é isso (E04).

Mas assim você age com naturalidade, você tem que tratar ele não como: – Ah, ele é um doente mental... Eu tenho que trazer ele cada vez mais próximo para nossa realidade, não é verdade? Assim que ele... Penso, tratar ele, orientar, incentivar a estar se tratando, uns tem uma doença mental outros são hipertensos, outros são diabéticos. É uma doença não é verdade, então eu penso assim (E26).

Os agentes demonstraram saber sua importância no acolhimento, relatando a necessidade de aproximação com o portador de transtorno mental para atender suas demandas em relação ao vínculo terapêutico, socialização e incentivo ao tratamento.

Poucos foram os discursos que sugeriram a intervenção psiquiátrica como recurso primordial de tratamento para o doente, ressaltando a necessidade de equipe multidisciplinar no contexto das instituições básicas.

Eu acho que deveriam ter um acompanhamento mais de perto, é... psicólogo ou como que fala, uma atividade pra eles, né, porque são meio descentrados não tem muito, acho assim, eles se perdem um pouco né, não tem o que fazer, já são tratados diferentes pelas pessoas, são taxados como não dá pra fazer nada, mas não é assim! Eles são normais né? (E23).

Olha eles precisam de psiquiatra, psicólogo, terapia ocupacional. É no caso de paciente violento, agressivo, eu acredito que precisam de internação, que não seja uma internação assim, que fique pra sempre longe do familiar (E08).

Outro fator relevante apresentado na falas dos agentes é de que a medicação psiquiátrica não deve ser o único recurso de tratamento na assistência em saúde mental.

Porque só medicamento, não ajuda... porque com o medicamento eles ficam dependentes, eles vão ficar o resto da vida tomando medicamento? E daí? Não é verdade? Vão morrer tomando medicamento? Eu acho que se tivesse uma maneira que fizesse eles melhorarem através do psicológico e desses trabalhos que tem, da terapia do CAPS, eu acho que seria muito mais importante e hoje em dia representa que o medicamento está em primeiro lugar (E14).

Os agentes, em seus discursos, também sugeriram a possibilidade de um tratamento mais complexo, dentro de uma perspectiva ressocializante, humanizadora e eficaz, para o processo de desinstitucionalização, visando à participação

de uma equipe interdisciplinar, em conjunto com os recursos de assistência no município, e ações de integração social de base comunitária aliada ao tratamento psiquiátrico.

Primeiramente o médico, assistência médica, atividades... atividades como um curso de crochê, dança, pintura, até terapia na comunidade, dando oportunidade pra ela. Humanização da pessoa através da comunidade mesmo, né! Humanizar mais porque esse conceito de ela ser uma pessoa mental. Tratar ela como qualquer pessoa normal, dar carinho, dar amor, atenção...eles adoram atenção (E22).

Eu acho que primeiramente deveria ser o psicológico, pra fazer um estudo, pra vê do que está causando, do que está vindo esse problema, porque que está acontecendo isso, se começou agora ou se isso já é de tempo, a medicação, acho o psiquiatra já no caso acho que bem extremo, acho que um terapeuta ajudaria bem pra da uma qualidade de vida melhor (E17).

A rede compartilhada por meio da parceria entre os serviços de cuidados a saúde mental do município é imprescindível para atender as demandas de cuidados dessas pessoas, pois a integralidade da atenção requer a articulação de todos os setores e serviços existentes, para prestar assistência em saúde mental e permitir a coparticipação de todos os atores envolvidos no plano terapêutico e na vida comunitária (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

O CAPS do município apresenta-se para os agentes comunitários como um importante recurso estratégico para a reinserção social dos portadores de transtornos mentais de suas áreas de abrangência.

Percebi que o CAPS está fazendo uma coisa boa pra ela, porque esse encontro deles, onde eles percebem que têm outras pessoas que vivem a mesma situação que eles, lá eles fazem várias atividades que ajudam a se comunicar, a perceberem que são importantes, que eles podem ser valorizados, apesar de todas as dificuldades deles, então o CAPS é um desses trabalhos, eu achei muito interessante! (E24).

Na percepção dos ACS há necessidade da efetivação de um projeto de reinserção social dessa população. O tratamento adequado, funcionando em uma rede compartilhada de serviços especializados em saúde mental e habilitada para a coparticipação profissional, divisão de responsabilidades e a utilização de recursos de base territorial e comunitária, poderá interromper e prevenir os episódios agudos e críticos de transtorno mental, impedindo internações psiquiátricas e reintegrando dessas pessoas à sua comunidade.

Considerações finais

A percepção do transtorno mental pelos ACS é representada ainda de forma que estigmatiza. Fica evidente a falta de informações relevantes em relação ao processo do adoecimento e sofrimento mental, a etimologia, o prognóstico e a evolução de transtorno mental, o que dificulta o manejo dessa população, sendo necessária capacitação profissional desses agentes para as atividades.

Quanto ao tratamento a ser dispensado ao portador de transtorno mental, foi sugerido, por parte dos sujeitos entrevistados, que esse cuidado seja dispensado de forma mais completa, abrangendo a assistência à família do doente e fornecendo apoio e suporte para seu envolvimento nas fases e episódios da doença. Sugeriram também que o portador de transtorno mental seja acompanhado por equipe interdisciplinar especializada, habilitada para tratar todas as consequências doença e, na medida do possível, suprir as necessidades acarretadas pela mesma.

Espera-se que os resultados encontrados possam servir de subsídio para a reflexão sobre o papel desses profissionais e sua capacitação, possibilitando que os atendimentos em saúde mental possam ser planejados e executados com eficiência e efetividade. A contribuição desse estudo está na compreensão dos conhecimentos do ACS sobre o transtorno mental, por meio do levantamento e da análise de opiniões relacionadas ao assunto, possibilitando a produção de conteúdo que possa auxiliar como parâmetro e direcionamento da capacitação dos agentes na ESF e para inclusão de ações de saúde mental na Atenção Básica. ■

Referências

- ARAÚJO, T.C.B.C.; MOREIRA, V.; CAVALCANTE JUNIOR, F.S. Sofrimento de Sávio: estigma de ser doente mental em Fortaleza. *Fractal: Revista de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2008, p. 119-128.
- BARROS, M.M.M.; CHAGAS, M.I.O.; DIAS, M.S.A. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2009, p. 227-232.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, DF, nov. 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. 5. ed. ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRYMAN, A.; BURGESS, R.G. *Analyzing qualitative data*. London: Routledge, 1999.
- DELGADO, P.G.; WEBER, R. A redução de leitos não significou redução do financiamento para a saúde mental no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 29, n. 2, 2007, p. 194-195.
- GALLETTI, M.C. *Oficina em Saúde Mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?* Goiânia: UCG, 2004.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Itapeva – SP*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=352240#>>. Acesso em: 17 ago. 2011.
- JUCA, V.J.S.; NUNES, M.O.N.; BARRETO, S.G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2009, p. 173-182.
- KODA, M.Y.; FERNANDES, M.I.A. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, 2007, p. 1455-1461.
- LUSSI, I.A.O.; PEREIRA, M.A.O.; PEREIRA JUNIOR, A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, 2006, p. 448-456.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- OLIVEIRA, A.G.B.; CONCIANI, M.E.; MARCON, S.R. A capacitação e a gestão de equipes do PSF para a atenção psicossocial: um estudo de caso. *Ciência e Cuidado em Saúde*, Maringá, v. 7, n. 3, 2008, p. 376-384.
- PEGORARO, R.F.; CALDANA, R.H.L. Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 12, n. 25, 2008, p. 295-307.
- PEREIRA, M.A.O. Representação da doença mental pela família do paciente. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 7, n. 12, 2003, p. 71-82.
- SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 6, n. 10, fev. 2002, p. 75-96.
- SILVEIRA, D.P.; VIEIRA, A.L.S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2009, p. 139-148.
- SPADINI, L.S.; SOUZA, M.C.B.M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Revista Escola Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 40, n. 1, 2006, p. 123-127.

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

Concepção dos médicos da Atenção Primária de um município do interior do Ceará sobre saúde do idoso

Conception of the Primary Care physicians in city of Ceará about health of the elderly

Jaciara Bezerra Marques¹

¹Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – São Paulo (SP), Brasil. Professora de Gerontologia da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte (FMJ) – Juazeiro do Norte (Ceará), Brasil. eujaciara@gmail.com

RESUMO O estudo objetivou conhecer a concepção dos médicos que atuam na Estratégia da Saúde da Família de Juazeiro do Norte (CE) sobre a atenção à saúde do idoso. Para tanto, foi realizado estudo qualitativo através de entrevistas com dez médicos. A abordagem do serviço de saúde centrado na doença e na consulta ambulatorial, privilegiando as doenças crônicas, a não participação em ações com outros profissionais da saúde, a não utilização de avaliação global do idoso e uma visão negativa da velhice foram os principais aspectos evidenciados no estudo. Os resultados encontrados reforçam a necessidade de melhorias na capacitação dos médicos da Atenção Primária para o cuidado com idosos.

PALAVRAS-CHAVE: Médicos; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso.

ABSTRACT *This study aimed to elucidate the conception of health care for the elderly for physicians in the Family Health Strategy in city of Ceará, Brazil. A qualitative study with ten physicians was conducted through interviews. The main findings in this study were health service centered on sickness and office appointments, that focuses on chronic diseases, that provides little interaction with other health care professionals, the lack of use of the global assessment for the elderly and a negative perception of old age. The results reinforce the need for improvements in the training of primary care physicians to care for the elderly.*

KEYWORDS: *Physicians; Primary Health Care; Health of the Elderly.*

Introdução

A velhice constitui-se de uma fase da vida quando ocorrem várias mudanças biológicas, psicológicas e sociais. Uma boa parte dos idosos é atingida por doenças crônicas não transmissíveis, que necessitam de acompanhamento constante de equipe multiprofissional, pois a maioria desses agravos não tem cura e pode gerar incapacidades e afetar a funcionalidade, dificultando ou impedindo o desempenho das atividades cotidianas de forma independente (RAMOS, 2003).

Quando se fala em saúde do idoso, as metas a serem alcançadas são de satisfação em viver, independência e autonomia por maior tempo possível. A dependência é um dos maiores temores nessa faixa etária e evitá-la ou postergá-la passou a ser uma função da equipe de saúde, em especial na atenção primária.

Segundo Starfield (2004), o profissional médico mais adequado para atuação na Atenção Primária é o médico generalista. No Brasil, o número de médicos com esta formação ainda é muito inferior ao necessário para o número de 29.900 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2011). O médico da Atenção Primária tem a responsabilidade de enxergar a totalidade das ações deste nível de atenção e supervisionar todos os seus aspectos. Para tanto, este médico deve estar apto a exercer suas funções organizacionais e ter uma visão ampliada do cuidado integral e da promoção da saúde.

Desde 1994, o Ministério da Saúde do Brasil vem adotando a ESF para a organização da Atenção Primária e estruturação do sistema de saúde brasileiro. A ESF atua com práticas desenvolvidas por equipes responsáveis pela saúde de uma determinada população a ela adstrita, voltada à atenção integral do indivíduo, de forma humanizada, considerando as características locais e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais (BRASIL, 2006b).

Os profissionais de saúde da Atenção Primária devem estar capacitados na prevenção e controle dos agravos à saúde dos idosos. Entretanto, em estudo qualitativo, realizado em João Pessoa, Paraíba, no qual foram entrevistados oito médicos de Unidades Básicas de Saúde (UBS) sobre o cuidado aos idosos, esse foi considerado incipiente e direcionado para patologia. No que

se refere às dificuldades experimentadas, os entrevistados apontaram aquelas oriundas da falta de capacitação profissional e relativas à falta de estrutura do programa, da unidade e da comunidade (FERNANDES, 2006).

O município em que foi realizada a pesquisa que dá origem a este artigo está localizado no interior do Ceará, e conta com uma população de 249.939 habitantes, sendo 26.392 idosos (IBGE, 2010). O município não possui Centro de Referência em Atenção ao Idoso e a maioria dos idosos desta cidade recebe atendimento médico através da ESF.

No entanto, não se conhece como os profissionais médicos que atuam na ESF abordam a saúde do idoso. Neste sentido, foi realizado um estudo qualitativo, em 2009, incluiu dez médicos que atuam na ESF do município, visando conhecer suas concepções sobre atenção à saúde do idoso.

Metodologia

Para a realização do estudo foi utilizada abordagem qualitativa que coloca o sujeito e o objeto em interação, tornando-se assim parte da investigação (MINAYO, 2002). O referencial teórico adotado foi a Teoria das Representações Sociais, que se constitui num conjunto de conceitos e afirmações originadas no decurso do cotidiano, das comunicações interindividuais equivalentes às crenças e mitos das sociedades tradicionais (JODELET, 2001).

Foram entrevistados dez médicos, dentre os 58 que atuam na ESF do município, selecionados mediante escolha aleatória. As entrevistas foram orientadas por roteiro previamente elaborado, sendo realizadas pelo próprio pesquisador. Com a maioria dos entrevistados foi possível realizar a entrevista em apenas um encontro, exceto para três, para os quais foram necessários dois encontros para complementação da entrevista.

Os entrevistados foram contatados, inicialmente, no seu local de trabalho, quando era explicado o objetivo da pesquisa, perguntado do seu interesse e disponibilidade em participar e, caso positivo, agendados hora e local de sua preferência.

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. A análise do material, após sua leitura

exaustiva, incluiu a identificação de aspectos comuns ou relacionados entre si nas falas dos entrevistados. A partir disto foram estabelecidas categorias para nortear a interpretação dos dados. Foram encontradas sete categorias que indicaram as características das concepções dos entrevistados sobre atenção à saúde do idoso na ESF no município estudado.

1. Razão em trabalhar na ESF;
2. Conhecimento sobre organização do serviço para Saúde do Idoso na ESF;
3. Atividades com idosos na ESF;
 - 3.1 Atividades coletivas;
 - 3.2 Ações de promoção à saúde;
 - 3.3 Visita domiciliar;
 - 3.4 Consulta ambulatorial.
4. Principais problemas dos idosos no município;
5. Avaliação das ações na Saúde do Idoso na ESF;
6. Considerações sobre trabalho interdisciplinar;
7. Considerações sobre velhice.

Foram respeitadas as exigências das Diretrizes e Normas de Pesquisas com seres humanos, apresentadas na Resolução 196, do Conselho Nacional de Saúde — Ministério da Saúde. A execução da pesquisa somente foi iniciada após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino na qual o estudo estava vinculado e após a assinatura do Termo Livre Esclarecido pelo entrevistado.

Resultados

Características dos sujeitos

Foram entrevistados 10 médicos, 5 homens e 5 mulheres, com idades que variaram de 30 a 72 anos — 5 dos entrevistados informaram sua idade cronológica, os outros 5 somente disseram a faixa etária na qual se encontravam. O fato de não dizer sua idade pode sugerir um incômodo em revelar o tempo de anos vividos e com o próprio processo de envelhecimento. Incômodo que eventualmente pode se refletir na abordagem do idoso que lhe demanda cuidado.

O tempo de atuação na ESF variou de 4 meses a 14 anos. Cinco dos entrevistados informaram ter menos de seis meses na ESF atual. Esta informação pode

estar relacionada à baixa permanência de alguns médicos na mesma equipe no município. Apenas três dos entrevistados permaneceram na mesma equipe desde que iniciaram suas atividades na atenção primária.

As especialidades médicas dos entrevistados foram também bastante variadas; dentre elas, pneumologia, ginecologia, urologia, pediatria, radiologia, cirurgia e clínica médica. Somente três deles tiveram formação em residência médica e quatro fizeram especialização em Saúde da Família ou Medicina de Família e Comunidade. Apenas um informou ter tido na graduação a disciplina de Geriatria e outro relatou ter realizado curso de Gerontologia após a graduação.

Razão em trabalhar na ESF

A maioria dos entrevistados afirmou que estava trabalhando na ESF não por uma escolha inicial, mas por ser a opção mais fácil de emprego. Apesar do insuficiente financiamento público da saúde e da universalidade da cobertura dos serviços de saúde ainda não ser fato (CEBES, 2011), a ampliação da atenção básica permanece como compromisso da 14ª Conferência Nacional de Saúde (COMISSÃO ORGANIZADORA DA 14ª CNS, 2011). Seguindo esta tendência, no município estudado, sempre há vagas disponíveis para médicos na ESF. Médicos que já atuaram em outras especialidades passaram também a atuar na ESF sem necessariamente terem tido um treinamento complementar para este tipo de atuação.

Ou seja, as razões para atuarem na ESF estão relacionadas não apenas a escolhas individuais, mas são perpassadas pelas dimensões da política de saúde, da reorganização da atenção e dos serviços de saúde. As outras motivações em trabalhar na ESF estavam relacionadas com o retorno financeiro e a incapacidade em trabalhar em outros setores. Em dois depoimentos observou-se uma sensação de dever público.

Conhecimentos sobre organização do serviço para saúde do idoso na ESF

Nenhum dos entrevistados soube informar o número de idosos na área adstrita a sua ESF de atuação; apenas um sugeriu que a porcentagem de idosos seria de 15% da população. Atualmente, no município, os idosos representam 10,5% da população geral (IBGE, 2010).

Quatro dos entrevistados informaram não saber se o número de idosos da sua área de adstrição era disponibilizado por sua equipe da ESF.

O processo de cadastramento das pessoas de um dado território vinculado à ESF é realizado pelos agentes de saúde por coleta direta de informações da população, utilizando para tanto a Ficha A, padronizada pelo Ministério da Saúde (ANDRADE; BARRETO; FONSECA, 2004). Porém, nem todos os profissionais de saúde sabem dessa obrigatoriedade ou mesmo usufruem dessas informações para planejamento das ações na ESF. Os médicos entrevistados não sabiam informar o número dos idosos, provavelmente por não terem ideia de que esta informação influencia no planejamento de suas ações, o que sugere a permanência de uma prática de saúde fragmentada, centrada no contato de caráter individual entre profissional e usuário.

Essa prática contraria um dos pressupostos da ESF, que situa o usuário como um membro de um coletivo, o profissional médico como parte de uma equipe, e o momento da consulta como um momento de encontro de sujeitos em torno das necessidades de saúde trazidas por um deles. Nascimento, Santos e Carnut (2011) destacaram importantes lacunas na operacionalização da ESF que levam a dificuldades nas ações na atenção básica.

Atividades com idosos na ESF

Atividades coletivas

Segundo Tavares (2004), as práticas coletivas são essenciais na Atenção Primária à saúde. Nas atividades coletivas, a comunidade ou grupo específico dessa comunidade deve ter acesso de forma clara e em linguagem acessível, atrativa, não técnica aos repasses de informações relacionadas aos temas e aos problemas que interferem com a saúde.

No conjunto dos entrevistados, quatro relataram experiências de atividades coletivas. Um médico relatou experiência de um dia de ações coletivas voltadas para idosos, vivenciada em outro município onde trabalhou; uma médica contou da sua experiência buscando superar a dificuldade de adesão dos idosos na campanha de vacinação anual; outra relatou evento anual de confraternização do seu posto para os idosos da sua comunidade e um último médico citou a atividade de grupo de

idosos realizado pelo educador físico, mas o entrevistado não sabia informar maiores detalhes desta atividade.

Esses relatos sugerem haver pouca clareza, para esses profissionais, do que seria uma atividade coletiva. No entanto, a própria dinâmica do trabalho em equipe na ESF representa uma atividade coletiva, mesmo que muitos médicos não saibam bem o que o outro profissional da saúde faz. Esse desconhecimento reverbera o que é ignorado sobre os princípios, diretrizes organizacionais da atenção primária, o que não foi apreendido ou não é exigido pela secretaria de saúde. O médico não pode perceber a importância das ações coletivas com idosos, pois ele nem mesmo se percebe dentro de uma equipe. Para eles as atividades coletivas são pontuais, realizadas por outros profissionais que não os médicos, e sua participação não é percebida como necessária.

Ações de promoção à saúde

Segundo Andrade, Barreto e Fonseca (2004), promoção de saúde constitui-se em um conjunto de ações sobre os determinantes de saúde com objetivo de criar condições favoráveis a modos de vida saudáveis. Destaca-se, em falas de quatro entrevistados, a importância da educação dos idosos e família para o repasse de informações e, assim, promover ambientes saudáveis. Percebe-se, ainda, a preocupação quanto à orientação de dietas para uma vida mais saudável. Uma das médicas relata sua experiência sobre repasse de informações sobre plantas medicinais. A importância das práticas de exercícios físicos pelos idosos foi citada por seis dos dez entrevistados e como experiência pessoal por outros quatro.

Ou seja, as representações sociais dos médicos sobre promoção de saúde estão voltadas para uma abordagem clínica, enfocando a prevenção de doenças, a partir de prescrições de dietas ou exercícios. Esta postura contrasta com o que é proposto na promoção de saúde, especialmente no seu componente de educação para a saúde. Deveria haver o predomínio do diálogo com troca de experiências, visando que o outro possa elaborar os seus padrões de viver com saúde, e não o predomínio da imposição de informações médicas para os pacientes. Faz-se necessário, para tanto, médicos com formação orientada pela educação popular e respeito aos saberes da comunidade, em busca de uma verdadeira cidadania compartilhada (SILVA *et al.*, 2010).

Visita domiciliar

A visita domiciliar é uma atividade de destaque na ESF, pois constitui um excelente instrumento de acompanhamento de pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção (TAVARES, 2004). Todos os entrevistados relataram realizar visitas domiciliares, sendo que a maioria destas visitas foi destinada aos idosos. A visita domiciliar foi representada como uma consulta ambulatorial descentralizada.

Consulta ambulatorial

Nenhum dos entrevistados informou haver um turno específico somente para idosos; no entanto, todos relataram que nos dias de atendimentos aos hipertensos e diabéticos existe maior quantidade de idosos. Ou seja, parece que as ações prioritárias da Saúde do Idoso (BRASIL, 2006c) ainda não estão implantadas ou executadas de forma adequada havendo, dentro da ESF, uma prioridade para a abordagem das doenças hipertensão (HAS) e diabetes (DM), em detrimento às ações de promoção de saúde e de prevenção do envelhecimento.

A lembrança mais citada ao se referir a ações da ESF com idosos eram de consultas ambulatoriais, que, segundo Oliveira e Pellanda (2004), representam o momento para se estabelecer o diagnóstico e manejo dos problemas de saúde dos indivíduos. De fato, as consultas clínicas constituem o maior motivo de procura pelos idosos do serviço público de saúde no município estudado (MARQUES *et al.*, 2009), sugerindo a permanência de um modelo biomédico que considera apenas os fatores biológicos na causa das doenças e centraliza a atenção à saúde na figura do médico.

Principais problemas dos idosos

Coincidindo com o fato de que a representação social dos entrevistados sobre as atividades com idosos na ESF encontra-se focado no modelo biomédico, ao se questionar sobre os principais problemas dos idosos, destacou-se a lembrança de doenças crônicas como HAS e DM nas falas de seis dos dez entrevistados. O preconceito, o descaso familiar, a dificuldade na tomada de medicações e a dificuldade de acesso ao serviço de saúde também foram citados como problemas.

A citação sobre HAS e DM foi observada em vários momentos das entrevistas. Doenças relacionadas à

saúde mental dos idosos foram citadas pela maioria dos entrevistados, bem como as doenças relacionadas à dificuldade de mobilidade e doenças osteoarticulares.

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea, assim as doenças relacionadas ao envelhecimento ganham maior expressão. O resultado dessa dinâmica é uma demanda crescente por serviços de saúde com enfoque na doença (LIMA-COSTA; VERAS, 2003), corroborando, assim, a representação social dos entrevistados, sobre os problemas dos idosos, centrada na doença. A esta representação se agrega outra, a do idoso como paciente, como doente.

Os problemas socioeconômicos dos idosos não foram percebidos como importantes pela maioria dos entrevistados, que também não conseguiram vislumbrar o idoso inserido no contexto familiar e coletivo, tendo que se haver, por exemplo, com questões que transcendem a HAS e DM, como os abusos, os maus-tratos, a viuvez ou feminilização do envelhecimento, dentre outras. A negação a percepção dos problemas sociais surgidos na velhice demonstra um mecanismo de defesa natural do homem moderno, que busca a jovialidade e nega o envelhecimento (NUNES, 2011).

Avaliação das ações na saúde do idoso

Ao ser perguntado 'Como é para você trabalhar com o idoso na ESF?', nenhum médico entrevistado demonstrou insatisfação em atender idosos. Percebeu-se satisfação nas falas de alguns médicos devido à atenção e gratidão demonstradas pelos idosos durante e após a consulta. Nas falas de outros, foi dado destaque à necessidade de conversar que o idoso possui. Isto sugere que, em que pese a representação do idoso como um doente, e da velhice como doença, e não como uma etapa da vida, não parece ser penoso para os profissionais o contato com os sujeitos em processo de envelhecimento.

Do mesmo modo, os entrevistados fizeram, em geral, uma autoavaliação positiva de suas ações na ESF. Uma das médicas destacou a importância do acompanhamento da pessoa desde a infância até a velhice, e outra citou seu bom conhecimento sobre a área adscrita da ESF e da população atendida. Outra, ainda, falou da importância da criação de vínculos entre o profissional de saúde e o paciente que a ESF propicia.

No entanto, muitas dificuldades também foram citadas em relação ao trabalho na ESF. Uma médica, por exemplo, falou do seu desencantamento com a ESF, que segundo ela não consegue realizar a proposta comunitária que pretende. Outra, fez menção à sua insegurança em determinadas condutas, para as quais não se sente capacitada. O preconceito contra o trabalho na ESF no meio da categoria médica também foi apontado como um problema. Vários profissionais fizeram duras críticas à ESF e aos serviços públicos de saúde do município. Neste contexto, foram apontadas a falta de investimento na Atenção Primária a saúde, gerando problemas de organização, como grande número de consultas por dia e dificuldades de integração com o nível secundário de atenção à saúde no município e a precariedade da estrutura das unidades. Estas críticas estão de acordo com análise sobre os impasses atuais do SUS, e as dificuldades de se garantir acesso à população a uma atenção básica à saúde de qualidade (CEBES, 2011).

O acesso ao serviço de saúde consiste em utilizar este serviço quando o indivíduo necessitar (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006). Algumas médicas relataram a dificuldade de acesso ao serviço de saúde por parte da população que mora mais distante da unidade de saúde. Outros destacaram a falta de medicação na ESF, e ainda a dificuldade de realização de exames complementares. Problemas desta natureza também foram identificados por Motta, Aguiar e Caldas (2011), em estudos sobre efetividade da ESF e a atenção ao idoso em três municípios do Rio de Janeiro.

Assim, a avaliação dos profissionais a respeito do serviço público de saúde no qual eles atuam aponta para um ambiente desfavorável e cercado por dificuldades. No entanto, os entrevistados consideram que suas ações são bem vistas pela população e alguns reconhecem a gratidão dos idosos por receberem atenção. Existe, assim, uma contradição entre a avaliação do próprio trabalho e do ambiente no qual este se desenvolve.

Apenas três médicos afirmaram ser capacitados para atuar bem na saúde do idoso. Seis, dos dez entrevistados, reconheceram a necessidade de maior capacitação na área de saúde do idoso. Isto sugere, mais uma vez, que embora a capacitação dos profissionais seja uma das ações prioritárias da política nacional do idoso (BRASIL, 2006c), isto ainda não foi implementado a

conteúdo. Lima-Costa *et al.* (2011) ressaltaram que em comparação aos anos anteriores, há melhorias em algumas dimensões da saúde do idoso, associadas à expansão das atividades da Atenção Primária no Brasil.

Um único médico afirmou conhecer a avaliação multidimensional do idoso, instrumento que permite realizar um diagnóstico da saúde do idoso considerando aspectos biológicos, psíquicos, sociais e funcionais, além do exame físico específico para idosos, e que foi proposto como o ponto inicial da atenção à saúde da pessoa idosa na Atenção Primária (BRASIL, 2006a). Porém, mesmo conhecendo, esse profissional não se utilizava da avaliação multidimensional. Uma única médica referiu fazer avaliação de dependência do idoso.

Trabalho multiprofissional

Mais da metade dos entrevistados destacaram a importância da ação de outros profissionais da saúde na ESF, como os recentemente incorporados a partir da criação dos Núcleos de Apoio da Saúde da Família (NASF), em 2008. O NASF se propõe a dar suporte às equipes básicas da ESF, a partir da atuação de vários profissionais da saúde como fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo, assistente social, farmacêutico, educador físico e outros (BRASIL, 2008).

Apesar do reconhecimento dessa importância, em nenhum momento há referência a ações desenvolvidas conjuntamente entre o médico e outros profissionais. Ou seja, do mesmo modo como o médico não se percebe participando de um trabalho coletivo, também não há um movimento no sentido de buscar uma atuação multiprofissional, reforçando uma representação social do trabalho médico como uma ação individualizada, sem interação com outros profissionais.

Concepções sobre velhice

Sete dos entrevistados consideraram idosas aquelas pessoas com idade acima de 60 anos, mas 1 classificou como idosas pessoas com mais de 50 anos e 2 chamou de idosas pessoas com idade acima de 65 anos. No entanto, a delimitação da velhice a partir de uma contagem dos anos de vida é uma questão bastante discutível. O Estatuto do Idoso estabelece que pessoas com idade acima de 60 anos têm prioridade no atendimento (BRASIL, 2003).

Um entrevistado relatou não estabelecer a prioridade do idoso nos atendimentos na ESF, mas no seu consultório especializado ele faz esse tipo de priorização, demonstrando, assim, uma atuação diferenciada em função das suas distintas inserções de trabalho.

Além das concepções sobre a velhice relacionadas à idade, surgiram concepções que relacionam a ideia de velhice às dificuldades de deslocamento, devidas a alguma doença ou a incapacidades relacionadas ao avanço da idade. Estas dificuldades foram referidas por quatro dos dez entrevistados, enquanto os outros seis relacionaram a velhice a um conjunto de limitações mais amplo. Entretanto, está em curso uma mudança de paradigma de que todo idoso é frágil, para outro que considera possível envelhecer de forma saudável (RIBEIRO, 2011). Para o profissional que atende um idoso, não conseguir perceber os ganhos acumulados, e não poder reconhecer que a velhice é uma etapa pela qual todos os que não morrem precocemente passarão pode se constituir no obstáculo real para o desenvolvimento de uma atenção à saúde que não se resume a tratar sintomas, e que se propõe a contribuir para que o sujeito idoso construa seu próprio projeto de felicidade e saúde nessa etapa da vida.

Assim como no Japão, no Brasil há um número cada vez maior de idosos que moram sozinhos. Este dado pode ser entendido como símbolo de autonomia e liberdade (SCOTT, 2002). Solidão e abandono foram citados por quatro dos dez médicos ao se referirem à velhice. Já outros quatro médicos fizeram comentários sobre a importância da família durante o processo do envelhecimento e adoecimento. A convivência com doença crônica gera sofrimentos nas famílias (FERREIRA *et al.*, 2010).

A sociedade costuma discriminar os idosos e consequentemente há grandes obstáculos na comunicação com eles (FREITAS; TAVARES, 2010). Um dos entrevistados destacou a não adequação dos idosos ao mundo globalizado, enquanto outros disseram que alguns idosos são rebeldes e possuem maior resistência na adesão às condutas de saúde sugeridas.

Alguns médicos fizeram comparações entre a velhice e infância, sugerindo uma semelhança nas características destas duas fases da vida. O médico com essa representação agirá de forma similar com sujeitos nesses dois estágios do desenvolvimento humano e assim poderá tratar um idoso como uma criança, o que seria

um desrespeito. O fato dos idosos serem mais lábeis em termos de humor, mais suscetíveis a doenças, acidentes e violência, e ainda de apresentarem falhas de memória ou de coordenação motora não os tornam crianças. Tomá-lo assim é negar o seu passado e, assim, negar a sua existência presente, antecipando simbolicamente a sua morte (DEBERT, 2006).

Ser idoso repercute diferentemente em cada vida, portanto a dinâmica de viver e sentir-se velho está relacionado às crenças, planos, desejos e experiências (ALMEIDA; MOCHEL; OLIVEIRA, 2011). Uma médica citou a dificuldade de sentir-se envelhecendo. Outros falaram de experiências de vida correlacionadas à velhice, considerando as percepções e temores em relação à morte, e aos sintomas e limitações manifestadas sob influência do tempo.

Considerações Finais

Apesar das diferenças encontradas entre os sujeitos quanto a sexo, idade, tempo de atuação na Atenção Primária e formação, as representações sociais sobre atenção à saúde do idoso na ESF reforçaram a influência das suas práticas profissionais e da formação na qual eles foram qualificados. O idoso ora foi visto como um hipertenso, diabético ou portador de alguma outra doença crônica, ora como um paciente que necessita de conversa, como rebelde e ora comparado a uma criança.

O atendimento médico ao idoso, descrito pelos entrevistados, encontra-se centrado na presença ou não das doenças crônicas principalmente HAS e DM. As atividades coletivas não foram reconhecidas como essenciais ou importantes e não são valorizadas como a consulta ambulatorial que constituiu a ação principal desses profissionais. A visita domiciliar foi descrita apenas como uma consulta fora do ambulatório.

O discurso da educação na promoção de saúde encontra-se carregado de imposição de saberes. Os médicos assim determinaram o que era ideal quanto à alimentação e exercícios físicos e não se percebe a abordagem centrada na cultura local. Em nenhuma fala continha temas como alterações do sono, tabagismo, alcoolismo, uso de benzodiazepínicos que podem estar presentes no processo do envelhecimento e que

influenciam na saúde dos idosos. O conceito de saúde dos entrevistados encontra-se centrado na doença. Os problemas dos idosos percebidos por eles guardam relação com patologias e assim problemas socioeconômicos não são identificados como principais.

Todos os entrevistados fizeram algum tipo de crítica ao serviço de saúde em questão. Foram citados os pacientes problemáticos, problemas em relação à ESF em si, o preconceito em trabalhar nessa estratégia de saúde, a falta de investimento neste setor e dificuldade de transporte para realizar visita domiciliar, o grande número de consultas por dia, o grande número de pessoas vinculadas a sua equipe, a falta de alguns medicamentos, dificuldades em marcação de exames, a estrutura precária da unidade de saúde e a dificuldade na referência do serviço de atenção secundária à saúde local. As dificuldades relacionadas à gestão e ao serviço em si foram bem definidas e bastante exemplificadas. No entanto, ao se fazer uma autoavaliação de suas ações, os médicos parecem considerá-las positivas.

A satisfação em atender o idoso se encontrava relacionada à passividade agradecida dos idosos ao serem atendidos. A avaliação multidimensional do idoso, que deveria ser aplicada pelos profissionais, não era utilizada por nenhum deles. Itens importantes da avaliação global da saúde do idoso, como checagem da visão, audição, atividades de vida diária, memória, risco de quedas e sexualidade, não foram citados por nenhum dos entrevistados. Assim, pode-se afirmar que uma avaliação preventiva de detecção precoce de agravos que podem acometer os idosos não é realizada. No entanto, nem todos identificaram a necessidade de capacitação para atender adequadamente o idoso e abordar o envelhecimento.

A ação multiprofissional na ESF foi citada como importante pelos entrevistados; porém, se percebe um distanciamento das ações dos outros profissionais e das ações dos médicos. Não existe um trabalho de equipe; existem funções distintas destinadas a cada tipo de profissional, sendo executada de forma independente.

Ao se falar em velhice, destacaram-se, nas falas, as limitações e dificuldade de deslocamento, a solidão e o abandono, a não adequação dos idosos ao mundo globalizado, a rebeldia de alguns idosos, a dificuldade de adesão às condutas de saúde sugeridas, a violência sofrida por alguns deles, a dificuldade de sentir-se envelhecendo e a morte. Percebeu-se, assim, a representação social da associação da velhice a eventos negativos no percurso da vida.

A abordagem do serviço de saúde centrado na doença e na consulta ambulatorial, privilegiando as doenças crônicas comuns na velhice, a não participação em ações com outros profissionais da saúde, a não utilização da avaliação multidimensional do idoso e uma visão negativa da velhice foram as principais características das concepções dos médicos entrevistados neste estudo. Percebeu-se uma boa identificação dos entrevistados em relação à atenção à saúde do idoso; no entanto, na prática, o acompanhamento de idosos pelos médicos precisa de capacitação profissional para melhoria do suporte técnico necessário e mudanças organizacionais da equipe da ESF para assim tornar-se digno a essa parcela da população que vem deixando às novas gerações o seu legado de vida e experiência. Nossos idosos merecem melhorias no cuidado e na atenção recebidos pelos profissionais da saúde. ■

Referências

ALMEIDA, P.M.; MOCHÊL, E.G.; OLIVEIRA, M.S.S. O idoso pelo próprio idoso: percepção de si e de sua qualidade de vida. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 13, n. 3, mar. 2011, p. 99-113.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; FONSECA, C.D. A Estratégia de Saúde da Família. In: DUNCAN, B.B. *et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 88-100.

BRASIL. *Estatuto do Idoso*. Lei 10741 de 1º de outubro de 2003.

_____. Ministério da Saúde. *Criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Portaria GM nº 154. Diário Oficial da República

Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 de março de 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Normas e Manuais Técnicos: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Caderno de Atenção Básica, n. 19, Série A. Brasília, DF, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. *Pacto pela Saúde*. Portaria GM nº 399. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 de fevereiro de 2006a.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional da Atenção Básica*. Portaria GM nº 648 de maio de 2006b.

- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Portaria GM nº 2.528 de outubro de 2006c.
- _____. Ministério da Saúde. *Sistema de informação da atenção básica*. Meta e evolução de equipes de saúde implantadas. 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>. Acesso em: 12 ago. 2009.
- CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE (CEBES). 35 anos de luta pela Reforma Sanitária: preservando o interesse público na saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 91, out./dez. 2011, p. 644-649.
- COMISSÃO ORGANIZADORA DA 14ª CNS. Carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde à sociedade brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 91, out./dez. 2011, p. 650-653.
- DEBERT, G.G. Antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: BARROS, M.M.L. (Org.). *Velhice ou terceira idade?* Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 49-67.
- FERNANDES, M.G. O cuidado com o idoso no Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, João Pessoa, v. 10, n. 3, set./dez. 2006, p.253-262.
- FERREIRA, N.M.L.A. et al. Doença crônica: comparando experiências familiares. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 85, abr./jun. 2010, p. 236-247.
- FREITAS, A.V.S; TAVARES, J.L. Cidadania e participação social do idoso: acesso à comunicação em saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 84, jan./mar. 2010, p. 87-92.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo populacional*. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 jul. 2011.
- JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001. p. 17-44.
- LIMA-COSTA, M.F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. Editorial. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, jun. 2003.
- LIMA-COSTA, M.F. et al. Tendências de dez anos das condições de idosos brasileiros: evidências da PNAD (1998, 2003, 2008). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, 2011, p. 3689-3696.
- MARQUES, J.B. et al. O serviço de saúde pública em Juazeiro do Norte na visão dos idosos. In: NOBREGA-THERRIEN, S.M.; ALMEIDA, M.I.; ANDRADE, J.T. *Formação diferenciada: a produção de um grupo de pesquisa*. Fortaleza: Editora UECE, 2009. Cap.12, p. 235-250.
- MINAYO, M.C.S. (Org.) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 21. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002.
- MOTTA, L.B.; AGUIAR, A.C.; CALDAS, C.P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, abr. 2011, p.779-786.
- NASCIMENTO, A.P.S.; SANTOS, L.F.; CARNUT, L. Atenção Primária à Saúde via estratégia da família no Sistema Único de Saúde: introdução aos problemas inerentes à operacionalização de suas ações. *Journal of Management and Primary Health Care*, Olinda, v. 2, n. 1, 2011, p. 18-24.
- NUNES, M. A construção social simbólica do envelhecimento. *Revista Portal de Divulgação*, São Paulo, n. 12, jul. 2011, p. 7-14.
- OLIVEIRA, F.A.; PELLANDA, L.C. A consulta ambulatorial. In: DUNCAN, B.B. et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap.11, p. 125-130.
- RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano. São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, maio/jun. 2003, p. 793-798.
- RIBEIRO, R.N. A reconstrução da velhice: ações políticas e sociais no mundo e no Brasil. *Revista de Estudos Universitários*, Sorocaba, v. 37, n. 1, jun. 2011, p. 295-310.
- SCOTT, R.P. Envelhecimento e juventude no Japão e no Brasil: idosos, jovens e a problematização da saúde reprodutiva. In: MINAYO, M.C.S., COIMBRA JR, C.E.A., (orgs.). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 103-127.
- SILVA, C.M.C. et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010, p. 2539-2550.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Tradução da edição revisada e publicada em inglês, 1998. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID, 2004.
- TAVARES, M. A prática da Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, B.B. et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap.8, p. 101-106.
- TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E.X.G; VIACAVA, F. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2008, p. 34-48.

Recebido para publicação em Março/2012

Versão definitiva em Junho/2012

Suporte financeiro: Não houve

Conflito de interesses: Inexistente

Triagem neonatal: realidade do estado do Ceará

Neonatal screening: reality of Ceará, Brazil

Maria Leonice de Lima Passos¹, Maria Dalva Santos Alves², Maria Glêdes Ibiapina Gurgel³, Selma Antunes Nunes Diniz⁴, Rita Maria Viana Rego⁵, Raquel Almeida de Lima Passos⁶

¹Mestranda em Enfermagem na Promoção da Saúde pela Universidade Federal do Ceará (UFCE) – Fortaleza (CE), Brasil. Assessora Técnica da Vigilância Epidemiológica na Secretaria Executiva Regional VI de Fortaleza – Fortaleza (CE), Brasil. leonicepassos@hotmail.com

²Doutora em Enfermagem pela UFCE. Professora Titular da UFCE – Fortaleza (CE), Brasil. dalvaalves06@uol.com.br

³Doutora em Enfermagem pela UFCE – Fortaleza (CE), Brasil. Chefe do Núcleo de Epidemiologia Hospitalar do Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana – Fortaleza (CE), Brasil. gledesgurgel@yahoo.com.br

⁴Mestrando em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) – Fortaleza (CE), Brasil. Assessora Técnica da Secretaria Executiva Regional VI de Fortaleza – Fortaleza (CE), Brasil. sellnunes@hotmail.com

⁵Doutoranda em Enfermagem pela UFCE – Fortaleza (CE), Brasil. Professora Titular da Universidade Federal de Sergipe (UFSE) – Aracaju (SE), Brasil. ritavrego@yahoo.com.br

⁶Mestranda em Ciências da Educação pela Universidade Politécnica e Artística do Paraguai – Ciudad del Este, Paraguai. Fonoaudióloga no Núcleo de Atendimento Pedagógico Especializado (NAPE) da Secretaria de Educação do Estado do Ceará (SEDUC) – Fortaleza (CE), Brasil. kel_passos@hotmail.com

RESUMO Este artigo objetivou analisar o perfil da cobertura do Programa de Triagem Neonatal no Estado do Ceará em 2007 por meio de um estudo transversal, quantitativo, realizado de julho a agosto de 2010 com base no Sistema de Informação de Nascidos Vivos, no número de testes de triagem neonatal informado pelo Laboratório Central de Saúde Pública e entrevista no Serviço de Referência de Triagem Neonatal. Os 184 municípios pesquisados apresentaram heterogeneidade na sua cobertura. Alguns deles atingiram coberturas superiores a 100,00%, enquanto 84,23% apresentaram percentual inferior ao recomendado pelo Ministério da Saúde para as doenças metabólicas fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito.

PALAVRAS-CHAVE: Triagem neonatal; Recém-nascido; Doenças metabólicas.

ABSTRACT *The article aimed to analyze the profile of the coverage of the National Neonatal Screening Program in the State of Ceará, Brazil, in 2007, by a cross-sectional, quantitative study, conducted between July and August of 2010, based on the Information System of Live Newborns, number of neonatal screening tests reported by the Central Public Health Laboratory and interview in the Reference Service of Neonatal Screening. The 184 municipalities researched are heterogeneous in their coverage. Some of them achieved coverage of over 100.00%, while 84.23% showed lower than recommended by the Ministry of Health for metabolic diseases phenylketonuria and congenital hypothyroidism.*

KEYWORDS: Neonatal screening; Infant, newborn; Metabolic diseases.

Introdução

O Programa de Triagem Neonatal (PTN) foi instituído para todo o território nacional por força da Portaria nº 822, de junho de 2001. Apesar de atualmente já existirem testes para a detecção precoce de várias outras doenças, até o momento são realizadas pesquisas somente sobre hipotireoidismo congênito (HC), fenilcetonúria (PKU), anemia falciforme (AC) e fibrose cística (FC) em alguns estados (BRASIL, 2001).

Na década de 1970, iniciou-se a pesquisa do HC, mediante a dosagem do hormônio tirotrófina (*thyroid stimulating hormone* – TSH), utilizando-se o mesmo material colhido para a pesquisa da PKU. Desde então, milhares de crianças são beneficiadas com a prevenção da deficiência mental, com a realização do Teste de Triagem Neonatal (ALMEIDA *et al.*, 2003).

A Portaria 822 determina as competências e atribuições relativas à instituição/gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), a ser efetivada em três fases em virtude dos diferentes níveis de organização das redes assistenciais nos estados, da variação do percentual de cobertura dos nascidos vivos, da atual triagem neonatal e da diversidade das características populacionais do país (BRASIL, 2001).

Para a habilitação em cada fase, o Estado ou Distrito Federal deve cumprir alguns critérios estabelecidos nesta portaria, no que diz respeito à rede de coleta, ao serviço de referência, ao acompanhamento e tratamento das doenças e ao compromisso de tentar atingir coberturas de 100% (BRASIL, 2005).

Uma das exigências da portaria é a criação de um Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN), responsável pelo cumprimento de todo o processo, incluindo a coleta, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos casos positivos detectados. Deve dispor, ainda, em sua estrutura, de uma equipe multiprofissional especializada no atendimento ao recém-nascido com doenças metabólicas (BRASIL, 2005).

Este programa ocupa-se da detecção, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos casos suspeitos de quatro doenças, conforme as fases de implantação dessa portaria, com suas respectivas patologias. Na fase 1, realiza-se pesquisa para PKU e HC; na 2, para PKU, HC e para as hemoglobinopatias;

na 3, além destas, para FC — apenas quatro Estados do Brasil (Paraná, Santa Catarina, Minas Gerais e Espírito Santo) encontram-se habilitados para esta fase (BRASIL, 2005).

Segundo Botler *et al.* (2010, p. 496),

[...] as maiores coberturas se encontram nos estados credenciados para a fase III e o inverso se dá com aqueles credenciados para a fase I. A transição epidemiológica contribuiu para o êxito dos PTN. Regiões mais desenvolvidas têm coberturas e momento de coleta mais adequados. No Brasil, a iniciativa do governo ampliou o acesso ao teste, mas coletas tardias indicam a necessidade de ações educativas e de organizações profissionais na definição de diretrizes específicas.

Os critérios para a evolução das fases, de acordo com Carvalho *et al.* (2008, p. 89), baseiam-se nas coberturas alcançadas de cada estado, tais como as superiores a 50 e 70%, que permitem triagem para hemoglobinopatias e fibrose cística, respectivamente.

Em 2007, o Ceará e mais 11 estados do Brasil ainda se encontravam na fase 1 do PTN. Somente em junho de 2010, o Ceará foi habilitado na fase 2, por meio da Portaria nº 1.855, de 12 de julho de 2010, publicada no Diário Oficial da União, passando, então, a executar a triagem para as hemoglobinopatias, incluindo a anemia falciforme.

O Teste de Triagem Neonatal é um conjunto de exames realizados para detectar alterações no metabolismo. Na verdade, eles fazem parte de um *screening* (peneiramento, busca) neonatal e são popularmente chamados de ‘Teste do Pezinho’, pois a coleta do material é feita no calcanhar da criança (HOROVITZ *et al.*, 2005; ALVAREZ FUMERO, 2003).

A coleta neste local se dá pela inervação e por se tratar de sangue periférico. O exame pode ser realizado entre o 3º e 30º dia de vida, preferencialmente entre o 3º e o 7º. O procedimento correto durante a realização da coleta de sangue em papel-filtro e o rápido encaminhamento da amostra ao Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) são condições essenciais para o sucesso do PTN. Quando este período não é respeitado,

podem ocorrer falhas no diagnóstico (MARTON DA SILVA; LACERDA, 2003; MENDONÇA *et al.*, 2009).

A PKU é doença genética, configurada no fato de que a criança não tem a enzima que promove a quebra do aminoácido fenilalanina, existente em todas as formas de proteína da alimentação humana (carne, leite, ovos etc). Com isso, a fenilalanina se acumula no sangue e tecidos. Este excesso provoca lesões graves e irreversíveis no Sistema Nervoso Central (retardo mental) (LEÃO; AGUIAR, 2008).

O nível de fenilalanina no sangue é superior a 10 mg/dL ou 600 $\mu\text{mol/L}$. De acordo com os níveis de fenilalanina, classificam-se como fenilcetonúria leve os casos que se situam entre 10 (600 $\mu\text{mol/L}$) e 20 mg/dL (1.200 $\mu\text{mol/L}$), e como fenilcetonúria clássica os com níveis acima de 20 mg/dL (1.200 $\mu\text{mol/L}$). Valores entre 4 mg/dL (240 $\mu\text{mol/L}$) e 10 mg (600 $\mu\text{mol/L}$) são encontrados nas hiperfenilalaninemias transitória ou permanente, dependendo da evolução, e não necessitam tratamento dietético. É necessário, no entanto, ter atenção com o aumento de fenilalanina em indivíduos do sexo feminino, pois a hiperfenilalaninemia permanente, tanto quanto a fenilcetonúria, pode causar nos filhos o quadro reconhecido como fenilcetonúria materna, com complicações tipo microcefalia, retardo mental e cardiopatia congênita (LEÃO; AGUIAR, 2008).

Esta doença metabólica, apesar da baixa prevalência (média mundial em torno de 1:15.000 nascidos vivos), apresenta graves efeitos sobre o desenvolvimento do sistema nervoso quando não tratada adequadamente e no momento oportuno. O acúmulo de fenilalanina tem efeitos tóxicos sobre o sistema nervoso em formação, levando ao retardo mental, que pode ser evitado com uma dieta precoce específica com baixos teores deste aminoácido (BOTLER, 2010).

Assim, a triagem neonatal do recém-nascido (RN), principalmente para fenilcetonúria, é uma necessidade, pois os sinais clínicos da doença não aparecem senão após o sexto mês de vida da criança, quando o dano cerebral já é irreversível em algum grau (LEÃO, AGUIAR, 2008).

A prevalência mundial para PKU é de 1:12.000 RNs. No Brasil, os dados estatísticos ainda são incompletos, visto que a triagem não ocorre uniformemente

em todos os estados (BRASIL, 2005; MARTON DA SILVA; LACERDA, 2003).

Em pesquisa realizada por Brandalize e Czeresnia (2004, p. 303) sobre o tratamento em crianças portadoras de fenilcetonúria residentes no estado do Paraná, em 2001, revelou sua eficiência (93,5% dos casos tratados precocemente). As crianças analisadas apresentaram desenvolvimento de acordo com os parâmetros de normalidade referenciados na literatura. O tratamento foi iniciado no primeiro mês em 71,9%. Deve-se considerar que, sem tratamento adequado, todas elas teriam inevitavelmente sequelas motoras e cognitivas graves.

O HC é um distúrbio causado pela produção deficiente de hormônios da tireóide, geralmente em decorrência de um defeito na formação da glândula ou de um problema bioquímico ocorrente na síntese, dos hormônios tireoidianos, fundamentais para o adequado desenvolvimento do sistema nervoso. A sua deficiência pode provocar lesão grave e irreversível, levando ao retardo mental. Se instituído precocemente, com administração de T₄, o tratamento é eficaz, evitando as sequelas (FRANCA; DOMINGOS, 2008; SILVA *et al.*, 2006; RAMALHO; VALIDO; AGUIAR-OLIVEIRA, 2000).

A maioria dos neonatos com HC é, geralmente, assintomática até o terceiro mês de vida, mesmo com o dano cerebral já ocorrendo progressivamente. Quando não tratados precocemente, são acometidos de retardo mental de graus variáveis, podendo ocorrer falência parcial ou total do desenvolvimento da glândula tireóide, essencial para o crescimento físico e neurológico normal (FRANCA; DOMINGOS, 2008).

A prevalência mundial para HC em 2003 foi de 1:2.500 nascidos-vivos. Dados do Centro de Triagem Neonatal de Porto Alegre (RS) de dezembro de 2000 apontam que a frequência encontrada para HC foi de 1:3.500 nascidos-vivos (SILVA *et al.*, 2006).

O Programa de Triagem Neonatal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (SP) permitiu que o início do tratamento das crianças afetadas para hipotireoidismo congênito diminuísse de 70,7 \pm 40,7 dias de vida para 25,9 \pm 14,2 dias, sendo realizado, em grande parte das vezes, dentro do tempo considerado ideal, ou seja, até a segunda semana de vida (MAGALHÃES *et al.*, 2009).

Em 2001 e 2002, o PTN também realizou levantamento sobre a prevalência dessa patologia nos Estados brasileiros. Em 1,522 milhão de exames, a frequência encontrada foi de 1:3.694 em 2001 e de 1:3.808 em 2002 (SILVA *et al.*, 2006).

A população brasileira caracteriza-se por apresentar grande heterogeneidade genética, oriunda da contribuição que lhes deram os seus grupos raciais formadores e dos diferentes graus de miscigenação nas várias regiões do país. As hemoglobinopatias são as desordens hereditárias mais comuns nos seres humanos, sendo as mais frequentes as hemoglobinas S e C (HbS e HbC) (SOMMER *et al.*, 2006).

Para Holsbach *et al.* (2008, p. 279),

[...] o termo 'doença falciforme' é usado para determinar um grupo de afecções genéticas caracterizadas pelo predomínio da HbS. Essas alterações incluem a anemia falciforme (HbSS) e as duplas heterozigoses, como HbSC. A heterozigose para HbS define uma situação clinicamente benigna em que o indivíduo apresenta as hemoglobinas A e S (HbAS).

A prevalência da HbS no Paraná é menor do que nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste do país. Origem étnica da população, óbitos fetais e casamentos preferenciais podem estar contribuindo para não haver maior número de homozigotos no estado (WATANABE *et al.*, 2008).

As doenças falciformes foram introduzidas no continente americano principalmente pelo comércio de escravos provenientes da África, a partir do século XVI. Dados históricos daquele estado mostram que houve grande afluxo de escravos provenientes do oeste e centro do continente, trazendo grande heterogeneidade étnica, cultural e social, além de diferenças genéticas entre os próprios indivíduos portadores da doença falciforme (RODRIGUES *et al.*, 2010).

Estimativas sugerem que em todo o mundo nascam 250 mil crianças por ano com anemia falciforme, a mais conhecida das alterações hematológicas hereditárias no homem e também a doença hereditária monogênica mais comum no Brasil. A frequência total estimada de portadores para as duas hemoglobinas na

população do Recôncavo Baiano foi de 13,0% e nos recém-nascidos de 8,5% em 2001, 6,5% em 2002 e 11,6% em 2003 (SILVA *et al.*, 2006).

Conforme argumentam DINIZ *et al.* (2009, p. 188), a doença falciforme encontra-se dentre as doenças genéticas de maior importância epidemiológica no Brasil e no mundo. A morbidade associada à anemia falciforme exige acesso a cuidados médicos, assim como condições adequadas de moradia, alimentação e cuidados gerais de saúde. A letalidade pode atingir até 25% das crianças nos primeiros cinco anos de idade. Segundo estes autores, em 37.984 exames para hemoglobinopatias em 2006, no Distrito Federal, a cobertura foi de 83,4%.

A FC, ou mucoviscidose, é uma doença genética autossômica recessiva. Há mais de mil mutações descritas responsáveis pela transmissão da doença, cuja incidência varia de 1:2.000 a 1:10.000 entre povos de origem caucasóide, em que a doença se manifesta com mais frequência (SOUZA *et al.*, 2002).

No Brasil, estima-se que a incidência da doença seja de 1:10.000 nascidos vivos, embora haja variação na frequência das mutações em diferentes regiões geográficas, o que possivelmente refletiria também em diferente prevalência da doença (BRASIL, 2005).

Nos EUA e países da Europa, seu diagnóstico é feito precocemente, antes do primeiro ano de vida, o que proporciona a essas crianças serem tratadas e monitoradas quanto a variáveis que influenciam diretamente no prognóstico da doença, como, por exemplo, o acompanhamento da curva pondero-estatural e a presença de colonização de vias aéreas superiores por patógenos, que têm relação íntima com pior prognóstico da doença. (SANTOS *et al.*, 2005, p. 242).

Na triagem neonatal deve-se assegurar o cumprimento de todas as etapas envolvidas na coleta de sangue, no envio de amostras, na análise de resultados, na convocação de casos suspeitos, na confirmação do diagnóstico e no início do tratamento. Para que ocorra sem erros e no menor tempo possível, são necessárias sincronia e agilidade dos serviços de triagem neonatal. Além disso, demanda também boa parcela de envolvimento

da sociedade, sendo de fundamental importância a avaliação periódica de sua qualidade.

Assim, este estudo objetivou analisar o perfil de cobertura do PTN no Ceará.

Metodologia

Este estudo é transversal, descritivo, com abordagem quantitativa e foi realizado entre os meses de julho e agosto de 2010. Utilizou-se como amostra o total de recém-nascidos, informado pelo Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), nos municípios localizados no Ceará entre janeiro e dezembro de 2007.

A coleta de dados sucedeu-se em três etapas. Na primeira, os dados de nascimento por município foram obtidos por meio do acesso eletrônico aos relatórios do *Tab Net* (<http://www.saude.ce.gov.br>); na sequência, as informações referentes ao total de exames, bem como os casos positivos para fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito foram coletadas no Banco de Dados do LACEN; e, por último, houve aplicação de entrevista semiestruturada, contendo perguntas abertas, respondida pelo profissional responsável pelo SRTN. As questões tinham relação com as dificuldades enfrentadas por este serviço, tais como: coleta de material, envio de amostras para o LACEN, início do tratamento tardio e adesão ao tratamento.

As variáveis referentes à primeira e segunda etapas foram: total de recém-nascidos no Ceará em 2007, por município; percentual de cobertura para o Teste do Pezinho, por município e microrregional de saúde; e frequência das doenças metabólicas fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito.

Para o cálculo da cobertura, foi utilizada a fórmula: $\text{cobertura} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de rastreados} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ nascidos vivos (NV)}}$. As frequências de PKU e HC foram verificadas com base no número de casos confirmados de ambas as doenças pelo número de testes.

Os achados foram descritos por meio de frequências absoluta e relativa para as variáveis categóricas e dispostos em tabelas (Excel), bem como foram descritas as inconsistências relatadas pelo profissional do SRTN.

O projeto foi desenvolvido com recursos próprios dos autores, não havendo qualquer conflito de

interesse, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Dr. Albert Sabin, sob Parecer nº 049/08, com anuência das instituições envolvidas: LACEN e HIAS, com atenção às prescrições da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde do Brasil (CNS-MS), a qual regula as pesquisas *in anima móbil*.

Resultados e discussão

Os 184 municípios do Ceará dispõem, em sua estrutura organizacional, de postos de coleta para o Teste do Pezinho, e obedecem a um fluxo de envio do material para o LACEN.

O estado encontra-se dividido em 21 microrregiões e 3 macrorregiões de saúde. São espaços territoriais formados por conjuntos de municípios integrados e interdependentes que buscam soluções para os seus problemas.

Esses locais foram definidos mediante: proximidade da malha viária, deslocamento da população aos serviços de saúde, capacidade máxima dos serviços de saúde e disposição política para pactuação. Os critérios contribuíram para o alcance ou não da cobertura por município.

Por existirem controvérsias em relação ao limite geográfico entre os municípios do estado, discrepâncias foram observadas entre o total de recém-nascidos informados pelo SINASC, por município, e o número de Testes do Pezinho realizados, também por município, prejudicando, assim, a análise proposta e dificultando a indicação de sugestões, que poderiam nortear intervenções no sentido de melhoria da cobertura.

O SINASC informou que em 2007 nasceram 132.460 crianças. Do total, 106.716 (80,56%) realizaram o Teste do Pezinho, segundo informações do LACEN.

Conforme a Tabela 1, na distribuição por intervalos do percentual de cobertura pelos municípios do Ceará em 2007 observou-se que 84,23% (n=155) dos municípios apresentaram percentuais de cobertura inferiores à sugerida pelo Ministério da Saúde, que é de 100%, enquanto 15,76% (n=29) atingiram coberturas superiores a 100%. Oscilações foram percebidas, e justificadas, talvez pela indefinição de limites territoriais.

Todas as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES), mais conhecidas como microrregionais, enfrentam os mesmos problemas relativos à situação limítrofe entre os municípios. Conforme a Tabela 2, elas, representadas pelos municípios de Aracati (7ª CRES) e Limoeiro

do Norte (10ª CRES), foram as únicas que atingiram percentual de cobertura igual e/ou superior a 100%.

Ainda referente à Tabela 2, os piores desempenhos deram-se nas microrregionais 1ª, representada por Fortaleza, e 14ª, correspondente a Tauá, com cobertura entre 70 e 75%.

É possível que esse indicador esteja subestimado, já que a rede hospitalar privada também oferece o Teste do Pezinho à sua clientela, acreditando-se que existam inconsistências na articulação e repasse dessas informações para a esfera municipal.

A frequência encontrada neste estudo para as doenças metabólicas foi de 1:12.260 RN para fenilcetonúria e de 1:2.169 RN para hipotireoidismo congênito (Tabela 3).

Os resultados, quando comparados às estatísticas oficiais, apresentam pouca diferença, tanto para PKU quanto para HC, já que as frequências referidas no Manual de Normas Técnicas do PTN são de 1:12.000 RN e 1:2.500 RN para PKU e HC, respectivamente (BRASIL, 2005).

Outros estudos realizados pelo PTN revelam frequência de 1:16.691 e 1:24.310 para PKU, em 2001 e 2002, respectivamente (RAMOS *et al.*, 2003). Em 2001, a Sociedade Brasileira de Triagem Neonatal informou frequência de 1:15.500 para PKU.

Quanto ao HC, estudos apontam frequência de 1:3.694 em 2001 e 1:3.808 em 2002. O Centro de Triagem Neonatal de Porto Alegre encontrou frequência de 1:3.500 RN em 2000 (RAMOS *et al.*, 2003).

As principais dificuldades enfrentadas e relatadas na entrevista pelo SRTN do estado do Ceará foram: coleta do material com período superior a 30 dias de vida; procedimentos não obedecendo ao Manual de Técnicas; tratamentos com início tardio e falta de adesão ao tratamento.

Para que haja prevenção efetiva, a alta hospitalar precoce (antes de o bebê completar 48 horas de vida) deve ser evitada. Recomenda-se que a coleta seja realizada antes da alta, e que o bebê tenha mamado e metabolizado o suficiente para não apresentar resultado de exame falso/normal para PKU. A qualidade das amostras para o Teste do Pezinho é um fator essencial para a eficácia e a eficiência do PTN (MARTON, LACERDA, 2003; BACKES *et al.*, 2005).

Tabela 1. Distribuição do percentual de cobertura por intervalo, dos municípios do Estado do Ceará em relação à realização do Teste do Pezinho em 2007

Intervalo de cobertura (%)	Número de municípios	f
35-39	2	1,08
40-49	3	1,63
50-59	4	2,17
60-69	10	5,43
70-79	44	23,91
80-89	51	27,71
90-99	41	22,28
≥100	29	15,76
Total	184	100,00

Fonte: SINASC/LACEN-CE.

Tabela 2. Desempenho das Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado do Ceará em relação à cobertura do Teste do Pezinho em 2007

CRES	n	Cobertura PTN (%)	f
Fortaleza (1ª) Tauá (14ª)	2	70-75	9,52
Icó (17ª) Iguatu (18ª) Juazeiro (21ª)	3	76-80	14,28
Caucaia (2ª) Itapipoca (6ª) Quixadá (8ª) Crateús (15ª) Brejo Santo (19ª) Russas (9ª) Sobral (11ª) Acará (12ª) Camocim (16ª) Crato (20ª)	5	81-85	23,80
Maracanaú (3ª) Baturité (4ª) Canindé (5ª) Tianguá (13ª)	4	91-95	19,04
Aracati (7ª) Limoeiro do Norte (10ª)	2	≥100	9,52
TOTAL	21	-	-

CRES: Coordenadorias Regionais de Saúde; PTN: Programa de Triagem Neonatal.

Fonte: SESA/SINASC/LACEN-CE.

Tabela 3. Distribuição das frequências das doenças metabólicas no Estado do Ceará em 2007 versus as frequências oficiais

Doenças metabólicas	Exames realizados (n)	Exames positivos	Frequência no Ceará	Frequência oficial
Fenilcetonúria	106.716	13	1:12.260/RN	1:12.000/RN
Hipotireoidismo Congênito	106.716	23	1:2.169/RN	1:2.500/RN

RN: recém-nascidos.

Fonte: LACEN/BRASIL (2005).

Conclusão

A disponibilidade de informação, apoiada em indicadores válidos e confiáveis, é condição essencial para a análise da situação encontrada, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e a programação de ações que levem a se alcançar a meta estabelecida.

O Ceará atingiu cobertura de 80,56%, inferior à sugerida pelo PTN, que é de 100%, tendo os seus 184 municípios apresentando heterogeneidade em suas coberturas. O alcance dessa cobertura justificou a habilitação do estado na fase II do PTN, em 2010.

No Brasil, a taxa de cobertura é bastante variável. Santa Catarina, por exemplo, apresentou índice de 91,4% em 1997, enquanto há estados com coberturas muito baixas, como Paraíba (apenas 32,2% dos nascidos vivos, com rastreamento em 2001 e 2002), e outros com coberturas intermediárias (71,5%), como é o caso de Sergipe (MAGALHÃES *et al.*, 2009).

No Paraná, a cobertura populacional do Teste do Pezinho vem aumentando progressivamente, variando de 86,6% em 1996 para 99,1% em 2001, enquanto a cobertura nacional de rastreamento é de aproximadamente 50% dos recém-nascidos (BRANDALIZE; CZERESNIA, 2004).

Em Santa Catarina, em estudo realizado por Watanabe *et al.* (2008), a cobertura do PTN foi de 91,4% em 1997, também não atingindo o objetivo de 100%.

Já no município de Maringá (PR), em pesquisa realizada entre 2001 e 2006, a cobertura passou de 78,6

para 87,8%; em 2002 de 82 para 94,2%; em 2003 de 74,2 para 93,8%; em 2004 de 70 para 94,2%; em 2005 de 65,7 a 88,5%; e em 2006 de 71,4 para 98,4% (CARVALHO *et al.*, 2008).

Considerando a América Latina, a cobertura da triagem neonatal também é heterogênea. Em países como Cuba, Costa Rica, Uruguai e Chile, que apresentam um Programa de Triagem Neonatal mais desenvolvido, ela se aproxima a 100%. Outros países estão em fase de implantação do Programa de Triagem Neonatal e apresentam coberturas desde entre 4 e 6% (Nicarágua e Peru) até 60 a 80% (México e Argentina). Paralelamente, há países, como El Salvador, Haiti e Honduras, onde o ele virtualmente não existe (MAGALHÃES *et al.*, 2009).

Este estudo teve o intuito de contribuir com as políticas públicas voltadas para a criança no Ceará com ênfase na prevenção das doenças metabólicas, como também proporcionar reflexões aos profissionais de saúde e gestores a respeito das distorções que comprometem o êxito do programa.

Com isso, torna-se necessário e urgente incrementar um monitoramento eficaz para avaliar o desempenho deste Programa no âmbito do estado e dos municípios e os resultados alcançados, mediante indicadores de cobertura da triagem neonatal.

Recomenda-se a preparação de um banco de dados específico para o PTN, como também o cruzamento do banco de dados (*linkage*), tornando as informações mais fidedignas. ■

Referências

ALMEIDA, A.M. *et al.* Avaliação do Programa de Triagem Neonatal na Bahia no ano de 2003. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 6, n. 1, jan./mar. 2006, p. 85-91.

BACKES, C.E. *et al.* Triagem neonatal como um problema de saúde pública. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, São José do Rio Preto, v. 27, n. 1, 2005, p. 43-47.

- BOTLER, J. *et al.* Triagem neonatal – o desafio de uma cobertura universal e efetiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, mar. 2010, p. 493-508.
- BRANDALIZE, S.R.C.; CZERESNIA, D. Avaliação do programa de prevenção e promoção da saúde de fenilcetonúricos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 2, abr. 2004, p. 300-306.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 822/GM de 06 de junho de 2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-822.htm>>. Acesso em: 21 abr. 2011.
- CARVALHO, M.D.B. *et al.* Neonatal Screening Program coverage in Maringá (PR), 2001 to 2006. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 21, n. 1, jan./mar. 2008, p. 89-93.
- DINIZ, D. *et al.* Prevalência do traço e da anemia falciforme em recém-nascidos do Distrito Federal, Brasil, 2004 a 2006. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, jan. 2009, p. 188-194.
- FRANÇA, S.N.; DOMINGOS, M.T. Triagem neonatal do hipotireoidismo congênito: novas conquistas... novos desafios... *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, v. 52, n. 4, jun. 2008, p. 579-580.
- FUMERO, R.A. Síndrome de fenilcetonúria materna. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecologia*, Habana, v. 29, n. 3, 2003.
- HOROVITZ, D.D.G. ; LLERENA JR, J.C.; MATOS, R.A. Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: panorama atual. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1055-1064, jul./ago. 2005.
- HOLSBACH, D.R. *et al.* Ocorrência de hemoglobina S no estado de Mato Grosso do Sul, Brasil. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, ago. 2008, p. 277-282.
- LEAO, L.L.; AGUIAR, M.J.B. Triagem neonatal: o que os pediatras deveriam saber. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 84, n. 4, ago. 2008, p. 580-590.
- MAGALHÃES, P.K.R. *et al.* Programa de Triagem Neonatal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, fev. 2009, p. 445-454.
- MARTON DA SILVA, M.B.G.; LACERDA, M.R. "Teste do pezinho": por que coletar na alta hospitalar? *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 5, n. 2, 2003, p. 60-64.
- MENDONÇA, A.C. *et al.* Muito além do "Teste do Pezinho". *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, São Paulo, v. 31, n. 2, mar./abr. 2009, p. 88-93.
- RAMALHO, R.J.R.; VALIDO, D.P.; AGUIAR-OLIVEIRA, M.H. Avaliação do programa de triagem para o hipotireoidismo congênito no estado de Sergipe. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, v. 44, n. 2, abr. 2000, p. 157-161.
- RAMOS, A.J.S. *et al.* Avaliação do programa de rastreamento de doenças congênitas em Campina Grande PB, Brasil. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, v. 47, n. 3, jun. 2003, p. 280-284.
- RODRIGUES, D.O.W. *et al.* Diagnóstico histórico da triagem neonatal para doença falciforme. *Revista de APS*. Juiz de Fora, v. 13, n. 1, jan./mar. 2010, p. 34-45.
- SANTOS, G.P.C. *et al.* Programa de triagem neonatal para fibrose cística no estado do Paraná: avaliação após 30 meses de sua implantação. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 81, n. 3, mai./jun. 2005, p. 240-244.
- SILVA, W.S. *et al.* Avaliação da cobertura do programa de triagem neonatal de hemoglobinopatias em populações do Recôncavo Baiano, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, dez. 2006, p. 2561-2566.
- SOMMER, C.K. *et al.* Triagem neonatal para hemoglobinopatias: experiência de um ano na rede de saúde pública do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, ago. 2006, p. 1709-1714.
- SOUZA, C.F.M.; SCHWARTZ, I.V.; GIUGLIANI, R. Triagem neonatal de distúrbios metabólicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 7, n. 1, 2002, p. 129-137.
- WATANABE, A.M. *et al.* Prevalência da hemoglobina S no Estado do Paraná, Brasil, obtida pela triagem neonatal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, mai. 2008, p. 993-1000.

Recebido para publicação em Junho/2011

Versão definitiva em Maio/2012

Conflito de interesses: Não houve

Suporte financeiro: Inexistente

O Conselho Municipal de Saúde de Vitória e seu regimento interno: um relato de caso

The Municipal Health Council of Vitória and its internal rules: a case report

Rosângela Simonelli Gavi¹, Maria José Gomes², Regina Villefort Furbino³, Leydiane Rubia Ferreira Corsini⁴, Patrícia Pereira de Souza⁵

¹Mestranda em Clínica Odontológica da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) – Vitória (ES), Brasil. Professora voluntária da UFES – Vitória (ES), Brasil. rsodonto@hotmail.com

²Doutora em Odontologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. Professora Associada do Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica da UFES – Vitória (ES), Brasil. dramjgomez@yahoo.com.br

³Mestranda em Clínica Odontológica pela UFES – Vitória (ES), Brasil. reginavillefort@gmail.com

⁴Especialista em Contabilidade e Auditoria Pública pela Universidade de Vila Velha – Vila Velha (ES), Brasil. Tutora do Instituto Federal de Ensino e Pesquisa – Serra (ES), Brasil. lcorsini@terra.com.br

⁵Mestre em Educação pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. patriciapereira2@hotmail.com

RESUMO Objetivou-se comparar as atribuições previstas no Regimento Interno (RI) do Conselho Municipal de Saúde de Vitória (CMSV) às atividades documentadas em atas de reuniões ordinárias e extraordinárias realizadas de fevereiro/2010 a abril/2011. A organização do Conselho e suas atribuições descritas no RI foram elencados. A paridade representou ponto de fragilidade observado nas atas, e as atividades mais registradas foram relacionadas aos ‘focos de análise’: Fundo Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Saúde (CMS), Conferência Municipal de Saúde, Plano Municipal de Saúde (PMS), Audiência Pública (AP), Prestação de Serviços de Saúde (PSS), Outros e Relatório Anual de Gestão. Concluiu-se que, o CMSV apresenta suas ações como previstas no RI, porém devem ser estimuladas a participação ativa do CMSV em PMS, AP e PSS, e redefinidas as atividades quanto ao foco de análise CMS.

PALAVRAS-CHAVE: Conselho Municipal de Saúde; Regimento Interno; Participação Social.

ABSTRACT *The objective of this article was to compare the assignments in the Internal Rules of Procedure from the Municipal Health Council of Vitória (CMSV) with the activities documented in the meeting agendas held between February 2010 and April 2011. The organization of the Council and its assignments described in the Internal Rules of Procedure were listed. The parity was a weak point noted in the meeting agendas, and the most recorded activities were related to the following focus of analysis: Municipal Health Fund, the Municipal Health Council (CMS), Municipal Health Conference, Municipal Health Plan (PMS), Public Hearing (AP), Health Care Provision Services (PSS), Management Annual Report and Others. The conclusion showed that the CMSV acts according to the Rules of Procedure, but must be encouraged the active participation of CMSV on: the PMS, AP and PSS, as well as redefining the activities of this Council on the focus of analysis CMS.*

KEYWORDS: Health Councils; Internal Rules; Social Participation.

Introdução

A Constituição Federal de 1988 prevê, em seu artigo 198, a participação da comunidade como uma diretriz que organiza o Sistema Único de Saúde (SUS). Essa participação na gestão do SUS é regulamentada pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Em seu artigo 1º, a lei prevê duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho Municipal. O último é caracterizado por exercer atividade permanente e deliberativa de maneira paritária por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, os últimos perfazendo um total de 50% da composição geral do Conselho Municipal de Saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

A normatização dos Conselhos Municipais é estabelecida basicamente pelas seguintes legislações: Constituição Federal de 1988, Lei 8.142 de 1990, resolução nº 333 de 4 de novembro de 2003, leis municipais que criam os Conselhos — Lei nº 6247/04, no caso do Conselho Municipal de Saúde de Vitória (CMSV) e o Regimento Interno de cada Conselho Municipal. A Lei nº 6.606/06 é que regulamenta e estrutura o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e dá outras providências e o Decreto Municipal 12.325/05 atualiza a composição do CMSV (BRASIL, 1988; 1990; 2003a; VITÓRIA, 2004; 2005; 2006a; 2006b).

A resolução nº 333/2003 aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, discorre sobre a organização dos Conselhos, sua estrutura e funcionamento e suas competências. Essa resolução define Conselho de Saúde como:

[...] órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90. (BRASIL, 2003a).

Outro instrumento para organizar e instituir normas de funcionamento dos CMS é o Regimento Interno, previsto no § 5º do artigo 1º da Lei 8.142/90

(BRASIL, 1990). Esses devem ser elaborados e alterados pelo próprio CMS correspondente, segundo a Resolução de nº 333/03 (BRASIL, 2003a, p. 4)

A participação popular é um tema que, por sua essência, causa encantamento. Os progressos históricos que permearam o tempo, marcados por ‘lutas’ que transcorreram períodos importantes como o regime militar, o empenho pela promulgação da Constituição Federal de 1988 e a consolidação do SUS nos conduziram à possibilidade de decidir para o coletivo. Esse poder decisório é fruto da prática que se constrói hierarquicamente em cada esfera de Governo desde uma pequena comunidade pertencente à municipalidade até a Esfera Federal. Acrescenta-se o fato de que, atualmente, é notória a carência de saúde da população quando a consideramos como um ‘direito de todos’. Esse direito dar-se-á não somente pelo componente ‘dever do Estado’ em promover ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, mas também pela possibilidade de gerir o SUS.

O Conselho, dentro das perspectivas até aqui apresentadas, constitui-se como estrutura fundamental para o funcionamento do SUS, principalmente por seu caráter deliberativo e fiscalizador. Por isso, poder contribuir por meio da análise de instrumentos oficiais para subsidiar seus representantes e estimular participação nesse espaço contribuindo para o fortalecimento do controle social é o que justifica esse estudo.

Objetivamos, assim, comparar as atribuições e competências previstas no Regimento Interno do CMSV do Espírito Santo, Brasil, com as atividades documentadas de fevereiro de 2010 a abril de 2011.

O Conselho Municipal de Vitória e seu regimento interno – delimitando ‘focos de análises’

O município de Vitória, capital do Estado do Espírito Santo, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estende-se a uma área de 98,506 km², possui uma população de 327.801 habitantes (2010) e densidade demográfica de 3.327,73 habitantes/km² (2010). Seu Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* a preços correntes é de R\$ 71.407,32 (2008). Esse município possui 368 estabelecimentos de saúde, dos quais, segundo levantamento do IBGE, em 2009, 51 públicos e, desses, 40 municipais, ou seja, aproximadamente 78,5% (IBGE, 2011).

O CMSV é o órgão permanente vinculado à Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Vitória (SEMUS), que possui caráter deliberativo, fiscalizador e consultivo, com propósito de acompanhar e avaliar a Política Municipal de Saúde por meio da participação ativa da população (VITÓRIA, 2006b).

Os Conselhos locais de saúde estão subdivididos de acordo com as cinco respectivas regiões de saúde do município: Continental (Jardim da Penha, Jardim Camburi, Jabour, Bairro República Maria Ortiz), Maruípe (Maruípe, Andorinhas, Consolação, Bairro da Penha, Tomás Thomazzi e Santa Martha), Centro (Fonte Grande, Santa Tereza e Grande Vitória), São Pedro (Santo André, São Pedro V e Resistência) e Forte São João (Jesus de Nazareth, Praia do Suá, Santa Luíza e Forte São João), totalizando 22 Conselhos que representam as necessidades locais dentro de sua abrangência (VITÓRIA, 2011).

O Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Vitória tem por objetivo organizar e estabelecer as normas para seu funcionamento. Em seu artigo 5º, apresenta 20 atribuições e competências (VITÓRIA, 2006b). Utiliza-se de verbos que, por si só, nos conduzem a entender a natureza de suas atividades relacionadas ao Conselho. Por isso, propomos a divisão dessas atribuições com intuito de facilitar nossa análise. Procederemos com a seguinte linha de raciocínio: a Tabela 1 apresenta o que denominamos 'foco de análise', que representa alguns aspectos de grande importância na atuação do CMS, isso porque concentra conceitos fundamentais para a participação consciente do processo de controle social. Antecede essa coluna a numeração dos incisos do artigo 5º do Regimento Interno do CMSV que fundamentou a análise. A terceira coluna elenca os principais verbos que inferem ação a cada foco de análise.

Para relatar as atribuições e competência do CMSV, segundo a Tabela 1, é importante fazê-la conceituando os 'focos de análise' na intenção de justificar essa divisão, bem como de entendê-los. O Plano Municipal de Saúde é definido pelo Ministério da Saúde como:

[...] o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas. (BRASIL, 2009, p. 18).

O CMSV tem sobre o Plano de Saúde, segundo incisos II e IV do artigo 5º do Regimento Interno do CMSV, o dever de propor diretrizes para sua elaboração bem como sua revisão periódica e deve ainda apreciar, avaliar e fiscalizar estratégias para o controle de sua execução (VITÓRIA, 2006b).

O Fundo Municipal de Saúde (FMS) é um instrumento legal pelo qual os municípios conseguem obter recursos. A Emenda Constitucional 29/2000 exprime a componente legalidade quando submete o recurso à existência do instrumento: "a utilização dos recursos para a saúde somente poderá ser feita por meio de fundos da saúde" (BRASIL, 2000a). Com relação a esse instrumento, o Conselho deve avaliar, acompanhar e fiscalizar a programação e execução orçamentária e financeira desse componente (VITÓRIA, 2006b).

Outro foco de análise foi a Conferência Municipal de Saúde (Conf. MS) definidas pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), como:

espaços democráticos de construção da política de Saúde [...] Mais do que um instrumento de participação popular, a conferência significa o compromisso do gestor público com as mudanças no sistema de saúde. (BRASIL, 2003b, p. 9).

Para tanto, o CMSV deve convocá-la extraordinariamente para avaliar a situação da atenção à saúde e propor diretrizes em âmbito municipal; participar de suas comissões organizadoras e aprovar sua organização e normas de funcionamento (VITÓRIA, 2006b).

O Relatório Anual de Gestão (RAG), segundo a portaria 3.332 de 2006, "é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde" (BRASIL, 2006). São os instrumentos que subsidiarão o Plano de Saúde ulterior por conter informações como as conquistas e dificuldades do plano vigente e as medidas que devem ser contempladas (BRASIL, 2009). Ao CMSV convém analisá-lo, discuti-lo e aprová-lo (VITÓRIA, 2006b).

As audiências públicas são previstas na Lei Complementar nº 101 de maio de 2000 que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Em seu § 4º, artigo 9º elas são previstas quadrimestralmente e, nessas oportunidades, o poder executivo deve demonstrar e avaliar o cumprimento de metas fiscais (BRASIL, 2000b).

A participação do CMSV deve-se previamente a sua realização, quando a atividade for avaliar trimestralmente as prestações de contas da Secretaria Municipal de Saúde e concomitantemente quando a atuação for a de participar delas quando ordinárias ou excepcionais (VITÓRIA, 2006b).

Nosso último foco de análise são os serviços públicos, prestados por órgãos ou entidades públicas e/ou privadas no âmbito municipal. Devem ter apreciados, avaliados e aprovados pelo Conselho os serviços de assistência para o controle da execução. Esses, quando integrantes do SUS, devem ter acompanhado, avaliado e fiscalizado o funcionamento desses serviços, segundo os incisos V e VII do artigo 5º do Regimento Interno, respectivamente (VITÓRIA, 2006b).

Análise dos Conselhos Municipais de Saúde

A participação da comunidade é estudada desde a implementação do SUS dada sua importância quando nos referimos ao controle social. Nesse estudo, a maior parte das bibliografias utilizadas discorre sobre a temática 'participação ativa da comunidade' como um ponto de fragilidade para a efetivação do controle social. Tal temática é discutida a partir de aspectos relacionados aos conselheiros (KRÜGER, 2000; CORREIA, 2003; WENDHAUSEN; RODRIGUES, 2006; BISPO JÚNIOR; SAMPAIO, 2008; NOGUEIRA *et al.*, 2008; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009; COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010; OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010), a fatores organizacionais (STRALEN *et al.*, 2006; BISPO JÚNIOR; SAMPAIO, 2008; NOGUEIRA *et al.*, 2008; COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010; LANDERDHAL *et al.*, 2010; OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010) e a alguns aspectos que interferem nessa participação como a comunicação, a cultura e o conhecimento (KRÜGER, 2000; OLIVEIRA, 2004; GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; WENDHAUSEN; RODRIGUES, 2006; OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010).

Abordando o primeiro aspecto referente aos conselheiros, Krüger (2000, p. 123), estudou o entendimento dos conselheiros municipais acerca da formação do arcabouço legal do SUS, em especial as diretrizes sobre a participação popular em Conselhos e Conferências. Para o autor, a ideia de Conselho representa o exercício

do poder político em que a sociedade delibera e controla ações desse setor.

Embora esse espaço represente um momento de conflito e contradições que contribui para o desenvolvimento da 'autonomia social', Krüger (2000, p. 124) destaca que:

observando as plenárias do Conselho e sua documentação, vimos que não tem passado pelas discussões o conhecimento do aparato legal que estabelece determinações e orientações para a formulação e fiscalização das políticas municipais de saúde.

Wendhausen e Rodrigues (2006, p. 172) realizaram um estudo qualitativo onde analisaram as concepções de saúde/doença de conselheiros de saúde em dois Conselhos, bem como o modelo de saúde vigente em suas práticas. Eles relataram aspectos relacionados à falta de transparência em relação às informações que vêm do governo e "uma desconexão entre os segmentos que compõem os serviços de saúde, e o que se repete dentro do próprio Conselho".

Oliveira e Almeida (2009, p.141), com o objetivo de conhecer e analisar a prática do controle social exercida em Conselhos de Unidades de Saúde, observaram a necessidade de conselheiros possuírem 'espírito colaborador' e capacidade de aprendizado constante para executar com excelência suas tarefas sociais com vistas ao bem comum. Para esses autores,

Não importa qual seja a escolaridade ou o segmento de gestão do conselheiro, é necessário adequar a linguagem e o direcionamento metodológico. (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009, p. 151).

A representação do coletivo deve estar clara para o conselheiro que conscientemente a assuma sem permitir a manifestação de interesses individuais (COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010).

Para tanto, as capacitações periódicas que levem em consideração a renovação dos conselheiros, e promovam informação e interações dos Conselhos são descritas por Correia (2003), como necessidades para o desenvolvimento de atividades inerentes à atuação de conselheiros. Correia (2003, p. 142) justifica-se com a seguinte fala:

Há conselhos/conselheiros que ainda não sabem bem o seu papel e querem se habilitar nesse sentido. Outros querem conhecer os aspectos legais do SUS ou o planejamento participativo. Uma dificuldade [...] tem sido não só o acesso às informações sobre os recursos financeiros como a compreensão das mesmas devido aos termos técnicos usados nesta área.

Os fatores organizacionais são discutidos abordando basicamente questões como: composição, implementação do CMS, periodicidade das reuniões e o conteúdo das atas.

O Conselho de Saúde caracteriza-se por promover paritariamente — 50% de representantes de usuários e os outros 50% divididos em representantes do governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde — a possibilidade de participação social na administração do sistema público, através da atuação nas formulações de propostas e no controle da execução de políticas públicas. Consolida o que é fundamental para o sucesso da implementação do SUS o controle social (LANDERDHAL *et al.*, 2010), embora alguns estudos relatem o desrespeito às recomendações quanto à paridade (STRALEN *et al.*, 2006; COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010).

Bispo Júnior e Sampaio (2008, p. 405) verificaram que:

o quadro do CMS era totalmente renovado quando da posse de um novo prefeito. Outra irregularidade [...] envolvimento direto de representantes políticos com os fóruns de participação popular.

Mas a problemática de não adequar-se à legislação é mais preocupante nas palavras de Cotta, Cazal e Martins (2010, p. 2443):

[...] a composição do conselho não está de acordo com a legislação prevista — a maioria dos conselheiros não são eleitos e sim indicados: as decisões e propostas não são divulgadas à população e muito menos aos pares dos conselheiros. O plano municipal de saúde está desatualizado e, por último. O relatório de gestão não é repassado anualmente.

A frequência das reuniões representa importante fator nas análises organizacionais. Bispo Júnior e

Sampaio (2008, p. 405) mencionam em seu estudo que do número de reuniões previstas para o período analisado, somente 38,5% ocorreram, fato similar ao Conselho da outra cidade estudada, que realizou 50% das reuniões previstas.

A análise documental foi realizada em vários estudos (ALVES-SOUZA; SALIBA, 2003; STRALEN *et al.*, 2006; BISPO JÚNIOR; SAMPAIO, 2008; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009; COTTA, CAZAL e MARTINS, 2010; KLEBA *et al.*, 2010; LANDERDHAL *et al.*, 2010) por constituírem registros legais, públicos e conter diversas informações relacionadas a fatores organizacionais como composição, pauta da reunião, avisos e resoluções provenientes das deliberações do conselho.

Stralen *et al.* (2006, p. 629) destacam a variação do número de resoluções em sua amostra. No período avaliado, um dos Conselhos não as produziu, enquanto outros totalizavam mais de 50 no mesmo intervalo de tempo.

Outros estudos abordam aspectos que interferem direta ou indiretamente na participação popular. Guizardi e Pinheiro (2006, p. 803) destacam a informação e o conhecimento das políticas de saúde e sua relevância na participação política do usuário, as desigualdades que nos Conselhos dificultam a participação política dos usuários e a interferência negativa preponderante de fatores socioeconômicos que interferem na participação política e no controle social.

A informação e a comunicação são instrumentos que possibilitam a participação popular. A institucionalidade do Conselho é prevista legalmente; contudo, é necessário para seu funcionamento que os atores envolvidos possuam crescente capacidade resolutiva, fiscalizadora e que estabeleçam prioridades no campo da saúde (OLIVEIRA, 2004, p. 62).

As práticas seletivas e patrimonialistas são caracterizadas nos Conselhos, segundo Krüger (2000, p. 138), como consequência do desconhecimento por parte da sociedade:

Parece ter sido sempre vedado ao conhecimento da sociedade e, quando eram demonstrados, alguns valores — prestações de contas — situavam-se no terreno do desconhecido e do inatingível com uma linguagem específica dessa área de conhecimento.

Por parte dos usuários, o mesmo autor (KRÜGER, 2000, p. 130) destaca que eles compreendem a ideia do Conselho como um espaço onde são deliberadas e fiscalizadas ações referentes à operacionalização dos serviços de saúde, isso porque acreditam que as leis que implementaram essas ideias não foram formuladas com a participação da sociedade.

Essas interferências têm como consequência a evolução de um quadro de insatisfação. Wendhausen e Rodrigues (2006, p. 172) relatam em seus achados que os conselheiros inferem de suas práticas a ideia da desvalorização do Conselho pelo governo como fórum institucional e deliberativo.

Para Oliveira e Pinheiro (2010, p. 2461) resta aos Conselhos um frágil poder fiscalizador, com interferências e manipulações de alguns conselheiros e perseguição a outros, caracterizando-os como autoritários, patrimonialistas e clientelistas.

Essa divisão é didaticamente interessante para o entendimento acerca de aspectos pertinentes ao estudo da participação popular no processo de fortalecimento do controle social. Não obstante, devemos percebê-los como integrantes do todo, principalmente quando analisamos ações e práticas que estimulem o fortalecimento dessa participação.

Dar-se-á ênfase aos fatores organizacionais de funcionamento do CMSV, mais especificamente ao que regulamenta o Regimento Interno desse Conselho com relação às atribuições e competências.

Aspectos Metodológicos

Este estudo do tipo relato de caso realizou uma análise direta de documentos públicos oficiais — atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do CMSV do período de fevereiro/2010 a abril/2011.

A coleta de dados foi realizada por meio de consultas aos registros oficiais das reuniões do CMSV (atas), disponíveis no site oficial da Prefeitura Municipal de Vitória.

A pesquisa bibliográfica foi realizada no site da BIREME, na modalidade de busca integrada, utilizando como descritores: Participação Popular, Conselho Municipal de Saúde e Regimento Interno. Os três

descritores foram cruzados e, em seguida, dois a dois. Para o desenvolvimento desse trabalho, além de legislações pertinentes, 13 dos artigos (KRÜGER, 2000; ALVES-SOUZA; SALIBA, 2003; CORREIA, 2003; GUIZARDI; PINHEIRO, 2006; STRALEN *et al.*, 2006; WENDHAUSEN; RODRIGUES, 2006; BISPO JÚNIOR; SAMPAIO, 2008; NOGUEIRA *et al.*, 2008; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009; COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010; KLEBA *et al.*, 2010; LANDERDHAL *et al.*, 2010; OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010) foram selecionados.

Foram analisadas 24 atas provenientes de reuniões ordinárias e extraordinárias. Foram elencados aspectos referentes à organização do Conselho como periodicidade das reuniões e paridade; produção: número de resoluções produzidas no intervalo de tempo analisado e aspectos relacionados às atribuições do Conselho descritas no Regimento Interno comparando-se as atividades registradas nas atas analisadas, que tratavam explicitamente dos ‘focos de análise’ anteriormente delimitados neste estudo.

Para tanto, o verbo utilizado na própria ata foi que determinou a ação segundo o foco de análise. Quando uma atividade relacionou-se a mais de um foco de análise, considerou-se o que era citado primeiro no registro analisado.

Resultados

Das 24 atas do CMSV analisadas, 15 foram de reuniões ordinárias e 9 extraordinárias. As primeiras ocorreram na primeira quinzena do mês, observando-se as 15 reuniões correspondendo ao período analisado — 15 meses, enquanto as últimas ocorrem na segunda quinzena.

A paridade é um ponto de fragilidade observado nas atas, já que não descreve quem representa cada categoria. As atas apenas registram os nomes dos conselheiros e de convidados presentes. As faltas dos conselheiros algumas vezes são justificadas e outras não. Quando o são, não existe um local apropriado para isso, encontram-se justificativas no início da ata ou no final, antes do último ponto de pauta — informes.

Quando analisamos as atas sobre a perspectiva de comparar as atribuições do Conselho, segundo o artigo 5º do CMSV, observamos que os ‘focos de análises’ foram explicitamente tratados, como mostra a Figura 1.

Existe variedade de atividades registradas quanto ao foco de análise, onde é possível comparar as atribuições delimitadas na Tabela 1 ao quantitativo da Figura 1. Assim, quanto aos três 'focos de análise' numericamente mais significativos temos os dados que constam na Tabela 1.

Discussão

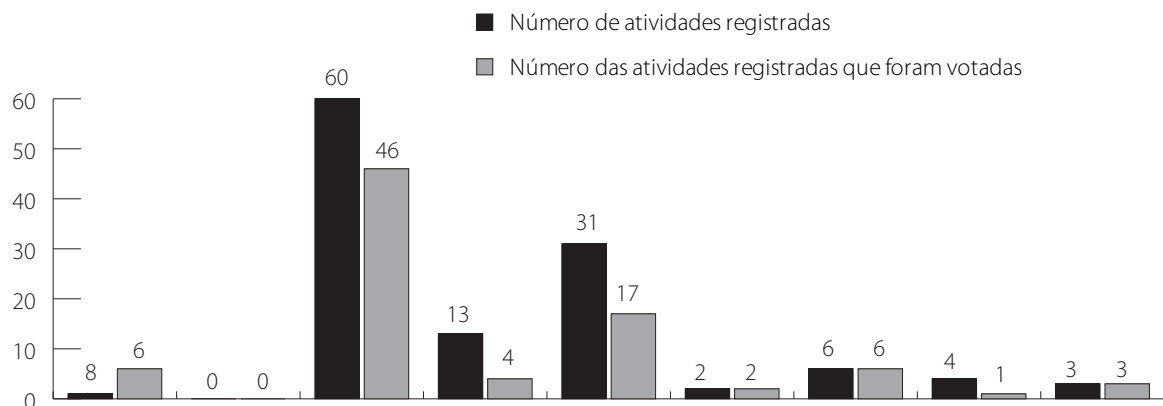
As reuniões ordinárias, no período analisado, em sua maioria (93,33%) ocorreram como descritas no calendário — somente uma reunião foi protelada, a reunião de janeiro/2011 — diferente dos achados de Bispo Júnior e Sampaio (2008, p. 405), que apresentaram ocorrência de 38,5% no Conselho analisado e 50% em outro. Essa diferença pode ser explicada pela natureza do Conselho, já que em nosso estudo foram analisadas atas dos CMSV, enquanto que, no estudo de Bispo Júnior e Sampaio (2008, p. 404), o foco foram Conselhos locais.

Outro fato que se destaca é o número de reuniões extraordinárias (9), totalizando mais de 50% do número de reuniões ordinárias (15). Alguns meses, como os de agosto e novembro de 2010 e fevereiro de 2011,

apresentaram 2 reuniões extraordinárias por mês. Tal fato resulta da intensa demanda de atividades do CMSV observada nas atas e a necessidade em atendê-las.

Quanto à paridade, os registros das atas não especificam detalhadamente a que grupo pertence cada um dos representantes presentes. Elas apenas dividem em conselheiros e convidados, sendo que os primeiros são responsáveis pela paridade do Conselho e os segundos representam outros participantes, como estudantes e membros da comunidade — fato preocupante quando remetemo-nos à legislação (BRASIL, 1990), que estabelece a necessidade de respeitar a paridade durante as atividades dos Conselhos Municipais e a utilização das atas para verificá-la. Esses resultados não diferem dos achados de Stralen *et al.* (2006, p. 625) e Cotta, Casal e Martins (2010, p. 2439), que respectivamente destacaram incongruências relacionadas à paridade. Contudo, esses autores referem-se à minoria de prestadores privados nos Conselhos, restrita participação dos trabalhadores e a incoerência entre a proporção de representantes. Ainda nesse estudo, destaca-se o número de faltas, justificadas ou não. Reuniões ordinárias, como as de março e setembro de 2010 e março de

Figura 1. Número absoluto de atividades registradas relacionadas aos 'focos de análise' e número absoluto das atividades registradas votadas pelo Conselho.



Fonte: Elaboração própria.

PMS: Plano Municipal de Saúde (PMS); Pol. MS: Políticas do Ministério da Saúde; FMS: Fundo Municipal de Saúde; Conf. MS: Conferência Municipal de Saúde; CMS: Conselho Municipal de Saúde; RAG: Relatório Anual de Gestão; AP: Audiência Pública; Prest. SS: Prestação de Serviços de Saúde.

2011, mostram-nos que nem sempre as ausências são justificadas comprometendo o controle registrado nas atas. Embora diferente dos estudos de Bispo Júnior e Sampaio (2008), não se observa registro diretos quanto à necessidade de mecanismo de punição dos faltosos.

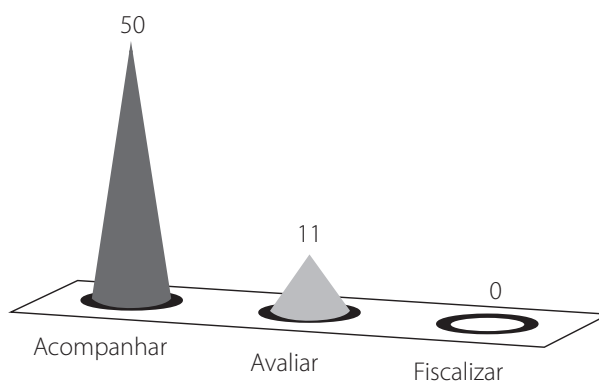
Observou-se que, quantitativamente, as atividades mais registradas foram respectivamente às relacionadas aos seguintes ‘focos de análise’: FMS, CMS, Conf. MS, Plano Municipal de Saúde (PMS), Audiência Pública (AP), Prestação de Serviços de Saúde (Prest. SS), Outros e RAG (Figura 1), contrastando com os achados de Alves-Souza e Saliba (2003, p. 1385) que relataram como principais temáticas abordadas nos 15 Conselhos estudados, respectivamente: programação e organização da prestação de serviços, orçamento em saúde, responsabilidades e administração interna do CMS, vigilância em saúde, notícias, eventos, comunidade e ações inter-setoriais. Os estudos de Stralen *et al.* (2006, p. 629) também citaram como principais temáticas: planos municipais de saúde, relatórios de gestão, projetos e programas de saúde e organização das conferências municipais de saúde. Provavelmente, essas diferenças devem-se ao período de atas analisado e às metodologias empregadas em cada estudo com diferente número e natureza dos Conselhos.

Neste estudo, as atividades registradas, quanto ao foco de análise FMS (Figura 1), representam aproximadamente 47,2% (60) das 127 atividades desenvolvidas no período analisado. Foram relacionadas (Figura 2) a acompanhar (82%), principalmente, relatórios parciais e finais de convênios, e avaliar a prorrogação de convênios (18%). Tais atividades correlacionam-se às atribuições propostas no Regimento Interno desse Conselho, embora exista predominância das atividades

de acompanhar em detrimento das demais previstas no Regimento, o que caracteriza a necessidade de estimular a atividade, principalmente de fiscalização.

Quando analisamos as atividades referentes ao CMS, observamos que representam (Figura 1) 24,5% das atividades totais no período analisado e que dessas (Figura 3), 42% relacionam-se ao processo de eleição do presidente do Conselho, que vai desde a votação da comissão eleitoral até a eleição propriamente dita. Contudo, segundo o artigo 5º do Regimento Interno do CMSV, esse deveria estabelecer ações e divulgar as funções do Conselho – o que não constatamos de maneira significativa, já que 21 (eleições, organização das reuniões e Regimento Interno) das 31 atividades não se relacionam diretamente a essas atribuições, enquanto 10 delas (acompanhamento das reuniões locais, representação do Conselho em outros espaços e o curso de

Figura 2. Número absoluto de atividades relacionadas ao foco Fundo Municipal de Saúde (FMS).



Fonte: Elaboração própria.

Tabela 1. Distribuição dos ‘focos de análise’ propostos

Incisos do artigo 5º	Foco de análise	Verbos que inferem ações correspondentes
II e IV	Plano Municipal de Saúde (PMS)	Propor, deliberar, apreciar, avaliar e fiscalizar
VI	Fundo Municipal de Saúde (FMS)	Avaliar, acompanhar e fiscalizar
X, XI e XII	Conferência Municipal de Saúde (Conf. MS)	Convocar, participar e aprovar
XIV	Conselho Municipal de Saúde (CMS)	Estabelecer ações e divulgar as funções
XV	Relatório Anual de Gestão (RAG)	Analisar, discutir e aprovar
XVIII	Audiência Pública (AP)	Participar
V e VII	Prestação de Serviços de Saúde	Acompanhar, avaliar e fiscalizar

Fonte: Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Vitória, 2006.

capacitação) relacionam-se às atribuições propostas no Regimento. Destaca-se, no CMSV, o processo de capacitação de conselheiros que representa o compromisso e a preocupação em fortalecer uma das fragilidades dessa estrutura quanto ao controle social. Essa temática é destacada nos estudos de Correia (2003), Bispo Júnior e Sampaio (2008) e Nogueira *et al.* (2008) que apontam a necessidade de capacitações periódicas dos conselheiros para o fortalecimento do controle social nos Conselhos.

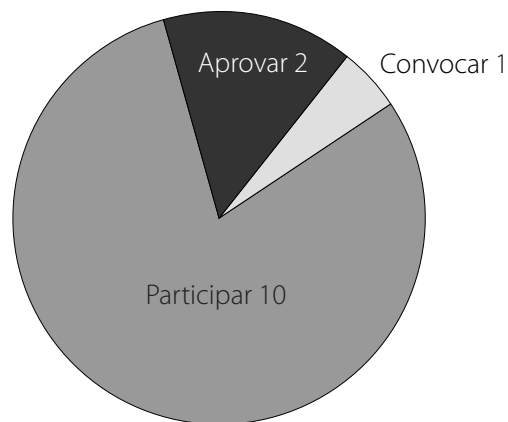
As Conf. MS (Figura 1) foram responsáveis por 10,2% (13) das atividades do CMSV, e desses (Figura 4), 10 dos registros relacionaram-se a participar de todas as atividades que precediam sua ocorrência e o restante à aprovação e convocação delas. Apesar do discreto percentual (10%) das atividades totais, podemos observar que as ações desenvolvidas se encontram em concordância com o Regimento.

As outras atividades registradas correspondem aos 'focos de análises': PMS (6,3%); AP (4,7%); Prest. SS (3,1%); Outros (2,4%) e RAG (1,6%). Todas essas atividades estão de acordo com as atividades estabelecidas pelo Regimento Interno do CMSV, embora todos esses devam ser mais significativos nas atividades dos Conselhos. Esses achados corroboram com os de Landerdhal *et al.* (2010), que destacaram como atividades mais incipientes nas resoluções analisadas o plano municipal de saúde, a divulgação do CMS e a divulgação em saúde.

Das atividades relacionadas ao PMS (Figura 2), quatro foram intervenções de deliberação, duas de apreciação e duas de apreciação e deliberação de ações de vigilância em saúde.

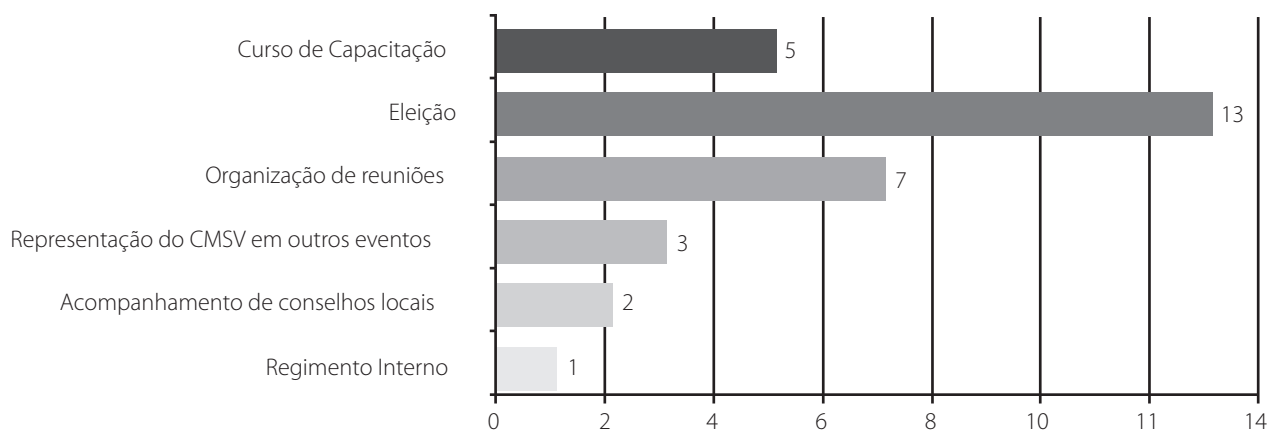
Quanto às AP se relacionam a prestação de contas da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS). Nos registros referentes a essas prestações, frequentemente, encontraram-se comentários de conselheiros acerca da necessidade de momentos específicos para o

Figura 4. Número absoluto de atividades relacionadas ao foco Conferência Municipal de Saúde (Conf. M. S).



Fonte: Elaboração própria.

Figura 3. Número absoluto de atividades relacionadas ao foco Conselho Municipal de Saúde (CMS).



Fonte: Elaboração própria.
CMSV: Conselho Municipal de Saúde de Vitória.

entendimento dos dados apresentados, corroborando com os estudos de Kleba *et al.* (2010), que destacam a importância do entendimento do Conselho para acompanhar as prestações de contas “que exigem domínio de linguagem técnica e entendimento de questões complexas”.

Quanto à Prest. SS, as atividades registradas relacionam-se ao acompanhamento de prestação de serviços público, onde uma atividade refere-se à verificação *in loco* do sistema informatizado em algumas unidades básicas de saúde e três a medidas relacionadas à dengue.

Outras atividades referem-se ao apoio a eventos de saúde e a questões de ordem trabalhista.

Em relação ao foco de análise RAG, embora pouco expressivo quantitativamente falando, apresentou-se adequado, visto que se trata de um relatório anual e correspondente ao período de análise de 15 meses. A outra participação relacionou-se à manifestação de vontade de alguns conselheiros em definir duas tardes para que esse processo seja ainda mais detalhado e discutido entre eles, embora notemos que os registros não apontam votação desse item.

Assim como o foco de análise RAG, outros: PMS, FMS, Conf. MS, CMS e Prest. SS não apresentam todas as atividades votadas (Figura 1). Destacam-se as da Conf. MS que de 13 atividades, 9 não foram votadas; as de Prest. SS, que de 4 atividades, 3 não foram votadas e as do FMS, que de 60 atividades, 14 não foram votadas. Isso porque a análise dos registros nos mostra que as atividades de apreciação e acompanhamento se sobressaem diante das de avaliação e deliberação como já descritas em cada foco de análise discutido.

Os registros mostram diversidade de assuntos abordados dentro de um mesmo foco de análise, corroborando com os resultados de Cotta, Cazal e Martins

(2010, p. 2439) que destacaram o mesmo fato, nas atas de reuniões constam falas de 44,1% dos conselheiros do Conselho estudado e de Kleba *et al.* (2010, p. 801) que relataram a sobrecarga do Conselho comprovadas pela diversidade de assuntos e do número de reuniões extraordinárias necessárias para atender a demanda do município.

Conclusão

Embora os CMSV apresentem suas ações pautadas nas atuações previstas no Regimento Interno de 2006, atividades relacionadas à PMS, AP e Prest. SS devem ser estimuladas, já que se mostraram discretas quando comparadas às do FMS, em particular ao acompanhamento de prestação de contas de programas e convênios.

Além disso, as atribuições desse Conselho quanto ao foco de análise CMS necessitam de atividades que caracterizem explicitamente o estabelecimento de ações e divulgação das funções do Conselho como forma de priorizar o desenvolvimento desse mecanismo de controle social.

Destaca-se a dificuldade de padronização na análise dos registros. Para contorná-la, buscou-se seguir, de maneira criteriosa, metodologia proposta com relação à padronização dos verbos que foram utilizados nas atas interpretadas por um só pesquisador.

Nesse contexto, as atas são documentos oficiais para os registros públicos e permitem o acompanhamento das atividades do CMSV e por isso sugerimos o desenvolvimento de outros estudos com essa metodologia aumentando o período analisado com intuito de contribuir para o desenvolvimento dos CMS. ■

Referências

ALVES-SOUZA, R.A.; SALIBA, O. A saúde bucal em pauta: análise de registros dos Conselhos Municipais de Saúde de municípios pertencentes à 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 19, 2003, p. 1381-1388.

BISPO JÚNIOR, J.P.; SAMPAIO, J.J.C. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. *Pan American Journal of Public Health*, Washington, v. 6, n. 23, 2008, p. 403-409.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). *Confêrencias Municipais de Saúde passo a passo*. Brasília, 2003b. 31p. Disponível em: <<http://www.femama.com.br/novo/arquivos/0.207.231.001281794312.pdf>>. Acesso em: 8 jul. 2011.

_____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

- _____. Constituição (1988). *Emenda constitucional nº 29*, de 13 de setembro de 2000. Brasília, 2000a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 8 jul. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. *Conselho Nacional de Saúde*. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Brasília, 2003a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/resolucao_333.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção coletiva*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 60p.
- _____. Portaria nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. *Diário Oficial*, 2006. Seção 1. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pt3332_instrumentos_planejassus.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2011.
- _____. Presidência da República. *Lei Complementar nº 101*, 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, 2000b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 8 jul. 2011.
- _____. Presidência da República. *Lei nº 8.142*, de 28 de dezembro de 1990. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 8 jul. 2011.
- CORREIA, M.V.C. Reflexos da capacitação na atuação dos conselheiros de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, 2003, p. 138-147.
- COTTA, R.M.M.; CAZAL, M.M.; MARTINS, P.C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010, p. 2437-2445.
- GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, 2006, p. 797-805.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Cidades*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=es>>. Acesso em: 16 jun. 2011.
- KLEBA, M.E. *et al.* O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó (SC). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 15, 2010, p. 793-802.
- KRÜGER, T.R. O desconhecimento da reforma sanitária e da legislação do SUS na prática do conselho de Saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 22, 2000, p. 119-144.
- LANDERDHAL, M.C. *et al.* Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010, p. 2431-2436.
- NOGUEIRA, P.C.P. *et al.* Implantação de um conselho local de Saúde: desafios da prática do controle social. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Bahia, v. 32, n. 1, 2008, p. 104-110.
- OLIVEIRA, L.C.; PINHEIRO, R.A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010, p. 2455-2464.
- OLIVEIRA, M.L.; ALMEIDA, E.S. Controle Social e Gestão Participativa em Saúde Pública em Unidades de Saúde do Município de Campo Grande, MS, 1994 – 2002. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 1, 2009, p. 141-153.
- OLIVEIRA, V.O. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 2, 2004, p. 56-69.
- STRALLEN, 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.
- VITÓRIA. Conselho Municipal de Saúde de Vitória. *Regimento Interno*. Vitória, 12 de junho de 2006b. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100422_conselho_saude_regimento.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2011.
- _____. *Decreto Municipal nº 12.325 de 29 de junho de 2005*. Modifica a redação do Decreto nº 12.311. Vitória, 2005.
- _____. *Lei Municipal, nº 6.247 de 17 de dezembro de 2004*. Cria o Conselho Municipal de Saúde. Vitória, 2004. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/Arquivos/2004/L6247.PDF>>. Acesso em: 7 set. 2011.
- _____. *Lei Municipal nº 6.606 de 5 de junho de 2006*. Regulamenta e estrutura o Conselho Municipal de Saúde – CMS e dá outras providências. Vitória, 2006a. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/Arquivos/2006/L6606.PDF>>. Acesso em: 8 jul. 2011.
- _____. Prefeitura Municipal de Vitória. Conselhos Locais de Saúde: espaços de controle social. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php?pagina=conselhoslocais>>. Acesso em: 8 jul. 2011.
- WENDHAUSEN, A.L.P.; RODRIGUES, I.F. Concepções de saúde de conselheiros municipais de saúde da região da AMFRI/SC e a relação com a prática no conselho. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 6, n. 2, 2006, p. 166-174.

Recebido para publicação em Janeiro/2012

Versão definitiva em Junho/2012

Suporte financeiro: Não houve

Conflito de interesses: Inexistente

Agradecimentos: A todos os que se dedicam às atividades do Conselho Municipal de Saúde de Vitória.

Rede de atenção integral à saúde mental: experiência do processo de reforma psiquiátrica em um cenário do Nordeste brasileiro

Integrated care network for mental health: experience of psychiatric reform process in the scenario of Brazilian Northeast

Márcia Maria Mont'Alverne de Barros¹, Maria Salete Bessa Jorge², Antônio Germane Alves Pinto³

¹Doutoranda em Saúde Coletiva pela Associação Ampla de IES Universidade Estadual do Ceará (UECE)/Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil. Coordenadora da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral – Sobral (CE), Brasil. marcia_mab@hotmail.com

²Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professora Titular da UECE – Fortaleza (CE), Brasil. maria.salete.jorge@gmail.com

³Doutorando em Saúde Coletiva pela AA IES UECE/UFC. Professor Assistente da Universidade Regional do Cariri (URCA) – Juazeiro do Norte (CE), Brasil. germanepinto@hotmail.com

RESUMO O presente artigo é um relato de experiência do processo de reforma psiquiátrica em um cenário do Nordeste brasileiro, em Sobral (CE), mediante o fechamento do hospital psiquiátrico Casa de Repouso Guararapes, em julho de 2000, e a implantação de uma Rede de Atenção Integral à Saúde Mental, que se caracteriza por uma atenção de qualidade, humanizada, tendo como horizonte de trabalho a integralidade do cuidado. Ela enfrenta desafios importantes como habilitação social dos usuários assistidos; ampliação das ações de saúde mental na atenção primária; e educação permanente dos trabalhadores da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; Reforma psiquiátrica; Atenção à saúde.

ABSTRACT *The current study is an experience report on the psychiatric reform process in the scenario of Brazil's Northeast, in the city of Sobral, Ceará, Brazil, through the closing of the psychiatric hospital 'Casa de Repouso Guararapes', in July 2000, and the implantation of an Integrated Care Network for Mental Health, that is characterized by quality and humanized care, having care integrality as its horizon of work. It addresses important challenges, like social enabling for monitored patients; broadening mental health actions in primary care; and permanent education for health workers.*

KEYWORDS: Mental health; Psychiatric reform process; Health care.

Introdução

A atenção psicossocial pressupõe as dimensões jurídico-política, teórico-conceitual, técnico-assistencial e sociocultural, que se transversalizam nas práticas cotidianas dos espaços de cuidado em saúde mental (AMARANTE, 2007). Eis a transposição paradigmática da reforma psiquiátrica: o sujeito passa a ser reproduzido em todas as relações empreendidas do projeto assistencial e na sua saúde, bem como na configuração social que toma uma posição central deste processo de cuidar. As redes de atenção à saúde devem indicar possibilidades para o alcance da autonomia e emancipação do usuário em sua cidadania.

Vivenciar a consolidação da atenção psicossocial no cotidiano dos serviços de saúde e do território respaldou as descrições de evidências sobre o processo de reforma psiquiátrica no Nordeste brasileiro, especificamente na cidade de Sobral (CE). O município está localizado na região Noroeste do Ceará e apresenta-se como o quinto mais povoado, com 188.271 habitantes (IBGE, 2010). Desde 1997, vem se organizando progressivamente na incorporação de um sistema municipal de saúde, com o desenvolvimento de ações intersetoriais.

Na atenção regionalizada de saúde, Sobral constitui polo para sede da microrregião de Sobral, formada por 24 municípios, e também para a sede da macrorregião Norte, composta pelas microrregiões de Camocim, Tianguá, Crateús e Acaraú. Neste arranjo, o sistema de saúde de Sobral é referência para 55 municípios, abrangendo população de aproximadamente 1,6 milhão de habitantes (SOBRAL, 2011).

Historicamente, o atendimento especializado em psiquiatria da cidade data do início da década de 1970, quando foi instalado no local um pequeno serviço particular. Em 1974, foi criada a Casa de Repouso Guararapes, consolidada como referência regional em assistência psiquiátrica, até o seu descredenciamento, em 10 de julho de 2000. A referida instituição configurava um hospital psiquiátrico clássico, com 80 leitos de internação diuturna e 30 de internação-dia (hospital-dia). Nela, os usuários apresentavam alto grau de cronificação. De modo geral, caracterizava cenário de internações de longa data e

frequentes reinternações. De fato, inexistia uma política organizada de atenção às pessoas com sofrimento mental (SAMPAIO, 1999).

Antes do início da implantação da atual Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM), Sobral contava com os seguintes recursos de atendimento: internação na Casa de Repouso Guararapes, onde as pessoas atendidas demonstravam alto grau de cronificação, com internações prolongadas e recorrentes; atendimento emergencial, realizado pela Santa Casa de Misericórdia de Sobral, que, na prática, não formalizava este procedimento; atendimento ambulatorial — havia pequena quota de assistência pública na Santa Casa de Misericórdia de Sobral, conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS), no Hospital Perpétuo Socorro, também conveniado ao SUS, e no Posto de Atendimento Médico, atualmente denominado de Centro de Especialidades Médicas —; atendimento liberal — existiam dois consultórios de psiquiatria privados para os quais o pagamento era realizado de forma direta ou com a utilização de planos privados de saúde. Nesse período, o município não dispunha de nenhuma política organizada de atenção às pessoas com transtornos mentais.

Evidentemente, o funcionamento na Casa de Repouso Guararapes respaldou um histórico sombrio de internamentos inadequados, além de elevado número de óbitos, evasões e nenhuma alta hospitalar com complementação ambulatorial sugerida. Este último aspecto denunciava a inexistência de um sistema de cuidados continuado no meio social, por dominar a lógica do binômio terapêutica-leito como única opção. Qualquer alteração desta linearidade assistencial era considerada modalidade onerosa e/ou de desempenho insuficiente (COSTA *et al.*, 1997).

Nesse contexto, o hospital, durante a sua existência, foi palco de diversificadas irregularidades. A prevalência de internações inadequadas e a guarda não qualificada de pessoas com transtornos mentais ilustram uma triste página na história da psiquiatria do estado do Ceará. O estabelecimento seguia os padrões determinados e prevalentes na maioria das instituições psiquiátricas do país, configurando um ambiente manicomial excludente, no qual dominava o isolamento familiar e social, perda de direitos individuais e coletivos, cronificação de patologias e, acima de tudo, maus-tratos, os

quais consistiram em ponto de partida para denúncias às autoridades responsáveis (ALMEIDA *et al.*, 2004).

Atualmente, a constituição da RAISM é impulsionada por uma política de saúde mental que se alicerça na humanização do cuidado e no foco comunitário, bem como se fundamenta nos princípios e diretrizes do SUS: universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização. Desse modo, apresenta diversidade terapêutica em seus diferentes níveis de complexidade, favorecendo a participação social e a contínua implementação da política municipal (PEREIRA; ANDRADE, 2001; SÁ, 2006).

A RAISM se configura em uma ferramenta fundamental para a consolidação da reforma psiquiátrica implantada no município, pois seus dispositivos favorecem a desinstitucionalização, a acessibilidade e equidade, a articulação entre a atenção primária, secundária e terciária, e a intersetorialidade, mediante alinhamento com Justiça, Previdência Social, Ação Social e Educação e instituições profissionalizantes, entre outros.

Um aspecto fundamental a ser destacado refere-se ao fato de a rede manter estratégias de intersetorialidade, com dispositivos governamentais e não governamentais, buscando ampliar o acesso das pessoas com sofrimento psíquico a outras políticas de inclusão social, evitando, assim, a estigmatização, cronificação e exclusão social.

Pela regionalização da atenção à saúde, a rede presta assistência às cidades da microrregional de Sobral e da macrorregional Norte, as quais utilizam dos dispositivos ambulatorio de psiquiatria no Centro de Especialidades Médicas e Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Dr. Estevam Ponte Ltda.

Nesse contexto, urge destacar o objetivo da reforma psiquiátrica, que está relacionado à capacidade de transformação das relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabelecem com a loucura, o ser 'louco' e a doença mental, conduzindo as referidas relações com o objetivo de superação do estigma, da segregação e da desqualificação das pessoas com transtornos mentais e buscando estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, solidariedade, trocas, possibilidades e cuidados (AMARANTE, 1998).

Nesse aspecto, a RAISM busca trabalhar a inserção das pessoas com transtornos mentais e uso abusivo

de álcool e outras drogas no seio familiar e comunitário, pois a inclusão social e a atenção descentralizada de base comunitária são fundamentais para possibilitar a melhoria na qualidade de vida dessas pessoas.

O processo de reforma psiquiátrica se constitui numa ação conjunta de sujeitos implicados com a modificação da atenção à saúde mental no município. Os gestores, trabalhadores de saúde, usuários, familiares e a sociedade local têm nesta experiência relatada atuações importantes para dimensionar adequadamente a oferta da rede às suas necessidades e demandas.

Enfatizando a necessária formação para os profissionais de saúde no cotidiano da RAISM, destaca-se, ainda, como campo de pesquisa e estágio regular para estudantes da graduação (medicina, psicologia, enfermagem e educação física) das Universidades locais; da pós-graduação: residência médica em psiquiatria da RAISM; e em experiências mais pontuais para alunos de outros estados.

A residência médica em psiquiatria da RAISM significa uma experiência com aspecto fortemente inovador, pois segue pautada em um modelo extra-hospitalar, de alicerce comunitário, numa prática que rompe com o modelo hospitalocêntrico, ainda predominante nos programas de residência em psiquiatria do Brasil. Os residentes têm como campo de formação os serviços que compõem a RAISM, os Centros de Saúde da Família, o Hospital Santa Casa de Misericórdia (clínica médica – neurologia) e o Fórum Dr. José Sabóya de Albuquerque (estágio forense). A residência em psiquiatria é uma iniciativa da Secretaria da Saúde e Ação Social em parceria com a Faculdade de Medicina de Sobral/Universidade Federal do Ceará, Universidade Estadual Vale do Acaraú e Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (SÁ, 2008).

Entretanto, existem dificuldades em plenificar o processo resolutivo da atenção psicossocial, notadamente pela articulação ainda frágil dos serviços de saúde, redes sociais e intersetorialidade. Segundo se percebe, as condições sociais e a sobrevivência do usuário no mundo contemporâneo advêm da realidade comum a toda a população. Por conseguinte, o sofrimento ou transtorno psíquico é apenas um elemento nessa trajetória social que se caracteriza por consequência e causa, concomitantemente.

Contextualização

A cidade de Sobral, por meio de sua Secretaria da Saúde e Ação Social, já havia implantado, em 1997, a Estratégia Saúde da Família (ESF) como eixo estruturante na organização da sua atenção primária, vislumbrando, assim, a necessidade de reformulação no modelo de saúde mental vigente, que tinha o sistema hospitalocêntrico manicomial como praticamente a única modalidade de assistência psiquiátrica.

De acordo com Pereira e Andrade (2001), o início da organização da atenção em saúde mental no município teve como marco fundamental uma reunião de planejamento ocorrida em 1997. No encontro estavam presentes o Secretário da Saúde e Ação Social de Sobral, o consultor em saúde mental da mesma secretaria e um grupo de técnicos que, posteriormente, constituiriam a primeira equipe de saúde mental de Sobral. Neste encontro foram traçadas estratégias para a implementação de uma política de saúde mental para o mencionado município, que deveria estar compromissada com a superação do modelo predominante, caracteristicamente assistencialista, centralizado na doença, hospitalocêntrico, de lógica asilar, cronificador.

Conforme recomendado, a reversão do modelo precisaria estar direcionada para o cumprimento da Lei Estadual nº 12.151/1993, de autoria do deputado Mário Mamede, referente à extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por alternativas de serviços de atenção em saúde mental. Deveriam também ser aplicadas as diretrizes defendidas pela reforma psiquiátrica brasileira, em conformidade com os princípios doutrinários do SUS.

Com base nesse referencial, a equipe considerou relevante a necessidade de realização de um evento, promovido pela Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral, que significou um momento favorável para a ampla discussão das relevantes questões apresentadas. Assim, em abril de 1998 foi concretizado o 1º Seminário de Saúde Mental de Sobral, cujas discussões resultaram em uma proposta de saúde mental para o município que preconizava, entre outras ações, a criação de um Programa de Saúde Mental, com a formação de uma equipe básica no Centro de Especialidades Médicas. Esse núcleo embrionário se tornaria mais

complexo, originando a criação de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) local.

Após a realização do referido seminário, o Programa de Saúde Mental do Centro de Especialidades Médicas foi instituído oficialmente e, ao longo do tempo, passou por um processo de ampliação dentro do município. Mas, como advertem Pereira e Andrade (2001), embora, a princípio, esse processo tivesse caráter predominantemente ambulatorial, passou depois a integrar diversas atividades individuais, grupais e ações na comunidade. Assim, o programa, desenvolvido consoante à mencionada configuração, funcionou de abril de 1998 a novembro de 1999, quando a equipe de saúde mental foi transferida para outra estrutura, na qual se instalou o CAPS de Sobral. Posteriormente, no Centro de Especialidades Médicas estruturou-se o ambulatório regionalizado de psiquiatria.

Com o apoio do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial e da Comissão dos Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Ceará, foram realizadas duas auditorias na Casa de Repouso Guararapes pela Secretaria Estadual da Saúde do Ceará e pela Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral, nas quais a denúncia da existência de maus-tratos foi comprovada, surgindo, inclusive, indícios de que a prática se apresentava de maneira corriqueira dentro da instituição.

Nesse contexto, é essencial o destaque de um fato ocorrido em outubro de 1999: a morte de um usuário por espancamento na Casa de Repouso Guararapes conveniada, na época, ao SUS. O incidente suscitou denúncias públicas. A morte de Damião Ximenes Lopes dentro da instituição assumiu proporção mundial e acarretou a condenação do Brasil pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, da Organização dos Estados Americanos, configurando o primeiro caso brasileiro julgado pela Corte.

No nível local, com base em deliberação do Conselho Municipal de Saúde, o poder executivo decretou interdição no manicômio e designou uma junta interventora para atuar no citado hospital psiquiátrico no período de março a maio de 2000, prorrogada, em seguida, por mais um mês. Indícios confirmaram as denúncias prestadas e culminaram no desenrolar de um processo de reformulação na assistência psiquiátrica da cidade (ALMEIDA *et al.*, 2004).

Nessa perspectiva, o lugar do usuário como referência para o cuidado exige transformação nas concepções assistenciais do campo da saúde mental e da psiquiatria. É importante ressaltar que os serviços de saúde adequados para efetivar a promoção da saúde e o acompanhamento integral de base territorial têm um formato diferente do modelo hospitalar, hegemonicamente constituído como único espaço resolutivo para os problemas de saúde.

Mesmo assim, antes da atuação da junta interventora no hospital psiquiátrico, a Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral cogitou uma proposta de implantação de uma rede municipal de assistência à saúde mental, a qual propunha a transformação da Casa de Repouso Guararapes no Complexo Assistencial de Saúde Mental Guararapes, que seria composto por um CAPS, um hospital-dia, um Serviço Residencial Terapêutico e oficinas terapêuticas e de habilitação social (SOBRAL, 1999).

Entretanto, a proposta inicialmente idealizada não foi concretizada e, em contrapartida, decidiu-se pelo rompimento do modelo hospitalocêntrico, asilar e cronicador, e implementou-se uma política de saúde mental condizente com os princípios e diretrizes do movimento da reforma psiquiátrica brasileira. Portanto, operou-se no sentido da desinstitucionalização, buscando primordialmente a inclusão familiar, comunitária e social da pessoa com transtorno mental.

Atualmente, a vida impõe enfrentamentos complexos, múltiplos e diversos para a manutenção da sobrevivência em sociedade. Por exemplo: as necessidades de saúde da coletividade perpassam pela subsistência cotidiana em produzir capital para a aquisição de itens essenciais como alimentos, vestimentas e moradia, entre outros, por um lado; e pelas relações sociais modificadas pelo cotidiano da violência, urbanização e déficit no acesso a direitos fundamentais, por outro (GULJOR; PINHEIRO, 2007).

Em relação à atuação da junta interventora, ao assumir o hospital encontrou um quadro de visível degradação: eram 63 internos, dos quais 21 mulheres e 42 homens. Como relatam Pereira e Andrade (2001), foram constatados, numa considerável parcela dos indivíduos internados, falha diagnóstica e histórico de internação sem indicação formal, num contexto

caracterizado por deficitária situação física, terapêutica e financeira na instituição. A inexistência de projetos terapêuticos era predominante, detectando-se também péssimas condições sanitárias e de hospitalidade, além de dívidas fiscais, trabalhistas e comerciais.

Na rede de atenção psicossocial prioriza-se o atendimento integral da população com práticas multidisciplinares articuladas com os demais setores da saúde e sociedade. Tal processo volta-se ainda para as ações de promoção da saúde no território. Em justificativa prioritária para a resolubilidade das ações primárias de saúde, a interlocução entre o CAPS e a ESF se fez necessária para implementar o cuidado mais próximo da realidade individual e coletiva da população (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

Concomitantemente, havia o processo de reestruturação do CAPS, com o qual se buscava trabalhar de forma articulada com as equipes dos centros de saúde da família locais. Nesse sentido comum, foram mantidos, então, os primeiros contatos com o gestor/proprietário do Hospital Dr. Estevam Ponte, com vistas à implantação de uma unidade de saúde mental (enfermaria e urgência) no referido hospital.

Conforme argumentam Pereira e Andrade (2001), durante o enfrentamento do problema do hospício, uma séria questão detectada diz respeito à superação do processo caótico de abandono afetivo e social dos internos. Estas pessoas estavam excluídas de bens culturais, educacionais, de trabalho e de direitos de sobrevivência. Diante da situação, foram realizadas ações como a reconstrução de moradias deterioradas, inserção no trabalho, adesão de cuidadores da comunidade e busca de proteção social, entre outros. Tais iniciativas visavam restabelecer a identidade social e a dignidade das pessoas com transtornos mentais, violadas e perdidas em anos de lamentável exclusão. Um fator bastante evidenciado refere-se à herança da loucura com o significado de incapacidade e periculosidade, justificadas por práticas segregadoras, adotadas até mesmo pelos familiares, trabalhadores da saúde e sociedade.

Na tentativa de diversificar as opções terapêuticas disponíveis, idealizou-se a implantação de um Serviço Residencial Terapêutico, ou seja, uma residência para abrigar moradores com transtornos mentais severos, sem vínculos ou suporte sociofamiliar temporário ou

permanente. A principal meta da criação da instituição era abrigar antigos asilados provenientes da Casa de Repouso Guararapes. Este serviço responsabilizava-se em oferecer cuidados especializados, voltados à habilitação psicossocial, com o desenvolvimento da autonomia e exercício de cidadania das pessoas.

Após 120 dias de intervenção, em 10 de julho de 2000, a Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral, por meio da Portaria nº 113/2000, oficializou o descredenciamento da Casa de Repouso Guararapes. A partir de então foi instituída oficialmente a RAISM de Sobral, composta atualmente pelos serviços: CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes, especializado no tratamento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes; CAPS AD, especializado no tratamento de pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas; Serviço Residencial Terapêutico; uma unidade de internação psiquiátrica no Hospital Dr. Estevam Ponte Ltda; e um ambulatório de psiquiatria, para cobertura regional, localizado no Centro de Especialidades Médicas. Tais serviços articulam-se entre si, com as 48 equipes da ESF (distribuídas em 28 centros de saúde da família, dos quais 15 se encontram na sede e 13 nos distritos) e com a saúde mental comunitária.

Converge que as redes assistenciais do SUS são reflexos da política de saúde e da interação entre aqueles que operam tal sistema, no caso os trabalhadores e gestores de saúde, bem como usuários e familiares. Como observado, a execução das ações de saúde enfrentam entraves e iniquidades que perpassam o processo terapêutico em si, como também a cobertura e oferta de serviços e desarticulação do sistema em prol da resolubilidade.

Resultados e discussão

Conforme proposto, o cuidado em saúde mental prioriza a construção compartilhada das possibilidades de inserção social do usuário no território. De forma geral, as ações de saúde mental relevam-se pelo acompanhamento clínico perante os desequilíbrios da saúde e sua dimensão psíquica. No entanto, estão transversalizadas pela premissa de potencializar a autonomia do indivíduo na vida.

A preocupação com o sofrimento humano ainda não é objeto prevalente nas atitudes da prática dos trabalhadores de saúde. Formados e capacitados para diagnosticar, tratar e curar, eles deparam-se com situações complexas que fogem à lógica determinista da clínica. Elaborar um projeto terapêutico é um árduo trabalho, pois no relacionamento com as pessoas envolvidas, o descompromisso, a retração ou negação são comuns na argumentação do desequilíbrio psíquico e seu consequente acompanhamento (LANCETTI, 2007).

Amarante (1996), ao descrever a experiência bagliana, expressa que colocar a doença em parênteses é deslocar o olhar para o doente, a pessoa, o objetivo de todo o trabalho, não apenas técnico, não apenas clínico. A ênfase é dada ao processo de 'invenção da saúde' e de 'reprodução social do paciente'. Por outro lado, 'colocar em parênteses' não pode ser pensado como a negação da existência da doença.

Para tanto, no Brasil vem se configurando uma rede de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico e manicomial, representada pelos Centros de Atenção Psicossocial, considerados unidades especializadas no acompanhamento clínico de usuários com transtornos mentais moderados e severos. Acrescentam-se a estes dispositivos assistenciais os Serviços Residenciais Terapêuticos, os hospitais-dia, os leitos psiquiátricos em hospitais gerais e os programas voltados para a inserção social da clientela atendida (BRASIL, 2003).

Em Sobral, o CAPS Geral II Damião Ximenes Lopes começou a se estruturar em 1998, mediante a implantação de um ambulatório de psiquiatria com equipe multiprofissional, sendo inaugurado em novembro de 1999. Neste dispositivo, são desempenhadas atividades como atendimento individual; atendimento em grupo (de crianças, de convivência, música de vida, de mulheres, de terapia ocupacional, oficinas expressivas, terapêuticas e culturais, atividades esportivas e de suporte social, entre outros); oficinas geradoras de renda, realizadas em ambientes fora da sede do CAPS; atendimento para a família (grupo de pais, atendimento individualizado a familiares, atenção domiciliar); atendimento psicoterápico; tratamento medicamentoso; atividades comunitárias, utilizando os recursos comunitários, envolvendo pessoas, instituições ou grupos organizados que atuam na

comunidade; mobilização político-social e apoio matricial para as equipes da ESF.

Atualmente, conta com equipe multiprofissional composta por psiquiatra, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogo, enfermeiro, educador físico, auxiliar de enfermagem, pedagogo e artesão, entre outros. Mediante o desenvolvimento de um trabalho com abordagem interdisciplinar, orienta para a valorização dos diferentes saberes e práticas. Ao mesmo tempo, empenha-se na elaboração de estratégias e ações para o desenvolvimento de uma prática crítica, transformadora, caracterizada, sobretudo, pela atenção humanizada e de qualidade, com foco também na promoção da autoestima, no exercício de cidadania e na promoção da inclusão social dos usuários assistidos.

Com a integralidade das práticas, a multiprofissionalidade teve intenso acúmulo operacional pelas equipes de saúde, seja no CAPS ou na ESF. Neste âmbito, o aporte multidisciplinar promoveu o encontro de profissionais, o que potencializa o trabalho em saúde e a possibilidade de ações interdisciplinares. No entanto, o diálogo entre os saberes ainda é um entrave para modificar a direção mais comum à prática clínica determinada historicamente pela unilateralidade do saber biomédico (PINTO; JORGE, 2009).

Cadastrado pelo Ministério da Saúde, o CAPS recebeu a classificação tipo II em 2002 e recebe os usuários do município de Sobral na modalidade de atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. O projeto técnico do CAPS Geral II apresenta como principais características a integração a sistemas primários e secundários de atenção; integração a sistemas de política social; acessibilidade local; multiplicidade de funções e técnicas; prática multiprofissional interdisciplinar; educação permanente; redução crítica da hierarquia interna (coordenações por mandatos delimitados); redução crítica da hierarquia assistente/assistido; e polarização das políticas de saúde mental.

O CAPS Geral II assume seu papel ordenador e ativador das ações de saúde mental no município. A interlocução com a rede assistencial do SUS e redes intersetoriais do estado e da sociedade civil, bem como a própria comunidade, promove ações resolutivas pautadas nas ações matriciais entre os trabalhadores de saúde, promoção da saúde mental e emancipação humana.

Há sentido na posição do Ministério da Saúde quando preconiza que os CAPS devem assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento de redes sociais, cumprindo suas funções na assistência direta, assim como na regulação da rede de serviços de saúde. Cabe a eles trabalhar de maneira articulada com as equipes da ESF, promovendo a vida comunitária e a autonomia dos usuários e buscando também articulação com os recursos existentes em outras redes: sociosanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas (BRASIL, 2004).

Na conformação do SUS, o CAPS é apresentado como um serviço estratégico para ordenar as ações do campo psicossocial. No Brasil, a sua instalação e funcionamento são promovidos pelo repasse e custeio garantidos pela política nacional de saúde mental. No entanto, a conjuntura revela a necessidade de superações da posição central deste serviço na rede assistencial e o posicionamento horizontalizado com outros dispositivos e/ou serviços mais adequados a cada realidade vivenciada pelo usuário (BRASIL, 2005; ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

Conseqüentemente, o CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD), serviço de atenção secundária especializado no tratamento de pessoas que utilizam abusivamente álcool e outras drogas, foi integrado à RAISM no ano de 2002. Os usuários são encaminhados pelos centros de saúde da família, por demanda espontânea e/ou mesmo por outros serviços de saúde do município que fazem parte dela. Funciona semanalmente, de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 14h às 18h. Seu corpo técnico é formado por clínico geral, psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro, assistente social, auxiliar de enfermagem, educador físico e artesão, entre outros.

A política de atenção do CAPS AD compreende o atendimento ambulatorial individual e grupal, além da organização da demanda e da rede de suporte psicossocial, ou seja, articulação estabelecida com a Justiça, Alcoólicos Anônimos, Previdência Social, Conselho Tutelar, Educação, Central Única das Favelas, instituições de profissionalização e meios de comunicação. Em relação às funções que desempenha, destacam-se: realização e manutenção atualizada do cadastro dos usuários que utilizam medicamento excepcional, supervisão e

capacitação das equipes atuantes na ESF e desenvolvimento de ações de promoção de saúde no seio comunitário voltadas à prevenção do uso abusivo de álcool e outras drogas.

O CAPS AD oferece diversas atividades no âmbito da atenção, conforme o Ministério da Saúde (2004): atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, entre outros); atenção domiciliar; atendimento voltado à família; e atividades comunitárias, buscando a integração do dependente químico no contexto comunitário, assim como sua inserção nas dimensões familiar e social. Os usuários em atendimento de um turno (quatro horas) devem receber uma refeição diária; enquanto os em acompanhamento de dois turnos (oito horas) receberão duas refeições diárias. Outro tipo de atendimento é o de desintoxicação.

Diante da realidade enfrentada, o CAPS AD de Sobral já iniciou a realização de estudos com vistas à implantação de uma política de redução de danos no município e de habilitação de serviços hospitalares de referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. Entretanto, é primordial ressaltar que o CAPS AD não se configura como o único dispositivo capaz de dar todas as respostas para o enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas. Faz-se necessária a implantação de uma política municipal para o enfrentamento dessa problemática. Dessa maneira, há necessidade de envolvimento efetivo dos diferentes segmentos sociais e demais órgãos competentes das esferas do governo para a abordagem da citada complexidade.

A atuação intensa e contínua do CAPS AD ativa ao longo do tempo, de modo processual, modificações importantes no agir em saúde e na concepção de equilíbrio, que dista da perspectiva limítrofe da abstinência como único horizonte resolutivo. A diversidade e multiplicidade da assistência junto aos usuários com uso abusivo de álcool e outras drogas fortalece o projeto terapêutico entre equipe, família e usuários nas possibilidades de (re)encontrar suas trajetórias singulares de vida.

Após o fechamento do hospital psiquiátrico Casa de Repouso Guararapes, foi implantado o Serviço Residencial Terapêutico como tática de desospitalização, preservando o cuidado público aos usuários cronicados no hospital, com baixa autonomia pessoal e vínculos

familiares tênues ou inexistentes. Espera-se proporcionar aos assistidos uma vida em casa comunitária, na perspectiva da cidadania, apesar das limitações, das expectativas e incertezas tanto para a equipe quanto para os usuários e para a vizinhança do serviço em instalação.

Foi iniciado um trabalho de desinstitucionalização progressiva dos clientes, quando ainda estavam em regime de internação orientada para o desenvolvimento prévio de atividades de autocuidado e da vida diária, primando pela construção da autonomia (ALMEIDA *et al.*, 2004).

Conforme definição do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), as residências terapêuticas ou Serviços Residenciais Terapêuticos são casas localizadas no espaço urbano, destinadas a responder às necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou em situação de vulnerabilidade. Morar e circular nos espaços da cidade e da comunidade são direitos fundamentais que se reconstituem com a implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos nos municípios. Assim, as residências terapêuticas configuram-se como importante ferramenta para a efetivação de processos de desinstitucionalização de pessoas com história de longas internações.

Denominada Lar Renascer, nome escolhido pelos próprios moradores, a residência terapêutica de Sobral foi criada em 6 de julho de 2000 como a primeira do Ceará e de toda a região Nordeste, e também a primeira de caráter público instituída no Brasil após a publicação, pelo Ministério da Saúde, da Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000 (BRASIL, 2000). Os moradores são pessoas com grave comprometimento psíquico e histórico de longas internações psiquiátricas, todos vítimas de cronificação, com perdas de vínculos familiares, e/ou sociais, e inúmeros prejuízos nos mais variados aspectos de suas vidas.

Proporcionar a autoestima e a autoconfiança é objetivo da residência terapêutica. Para isto, prioriza-se o desenvolvimento de habilidades dos moradores para a aquisição de maior autonomia e a promoção de cidadania dos usuários, tornando-os aptos para a retomada dos laços sociais perdidos. Propiciar as condições de interação dos moradores junto à sociedade e às suas famílias, quando conhecidas, bem como estimular o desenvolvimento

pessoal relacionado à construção das suas vidas com vistas à criação de projetos individuais, também configura aspecto importante a ser considerado.

A residência terapêutica conta com oito moradores, um enfermeiro/coordenador do serviço, uma cozinheira e cinco cuidadores. Complementarmente, recebe suporte técnico de uma terapeuta ocupacional. No desempenho das suas atividades, o referido dispositivo tem cobertura dos dispositivos da RAISM, mediante apoio aos assistidos prestado por uma equipe multiprofissional (psiquiatra, clínico geral, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, pedagogo, educador físico), os quais norteiam sua prática fundamentada em uma abordagem humanizada e interdisciplinar.

O projeto terapêutico do Serviço Residencial Terapêutico de Sobral está fundamentado nos princípios e diretrizes preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), ou seja, está centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida diária, no intuito de ampliação da inserção social. Seu objetivo central contempla os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário amplo projeto de reintegração social, mediante sua inserção em programas de alfabetização, no universo do trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários, além de respeito aos direitos do assistido como cidadão e pessoa com capacidade para desfrutar uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário.

Nessa perspectiva, a complexidade dos problemas no viver contemporâneo é assimilada pelas inovações em saúde para compor itinerários terapêuticos mais resolutivos e dinâmicos em relação ao processo saúde-doença da população. É, portanto, importante a ressignificação das práticas cotidianas nas quais a inversão da lógica biológica e medicalizada é remetida a novos olhares e intervenções (PINTO; JORGE, 2009).

No concernente às internações psiquiátricas, passaram a ser realizadas na Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Dr. Estevam Ponte Ltda, Hospital Geral, referência para Sobral e sua macrorregião. A área psiquiátrica inclui quatro enfermarias, totalizando 17 leitos,

ocupados por meio de agendamento pela central de regulação de leitos do estado. Atende principalmente os usuários em estado agudo de crise psicótica, quadros de depressão associada à dependência química, de violência auto ou heterodirigida, de recusa de medicamento, de recusa alimentar prolongada, de sintomas extrapiramidais, desorientação e confusão mental, apresentando média de sete dias de internação.

O trabalho revela-se de natureza multiprofissional (clínico geral, psiquiatra, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, educador físico) com caráter interdisciplinar. O ambiente favorece a orientação espaço-temporal e está organizado de modo a garantir a segurança e a integridade física de usuários e trabalhadores da saúde. Regularmente, a equipe se reúne e discute suas dificuldades e as dos usuários. Busca sempre as soluções mais adequadas, sobretudo focando a retirada do estado agudo, a alta hospitalar em breve espaço de tempo e a articulação com o CAPS (no caso dos sobralenses) e com o Centro de Especialidades Médicas (no caso da microrregião) para o acompanhamento pós-hospitalar (ALMEIDA *et al.*, 2004).

A unidade é um serviço organizado com base nos princípios e diretrizes do SUS, e suas atividades são realizadas de maneira articulada com os demais dispositivos da Rede. Recebe apoio técnico dos trabalhadores da saúde disponibilizados pela RAISM, tais como: clínico geral, educador físico, psiquiatras e enfermeiros. Outros trabalhadores da saúde são custeados pelo hospital: psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, auxiliares de enfermagem e médico plantonista em regime integral, que atende às intercorrências da referida unidade. Nos finais de semana, a unidade dispõe de enfermeiros e auxiliares de enfermagem em tempo integral e de um psiquiatra, ou um médico clínico geral com habilidade em saúde mental, que permanecem de plantão e sobreaviso.

São desenvolvidas atividades como avaliação médico-psicológico e social; atendimento individual (psicoterapia breve, terapia ocupacional, terapia medicamentosa); atendimento grupal (grupo operativo, educação em saúde, atividades socioterápicas); abordagem à família, incluindo orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a

continuidade do tratamento; preparação do usuário para a alta hospitalar, garantindo a sua referência para a continuidade do tratamento em programa de atenção compatível com a sua necessidade (ambulatório, centro de atenção psicossocial, centro de saúde da família), visando prevenir a ocorrência de outras internações.

A clínica Cláudio Rodrigues, um dos setores do Hospital Dr. Estevam Ponte Ltda, por sua vez, conta com 13 enfermarias, totalizando 52 leitos, nos quais podem ser internadas pessoas com transtornos psiquiátricos e aquelas que apresentam comorbidades clínicas e psiquiátricas em decorrência do uso de álcool e outras drogas, as quais não apresentem risco de fuga. O tempo de permanência é de aproximadamente seis dias.

Assim, a prevalência nas demandas nas unidades de saúde mental advém deste processo social contemporâneo. Nele, o transtorno apresenta-se multifacetado e, muitas vezes, dissolvido numa carga de estresse psíquico que remete à subjetividade humana no sofrimento psíquico contínuo e crônico. À mercê de uma condição social muitas vezes desfavorável, e de práticas cuidadoras medicamentais, o indivíduo refuta-se na adequação terapêutica de acordo com a sua situação mais mórbida (DALLA VECCHIA; MARTINS, 2009).

Evidencia-se que a internação nos referidos serviços vem propiciando atenção humanizada, de qualidade, diminuição do estigma, maior transparência da prática psiquiátrica, melhor atenção à saúde física, maior intercâmbio interdisciplinar e a qualificação na formação dos trabalhadores da saúde que atuarão no universo da saúde mental.

No Centro de Especialidades Médicas há o ambulatório regionalizado de psiquiatria. É importante mencionar que, com a implementação de uma adequada política de saúde mental no município, tornou-se indispensável a reestruturação do referido ambulatório, com vistas a funcionar como porta de entrada da Rede para os outros municípios que referenciam os usuários para Sobral.

A interface dos CAPS (serviços especializados de atenção secundária) com os centros de saúde da família da Atenção Primária à Saúde (APS), por sua vez, é um aspecto fundamental com vistas à integralidade do cuidado. Em Sobral, a ESF se apresenta como o principal pilar na organização da sua atenção primária, atuando

no nível primário de atenção e promovendo o cuidado integral à saúde.

Desse modo, os indivíduos com transtornos mentais adstritos a determinado território do município são de responsabilidade dessa equipe, que tem de acolher, diagnosticar e tratar os transtornos mentais mais prevalentes da sua área descentralizada de saúde, além de atuar na resolução de problemas de natureza psicossocial na comunidade. Caso a equipe da ESF identifique a necessidade de avaliação especializada, deve encaminhar o indivíduo à equipe de saúde mental do município. Outro aspecto a ser ressaltado é o fato de as equipes de saúde assumirem a responsabilidade da distribuição direta de medicamentos psicotrópicos de utilização continuada aos usuários assistidos (PEREIRA; ANDRADE, 2001).

Com a implementação de medidas da reforma psiquiátrica em Sobral e o surgimento de um modelo de atenção descentralizado e de base comunitária, houve aproximação das equipes dos CAPS com as da APS, mediante o desenvolvimento de ações conjuntas e complementares, pautadas nos cuidados colaborativos e na corresponsabilização das equipes, com vistas à integralidade do cuidado. A atuação articulada do trabalhador da saúde mental com a equipe da ESF revela-se fundamental para o estabelecimento e fortalecimento de vínculos entre o serviço especializado (CAPS Geral II/CAPS AD) e centros de saúde da família (APS).

Sobral dispõe atualmente de diferentes redes de serviços, dentre elas a de APS, ancorada nos princípios do SUS, tendo como eixo estruturante a ESF, que se articula com os níveis secundário e terciário, e a RAISM, fundamentada nos princípios do SUS e da reforma psiquiátrica brasileira.

Destaca-se nesse contexto, a implantação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família em 1999 e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008, os quais devem contemplar, no bojo de suas atribuições, o desenvolvimento de ações de saúde mental no território (BRASIL, 2008). Nesse universo da interface da saúde mental com a atenção primária, destaca-se atualmente em Sobral o cenário de apoio matricial ou matriciamento compartilhado de saúde mental à APS. Esta estratégia dispõe da prática conjunta dos trabalhadores da RAISM, da Residência

Multiprofissional em Saúde da Família e dos NASF articulados com os trabalhadores da ESF, com vistas à integralidade do cuidado.

Semanalmente, em diferentes centros de saúde do município, acontece o apoio matricial em saúde mental, no qual os psiquiatras e outros trabalhadores desenvolvem atividades junto à equipe de atenção primária, mediante a realização de um trabalho voltado para atender às diferentes situações psicossociais vivenciadas no universo da saúde mental das comunidades. A proposta do apoio matricial, a qual visa a qualificação das equipes da ESF na área de saúde mental, bem como preconiza o acompanhamento ou discussão dos casos com os trabalhadores de saúde dos centros de saúde da família, junto aos trabalhadores da saúde mental, como uma responsabilização compartilhada, significa uma medida importante para a construção e o fortalecimento da interface da saúde mental com a atenção primária.

O apoio matricial às equipes da ESF vem incorporando, ao longo dos anos, ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participação em iniciativas de capacitação, atendendo, dessa maneira, ao proposto pelo Ministério da Saúde (2004), o qual recomenda que, nos municípios onde existam CAPS, oficinas e/ou outros equipamentos da saúde mental, os diversos membros das equipes deem o apoio matricial às diferentes equipes da atenção primária, programando sua carga horária para encontros semanais e formas de contato para demandas inesperadas ou intercorrências.

Nas redes sociais de cuidado no território estão as pessoas que poderiam permear a rede assistencial do SUS. Nestas múltiplas redes, são encontrados subsídios de resolução mais adequados a seus problemas (VASCONCELOS; MORSCHEL, 2009). As associações de moradores, igrejas, organizações não governamentais culturais e de entidades de assistência são locais em que a comunidade recebe apoio e espaço para interagir com suas dificuldades e buscar soluções para os enfrentamentos da vida.

Não se pode deixar de destacar que são muitas as dificuldades e os desafios enfrentados pela estratégia do matriciamento articulado de saúde mental realizado pelos trabalhadores da RAISM, da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e dos NASF

junto aos trabalhadores da ESF. Fatores como rotatividade de trabalhadores da saúde da ESF e dificuldades na articulação da prática de matriciamento compartilhado dos trabalhadores da rede de saúde mental, da Residência Multiprofissional e dos NASF favorecem o surgimento de cenários distintos dessa prática nos diferentes territórios e se traduzem em aspectos que a torna mais complexa e, ao mesmo tempo, apontam caminhos e desafios para o fortalecimento e a consolidação da prática do apoio matricial de saúde mental na APS.

Enfim, as práticas cotidianas da atenção psicossocial ocorrem na intersubjetividade pela emancipação vivenciada na comunidade. O direito à saúde e ao exercício da cidadania é possibilitado na interlocução com diversos dispositivos sociais e comunitários. São exemplos: escolas de artes, ofícios, computação, idiomas, passeios e eventos. A iniciativa dos serviços de saúde para atuar em rede de cuidados de modo interdisciplinar e intersetorial é essencial para a abertura de espaços que promovam a inclusão social (BARROS *et al.*, 2010).

A dimensão clínica da resolubilidade do apoio matricial em saúde revela modificações importantes nas concepções, práticas e lógicas operacionais. É possível perceber uma concepção de saúde mental mais ampla e direcionada para a reprodução social do usuário, na qual sua vida social é priorizada como plano do projeto terapêutico. Assim, o lugar onde mora, a condição de vida e as relações sociais são elementos que caracterizam a avaliação psicossocial no matriciamento.

Considerações finais

A implantação da RAISM de Sobral vem possibilitando a construção de um novo lugar social para a pessoa com transtorno mental, caracterizando-se por uma atenção de qualidade, humanizada, com vistas à integralidade do cuidado. É considerada eixo articulador da política de saúde mental e marco histórico na reforma psiquiátrica no município e no estado do Ceará, pois possibilitou a superação do modelo anterior caracteristicamente hospitalocêntrico, asilar, segregador, cronificador, para uma atenção em saúde mental extra-hospitalar, propiciadora da inclusão familiar, de base comunitária e social da pessoa com transtorno mental.

A RAISM enfrenta desafios como habilitação social dos usuários assistidos, em que há a necessidade permanente dos dispositivos da rede investirem na celebração de parcerias com diferentes segmentos governamentais e não governamentais, visando à criação de sistemas de apoio social de longa duração para a aquisição de geração de renda para os usuários assistidos; desenvolvimento de ações intensivas que contribuam para a transição cultural da população no referente ao adoecimento mental e integração comunitária e social dos

usuários; priorização de uma educação permanente dos trabalhadores da saúde; e ampliação das ações de saúde mental na atenção primária, entre outros aspectos.

No campo da saúde mental, a resolubilidade da atenção psicossocial caracteriza-se pela inclusão social dos usuários. Nesta premissa, a experiência desvelou que a tarefa de restabelecimento dos laços sociais se diferencia no próprio processo de alcance desta, pois é necessária uma integração ampla entre saúde e sociedade, permeada por compromissos éticos e políticos. ■

Referências

- ALMEIDA, A.M.G *et al.* Oficinas em saúde mental: um relato de experiências em Quixadá e Sobral. In: COSTA, C.M.; FIGUEIREDO, A.C. (Org.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: IPUB, 2004.
- ALVERGA, A.R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 10, n. 20, 2006, p. 299-316.
- AMARANTE, P. (Org.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- _____. (Org.). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- _____. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.
- BARROS, M.M.M.A.; PINTO, A.G.A.; JORGE, M.S.B. Desafios e possibilidades na rede de atenção integral à saúde mental: o discurso do sujeito coletivo dos usuários de um centro de atenção psicossocial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 87, out./dez. 2010, p. 744-753.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 106/MS, de 11 de fevereiro de 2000*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. *Saúde mental e a atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de gestão 2003-2006*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- COSTA, L. *et al.* *Análise de internamentos psiquiátricos da rede hospitalar pública, contratada e conveniada pelo Sistema Único de Saúde no Ceará*. Aracati: Centro de Atenção Psicossocial de Aracati, 1997.
- DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S.T.F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, n. 13, v. 28, 2009, p. 151-164.
- GULJOR, A.P.; PINHEIRO, R. Demandas por cuidado na desinstitucionalização: concepções e percepções dos trabalhadores sobre a construção de demanda e necessidades em saúde mental. In: PINHEIRO, R. *et al.* (Org.). *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 29 abr. 2011.
- LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.
- PEREIRA, A.A.; ANDRADE, L.O.M. Rede integral de atenção à saúde mental de Sobral-CE. In: LANCETTI, A. *Saúde e loucura: saúde mental e saúde da família*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.
- PINTO, A.G.A.; JORGE, M.S.B. Prática clínica em saúde mental no cotidiano do Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 2, n. 14, abr./jun. 2009, p. 217-226.
- SÁ, R.A.R. *Reabilitação psicossocial: um enfoque dessa prática na Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral-CE*. 2006.

74p. Monografia (Especialização em Saúde Mental) – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, 2006.

_____. *Programa de residência médica em psiquiatria da Rede de Atenção Integral à saúde mental de Sobral*. 2008.

SAMPAIO, J.J.C. *Política de saúde mental de Sobral/CE: proposta*. Sobral, 1999.

SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral. Secretaria da Saúde e Ação Social. *Proposta para implantação da rede municipal de assistência à saúde mental*. Sobral: Secretaria de Saúde de Sobral, 1999.

_____. Prefeitura Municipal de Sobral. Secretaria da Saúde e Ação Social. *Relatório anual de gestão 2010*. Sobral: Secretaria de Saúde de Sobral. 2011.

VASCONCELOS, M.F.F.; MORSCHER, A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na saúde coletiva. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 13, n. 1, 2009, p. 729-738.

Recebido para publicação em Junho/2011

Versão definitiva em Junho/2011

Suporte financeiro: Não houve

Conflito de interesse: a autora Márcia Maria Mont'Alverne de Barros atua como coordenadora da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral (CE). Os demais autores, Maria Salete Bessa Jorge e Antônio Germane Alves Pinto, atuam no Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), que desenvolve pesquisas voltadas à análise e ativação de práticas inovadoras no município de Sobral

O conceito de crise na clínica para usuários de álcool e outras drogas: ampliando reflexões

The concept of crisis in the clinic for users of alcohol and other drugs: broadening reflections

Sheila Silva Lima¹, Raquel Malheiros Teixeira², Caliandra Machado Pinheiro³

¹Graduada em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. Residente em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) – Salvador (BA), Brasil. lima.ssheila@gmail.com

²Graduada em Psicologia pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Salvador (BA), Brasil. Residente em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UNEB – Salvador (BA), Brasil. raquellmalheiros@hotmail.com

³Especialista em Saúde Mental pela UNEB – Salvador (BA), Brasil. Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da UNEB – Salvador (BA), Brasil. caliandra.machado@gmail.com

RESUMO Este artigo relata a experiência de três encontros com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS ad), onde o tema discutido foi o conceito de crise dentro do contexto do uso de álcool e outras drogas. Este relato traz como possibilidade a problematização do conceito de crise, ressaltando que a leitura desse fenômeno se faz imprescindível para o tratamento de usuários de substâncias psicoativas. Pôde-se perceber que os usuários consideram a crise como algo distinto da reincidência do uso. Eles atribuem sua origem às condições materiais da existência e aos afetos e, diante da crise, tendem a colocar a unidade de saúde no lugar de 'salvadora'.

PALAVRAS-CHAVE: Intervenção na Crise; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Terapêutica; Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT *This article reports the experience of three meetings with users of a Psychosocial Care Centers (CAPS ad), where the topic discussed was the concept of crisis within the context of alcohol and other drugs. This report provides a possibility questioning the concept of crisis, noting that the reading of this phenomenon is indispensable for the treatment of drug users. It was noticed that users consider the crisis as something distinct from recurrence of use. They attribute their origin to the material condition of existence and the affections, and after the crisis, tend to put the health unit in place of 'saving'*

KEYWORDS: *Crisis Intervention; Substance Related Disorders; Therapeutics; Mental Health Services.*

Introdução

[...] olho meus companheiros, estão taciturnos, mas nutrem grandes esperanças [...] O presente é tão grande, não nos afastemos. Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas. (ANDRADE, 2009, p. 99).

As políticas voltadas para o tratamento do uso de álcool e outras drogas vêm demonstrando, de maneira inequívoca, a importância do processo de cuidado ao usuário, especialmente nas dimensões da prevenção e da promoção da saúde. O exercício do cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS ad) requer lidar com singularidades, sendo que as intervenções desenvolvidas devem promover as potencialidades e a autonomia dos usuários diante da vida, numa negociação permanente entre os diferentes temas, inclusive o conceito de ‘crise’, o qual acreditamos ser capaz de produzir novas possibilidades de atenção.

A escolha das situações de crise como tema de uma atividade dirigida na Oficina de Redução de Danos nos ofereceu um caminho promissor e desafiador, pois colocou no centro da discussão a direção do tratamento, o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que está se tratando. Essa discussão implicou na necessidade de repensar o vínculo dos usuários com os profissionais que conduzem as estratégias de cuidado no CAPS ad, que são corresponsáveis pelo tratamento.

A palavra crise em seu sentido etimológico é carregada de elementos que trazem um amplo sentido, referentes à mudança, desequilíbrio, separação, que podem conduzir à construção de rearranjos inéditos e pode remeter a aspectos sociais, históricos, familiares e pessoais. Esse conceito é amplamente usado em diversas áreas do conhecimento, como na sociologia, economia, política, psicologia, psicopatologia, etc.

Contudo, conforme Ferigato, Campos e Ballarin (2007), quando tentamos especificar a crise dentro do próprio campo da saúde mental, encontramos diferentes teorias sobre a caracterização desse episódio. Não há, portanto, uma perspectiva inabalável do que seja esse momento e das vicissitudes que permeiam essa experiência. Nesse sentido:

[...] a crise pode ser designada como uma experiência em que há algo insuportável, no sentido literal de não haver suporte, experiência que nos habita como um abismo de perda de sentido, em que se perdem as principais ligações. Este abismo se manifesta como um excesso de força pulsional que rompe a capacidade de simbolização, mas, ao mesmo tempo, instaura uma eminente exigência de ligações até então inexistentes. (KNOBLOCH, 1998, p. 35).

O interesse em trabalhar o tema da crise dentro do grupo de Redução de Danos surgiu a partir de questionamentos que nós levantamos sobre a ausência de debates acerca desse conceito, no que se refere à literatura e à clínica voltadas para usuários de álcool e outras drogas. Questionamos o motivo pelo qual, aparentemente, essa noção está sendo usada apenas na clínica com psicóticos ou neuróticos graves, além da ausência de produções sobre essa temática dentro do contexto de uso de substâncias psicoativas.

Nesse sentido, o intuito deste trabalho é compartilhar essa experiência e, a partir das discussões suscitadas, apontar para a potencialidade do conceito de crise na atenção ao usuário de drogas, aventando sobre quais seriam as interlocuções possíveis entre esse conceito e essa clínica.

O caminho percorrido

A atividade que iremos relatar foi realizada durante o mês de janeiro de 2011, em um CAPS ad localizado no distrito sanitário Cabula-Beiru, em Salvador (BA). Nós, enquanto psicólogas residentes, propusemos a ‘crise’ como temática a ser trabalhada na Oficina de Redução de Danos, a qual é conduzida por um técnico do referido serviço. As atividades desenvolvidas aconteceram uma vez por semana, com duração de duas horas cada encontro, contando com um total aproximado de 70 usuários.

O serviço supracitado foi escolhido como cenário por apresentar sintonia com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde (SUS). Inaugurado em 2004, o CAPS ad funciona como dispositivo de saúde mental que tem por objetivo possibilitar a convivência e resgatar a cidadania do usuário de substâncias psicoativas, através de um universo

múltiplo de atividades, oficinas, vivências do cotidiano e grupos terapêuticos.

Essa oficina de Redução de Danos segue a linha ideológica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) e oferece uma via próspera, porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias voltadas não para a abstinência, mas para a defesa da vida.

A perspectiva de desenvolver um trabalho em defesa da vida nos levou a conduzir uma discussão sobre a crise. Procuramos construir um lugar de participação no grupo, de tal modo que a nossa presença fosse aceita e pudéssemos mergulhar em um universo tão singular e discutir um tema pouco explorado.

Nosso primeiro encontro

Durante nosso primeiro encontro na Oficina de redução de danos, adotamos como metodologia de trabalho a discussão participativa sobre a temática. Sugerimos o tema 'crise' para discussão e ficamos com a sensação de que se criou uma fresta na ordem da oficina, uma instância que pareceu caótica, pois todos nos olhavam e pareciam não ter entendido o que estávamos propondo. Durante alguns minutos, houve silêncio, até que o depoimento de um usuário associou 'crise' à 'crise mundial', 'crise econômica'. Acreditamos ter sido uma tentativa de criar arranjos de significação diante de um tema que não se compreendia ao certo e que, portanto, exigia a circunscrição da palavra na materialidade de uma nova discussão.

Nesse momento, esclarecemos aos usuários que, quando propusemos esse tema, estávamos na verdade nos referindo à nossa crise pessoal, aos momentos mais difíceis pelos quais passamos. Diante dessa observação no grupo, o primeiro passo desencadeado com o tema foi a construção de significados com o encadeamento de significantes. A crise pessoal, segundo os usuários, era referida como os momentos em que 'o bicho pegou'. Para o uso de substâncias psicoativas (SPA) empregaram diversas nomenclaturas, mas nenhuma as colocava enquanto situação de crise. Esses momentos de recaída ou reincidência foram chamados de 'desceu a ladeira', 'já era', etc. Muitas foram as terminologias apresentadas entre sorrisos e piadas, e nessas falas o que estava presente era que o consumo exacerbado ocorria no fim, era como se fosse o desfecho daquela situação de crise,

situação na qual 'o bicho pegou'. Nesse sentido, a crise e a reincidência do uso eram consideradas como situações diferentes, que poderiam ou não ser sequenciais.

Sobre o que provocaria essa crise, um elemento importante a ser considerado é que muitos usuários tenderam a dar como justificativa as condições materiais de existência, como a falta de emprego, a falta de dinheiro ou, ainda, ao rompimento de vínculos afetivos. Sobre esse ponto, Sterian (2001), elucida que uma leitura possível é considerar que aquilo que abre as portas para que determinado evento se torne traumático na vida de alguém não é apenas sua intensidade ou eficácia patogênica, mas esse evento precisa encontrar inserção em uma dada organização psíquica que apresente pontos de ruptura específicos.

Nesse sentido, não é a perda de emprego, por exemplo, enquanto fato objetivo, que produz a crise, mas sim a forma como perder o emprego ressoa em uma determinada subjetividade. Chamamos a atenção para a forma como o que é externo é também interno e ressaltamos com isso que não pretendemos desconsiderar os efeitos que as condições materiais de existência têm na vida dos sujeitos, mas sim problematizar o modo pelo qual a relação com a precariedade ocorre de forma tão variada. Um exemplo disso seria que tanto a falta, como o excesso de dinheiro, foram apontados pelos usuários como elementos que provocariam uma crise. Assim, não se trata do dinheiro em si, mas do modo como cada um se relaciona com ele.

Nosso segundo encontro

Durante o segundo encontro, objetivamos trabalhar o tema 'por que a crise acontece?'. É importante ressaltar que nosso objetivo não foi o de desvendar o motivo pelo qual os sujeitos entram em crise, muito menos cogitamos que esses usuários conseguiriam entrar em contato com seus conteúdos mais recalcados para nos relatar de forma cursiva o motivo pelo qual isso ocorre. Buscamos apenas identificar quais as leituras que eles faziam sobre esse momento.

Essa segunda atividade foi operacionalizada utilizando o recurso da música interpretada pelo grupo Ira, intitulada Flerte Fatal, por entender que a música possui uma dimensão lúdica que favorece a expressão:

São Paulo 5:03 da manhã sinto a ferrugem, telefone continua calado. Chego em casa tomo meu whisky e alimento mais a minha solidão. O gosto amargo insiste em permanecer no meu corpo Corpo...corpo...está nú... Gelado com o peito ardendo, gritando por socorro, preste a cair do 14º andar... A sacada é curta, o grito é inevitável... Eu vou acordar o vizinho, eu vou riscar os corpos, eu vou te telefonar... E dizer que eu só preciso dormir... Tanta gente hoje descansa em paz. Um rock star agora é lenda. Esse flerte é um flerte fatal. Esse flerte é um flerte fatal. Que vai te consumir. Em busca de um prazer individual. Esse flerte é um flerte fatal. É sempre gente muito especial. Muita gente já ultrapassou. A linha entre o prazer e a dependência. E a loucura que faz. O cara dar um tiro na cabeça. Quando chegam além. E os pés não tocam mais no chão. Esse flerte é um flerte fatal. (SCANDURRA, 2004).

Outra tecnologia utilizada foi a apresentação de duas gravuras com personagens fictícios e a seguinte questão: por que eles usam drogas? Com a utilização desses recursos, intencionamos que os usuários pudessem se aprofundar na discussão sobre aqueles momentos em que ‘o bicho pegava’.

Durante boa parte da atividade, alguns usuários fizeram piadas sobre o personagem do clipe, fazendo referências que sugeriam que o mesmo estava ‘doidão’, que tinha uma ‘vida muito louca’. É importante acrescentar que tantas piadas e brincadeiras provavelmente tinham a função de diluir o sofrimento que aquelas lembranças provocavam. Poderia se tratar, também, de um recurso para a negação, que possibilitava não entrar plenamente em contato com aqueles conteúdos.

Enquanto alguns brincavam, outros falavam também de suas vidas, contavam experiências dolorosas de dias seguidos sem se alimentar devido ao uso extremamente intenso de alguma substância. Relatavam situações de violência doméstica que cometeram em decorrência desse uso, alguns apresentando remorso pela família perdida, principalmente pelo amor que também se perdeu.

Nesse momento do grupo, os usuários demonstraram pesar e saudosismo, acompanhados de um questionamento acerca da causa de tudo isso. Alguém questionou qual teria sido o motivo pelo qual começara a usar drogas. A partir desse instante, falaram sobre a solidão, sobre ‘como chegaram até ali’. Outro usuário colocou que tudo está no ‘porquê’ das coisas, mas que ninguém sabe explicá-lo. Surgiu finalmente a interrogação dentro do grupo.

Diante das perguntas postas, emergiram as tentativas de explicá-las, de dar um nome e uma resposta a isso que não se sabe: ‘terá sido o corno que ele levou da mulher e aí deu um desespero na vida?’, ‘Será que é por que mora sozinho?’, ‘É por que é poeta?’, ‘Por que o pai morreu quando ele ainda era criança?’, ‘Por que ele tem dinheiro?’, ‘Por que ele precisa ficar alegre?’, ‘Para ter coragem para enfrentar o pai?’. É importante salientar que os conteúdos levantados relacionavam elementos afetivos a situações críticas.

No momento seguinte, outro usuário fala que é em um momento específico que ‘tudo muda’, algo aconteceu na sua vida e você fez finalmente a ‘curva do rio’. Sobre essa reflexão, observa-se a referência à presença de um nó crítico, um momento decisivo na vida do sujeito, onde ele ou faz a curva, ou consegue se resgatar. Aparentemente, uma vez feita a curva do rio, não há como retornar ao mesmo ponto de partida.

Muito importante foi a leitura de outra usuária, que colocou que ‘o equilíbrio vem depois’, como a bonança após a tempestade. Sobre isso, é importante acrescentar que essa observação reflete bem a noção de crise endossada nesse artigo, onde o desequilíbrio é seguido por um equilíbrio possível.

Nosso terceiro encontro

A atenção à crise nos mostra a necessidade de dialogar com diversos atores presentes na vida do usuário: a vizinhança, a família, a escola. Todas as pessoas que habitam o território e que, de algum modo, fazem parte da rede relacional devem ser incluídas no manejo clínico. O papel da equipe seria o de realizar as mediações necessárias a fim de que os projetos terapêuticos sejam efetivados.

Dessa forma, nesse terceiro encontro buscamos propor algumas reflexões a respeito de quais as estratégias e recursos utilizados pelos usuários diante do enfrentamento das situações de intenso sofrimento e

fragilidade. Para tal, usamos como ponto de partida a seguinte pergunta norteadora: ‘O que fazer quando o bicho pega?’ Essa pergunta teve como objetivo a identificação do problema, das repercussões desse no indivíduo, na sua vida, nas suas relações, bem como as estratégias utilizadas e as lições que a crise pode ofertar.

De modo geral, os participantes pontuaram o papel do CAPS ad em suas vidas enquanto espaço físico e subjetivo de suporte. Relataram o quanto se sentiam acolhidos e protegidos, referendando os profissionais como ‘aqueles que salvaram suas vidas’.

Percebemos que a grande maioria dos participantes colocava a instituição e até os profissionais como seus salvadores, em detrimento de toda a sua rede social e de todas as possibilidades que poderiam surgir a partir da circulação pela cidade e do estabelecimento ou fortalecimento de vínculos sociais.

Durante o manejo das discussões, tentou-se interpor os usuários a respeito de outras possibilidades de suporte, outros caminhos simbólicos e concretos para o exercício do autocuidado, como a família, amigos, religião, etc. Alguns usuários mais novos na instituição e que apresentavam maior adesão ao tratamento conseguiram pontuar a descoberta de outras possibilidades de recursos para o enfrentamento da crise, e a manutenção da abstinência ou alteração do padrão de consumo, quando era o caso.

Dentre as possibilidades sinalizadas por alguns usuários para o cuidado durante as situações de sofrimento intenso, estava a retomada de laços afetivos ou a descoberta de novos hábitos, como ‘escrever poesia’, ‘sair para caminhar quando a cabeça não para de rodar’, ‘dormir’, etc. Mas, de forma geral, a maioria dos usuários não conseguiu apontar, além do CAPS ad, outras vias para o acolhimento dos sinais que a crise apresenta ou para lidar com a recaída, a reincidência ou a abstinência. É necessário salientar que os usuários mais graves, no que se refere à intensidade do uso da substância, que referendaram o CAPS ad como único local de cuidado, são os que apresentam uma maior precariedade de recursos materiais e rede de suporte externa.

O uso de drogas pode estar diretamente relacionado a uma ‘impossibilidade’ do sujeito em responder as interpelações que o viver lhe apresenta, configurando-se, nesse momento, como única forma de expressão

possível. A intensidade de tal experiência subjetiva é mais dramática quando diz respeito a

quem é mais sozinho, com menores recursos, com menores meios cognitivos e de relação com o mundo externo. (DELL’ACQUA; MEZZINA, 1991, p. 60).

Reflexões sobre o percurso

Os conteúdos apresentados por esses usuários nos fizeram chegar a algumas reflexões mais gerais sobre a crise. Para os mesmos, ela é outra coisa diferente da reincidência ou mesmo da recaída. A crise é quando ‘o bicho tá pegando’, a reincidência é quando ‘já era’, ‘já desceu a ladeira’. Sendo que, na ordem das experiências, primeiro ‘o bicho pega’, podendo ser seguida daquilo denominado como ‘já era’.

Isso pode nos levar a crer que o momento mais importante de manejo seria aquele que antecede a reincidência. A perspectiva apresentada pelos usuários aponta para a necessidade de atuar, de intervir no momento em que ‘o bicho tá pegando’, para que suas consequências sejam menos danosas e para que se possa talvez evitar esse ‘já era’ como desfecho.

Outro ponto importante é que, na tentativa de dar sentido, de achar um motivo para esse uso, ocorreu uma tendência a atribuí-lo sempre a um elemento objetivo. Isso se constitui em uma falácia na medida em que aos sujeitos não é possível, a partir da perspectiva psicanalítica, o acesso direto aos seus conteúdos recalçados. Por outro lado, não se pode deixar de considerar a influência importante desses elementos externos. O engodo é concluir que esses são os motivos pelos quais se usam drogas, acreditar que a caixa de Pandora foi finalmente aberta. Há que se considerar que tais elementos externos podem reverberar em uma dada subjetividade, e desse encontro pode surgir a desorganização.

Por fim, consideramos extremamente preocupante quando os usuários colocam o serviço ou os profissionais que nele trabalham na condição de ‘salvadores’. Essa perspectiva endossa o exercício de uma ‘tutela humanizada’, especialmente quando os profissionais não conseguem fazer essa leitura e deixam de investir na rede social desses usuários, passando a ocupar esse lugar

de 'salvação'. Quando isso acontece, o serviço deixa de ser para aquele usuário uma unidade de portas abertas, e passa a ser um serviço que, por 'salvá-lo', o aprisiona, porque sem esse serviço ele estará perdido.

O percurso em nós

Reflexões e afetos diversos foram os resultantes dos encontros com esses sujeitos que vivenciam de forma muito particular e intensa o uso de SPA. Iniciamos essa atividade com muita curiosidade acerca do que a 'crise' significava dentro da clínica voltada para usuários de álcool e outras drogas, uma vez que os trabalhos encontrados não faziam referência a esse conceito, mas sim a conceitos como 'reincidência' e 'recaída', usando essas nomenclaturas quase como sinônimas à crise.

Estávamos, nesses encontros, buscando efetivamente descobrir o que significava a crise para os usuários do serviço, e nos angustiávamos diante da possibilidade desse conceito não ter aplicabilidade dentro dessa clínica.

O contato com os usuários, nessa oficina, nos permitiu compreender, por meio de seus questionamentos, olhares e discursos, que a vivência da crise compreende uma experiência complexa que não se reduz ao uso de uma substância, mas que é, antes de tudo, marcada por dor e sofrimento, que muitas vezes leva esses usuários a situações limite, nas quais a própria vida está em jogo, seja em seus aspectos materiais, subjetivos ou físicos.

Compreendemos que a crise, para cada um deles, tem um significado que é próprio de cada realidade psíquica. Todos tentaram, ao seu modo, dar um sentido a essa experiência, explicá-la ou justificá-la, mas foi a noção de que a crise não era o uso mortífero em si, o que mais nos surpreendeu e o que mais nos sinalizou para a importância de ter sensibilidade e disponibilidade para esse encontro e para o cuidado em saúde mental.

Percebemos, a partir desses encontros, a necessidade de compreender a crise, a dor e o sofrimento humano com todas as suas vicissitudes, assim como a exigência de uma escuta que nos permita, enquanto profissionais, auxiliar esses sujeitos a avançarem nas suas descobertas, utilizando métodos mais criativos, que encontrem na cidade novas possibilidades de existência. Essas reflexões chamam a atenção para a

necessidade de eliminarmos abordagens e atendimentos simplistas, que reduzem os sujeitos ao consumo de uma substância, vulgarizando-os e colocando-os em local pejorativo.

Considerações finais

A concepção de crise, no campo da saúde mental, muitas vezes parece ser exclusiva da clínica voltada aos psicóticos ou neuróticos graves. Entender a crise dessa forma é um equívoco que acaba limitando não só o conceito de saúde mental, como também empobrece as possibilidades de manejo com usuários de drogas.

No caso da clínica com psicóticos, estamos nos referindo a uma noção de crise que é própria da psicose que, dada a sua complexidade, exige manejos sofisticados que possibilitem uma saída para a organização. Entretanto, quando entramos na esfera do uso de substâncias psicoativas, não podemos perder de vista que estamos nos propondo a tratar diversos sujeitos estruturados psiquicamente de maneiras extremamente distintas. Desse modo, dentro da clínica para usuários de álcool e outras drogas, o fenômeno da crise se torna ainda mais complexo, porque suas possibilidades de manifestação se multiplicam.

Em casos onde o uso de drogas se configura como dependência, a crise seria algo da ordem da desorganização, da falta do simbólico, mas que culmina não na produção delirante e alucinatória, mas sim no uso mortífero de substâncias psicoativas. Haveria, também, algo da ordem do insuportável nesse uso. Estamos considerando, portanto, que há algo de subjetivo que se processa antes da reincidência de um uso intenso, isso seria a crise.

Pode-se considerar que, para alguns usuários, entrar na abstinência e não encontrar recursos para lidar com ela acaba por tornar mais possível a reincidência. Nesse sentido, deve ser também dos serviços de saúde o manejo da rede social desses sujeitos, a fim de que eles passem a adquirir algum laço que os sustente, algo que faça gancho e que possibilite arranjos mais saudáveis.

É importante destacar que a crise é própria do ser humano, assim como a dor, a morte, a alegria e outras experiências. Entendê-la dentro de um contexto

específico é um desafio e uma obrigação para nós profissionais. A crise deve ser reinscrita no contexto complexo da qual ela emerge, considerá-la como equivalente à reincidência do uso, ainda que esse uso seja extremamente problemático, é limitar esse conceito e estreitar as possibilidades de manejo terapêutico.

Introduzir essa perspectiva no cenário dessa clínica implica em considerar que o principal momento de intervenção é aquele em que o sujeito está desorganizado, momento esse que antecede a reincidência. É nesse período que nosso manejo profissional é posto em xeque, porque essa desorganização não necessariamente vai culminar no uso prejudicial, ela pode ser um ponto de partida para uma nova organização, aquela possível ao sujeito.

É preciso compreender os circuitos da crise, por onde ela caminha. Essa compreensão possibilita ao profissional de saúde mental manejar, de forma ampliada, o tratamento. Perceber os primeiros sinais que são emitidos quando a crise se aproxima possibilita que ela seja manejada antes mesmo de se fazer presente com toda a sua intensidade. Todavia, quando o uso intenso já está presente, um dos manejos seria o de auxiliar o usuário a encontrar estratégias que possibilitassem a saída dessa forma de consumo.

É importante salientar ainda que, de acordo Alvarez (2007, *apud* SOARES, 2009), as pessoas que

atribuem esse deslize à incapacidade de se controlar, são exatamente os que recaem com maior frequência, quando comparadas aos indivíduos que não colocam o motivo do deslize no controle da bebida, e sim na dificuldade do manejo das situações que não conseguem enfrentar. É preciso, no exercício do cuidado, possibilitar outras produções de sentido e afetos relacionados ao lapso ou a recaída que não estejam pautadas em um modelo culpabilizante, centrados em um posicionamento de impotência do sujeito para com a substância.

Mesmo com todas as transformações que esses encontros com os usuários nos possibilitaram no que se refere às nossas concepções sobre o fenômeno da crise, não pretendemos delimitar esse conceito, nem propor a sua transposição para a clínica voltada aos usuários de drogas, sem as devidas ponderações. Consideramos que a abordagem à crise, embora necessite de maior rigor teórico e epistemológico, já se encontra circulando enquanto experiência no cotidiano dos serviços e reverberando nas condutas terapêuticas adotadas, possibilitando uma compreensão mais global do sujeito em sofrimento. Nossa proposta neste trabalho é a de apontar direções, questionamentos e, principalmente, sinalizar a ausência de debates acerca do conceito de crise, dentro e fora dos serviços de saúde mental para usuários de álcool e outras drogas. ■

Referências

ANDRADE, C.D. *Sentimentos do mundo*. Rio de Janeiro: BestBolso, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de álcool e outras drogas*. Brasília; Ministério da Saúde, 2003.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. In: DELGADO, J. (Org.). *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Resenha, 1991.

FERIGATO, H.; CAMPOS, O.; BALLARIN, L. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*, São Paulo, v. 6, n. 1, 2007, p. 31-44.

KNOBLOCH, F. *O tempo do traumático*. São Paulo: Escuta, 1998. 33 p.

SCANDURRA, E. Flerte fatal. In: *Ira Acústico MTV*. Sony BMG Brasil, 2004 1 Disco Sonoro. Faixa 3 (3min 26s).

SOARES, J.R. *Prevenção da recaída: motivos do alcoolista*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.

STERIAN, A. *Emergências psiquiátricas: uma abordagem psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 100 p.

Recebido para publicação em Novembro/2011

Versão definitiva em Maio/2012

Suporte financeiro: Não houve

Conflito de interesse: Inexistente

Processo de desinstitucionalização da prática e desospitalização em hospital psiquiátrico: estudo de caso

Process of deinstitutionalization of practice and deinstitutionalization in psychiatric hospital: a case study

Alexandre Dido Balbinot¹

¹Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Residência Integrada em Saúde/Escola de Saúde Pública/Hospital Psiquiátrico São Pedro (RIS/ESP/HPSP) – Porto Alegre (RS), Brasil. Especialista em Avaliação e Prescrição de Treinamento Físico Personalizado com Ênfase em Saúde Coletiva e Rendimento Esportivo da Escola Superior de Educação Física (ESEF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. Professor de Educação Física da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – São Leopoldo (RS), Brasil. adbalbinot@gmail.com

RESUMO Os hospitais psiquiátricos, por muitos anos, foram utilizados como local de exclusão dos denominados loucos. Posteriormente, surgiu a reforma psiquiátrica como movimento social com objetivo principal de desinstitucionalização. Esse movimento estende-se até os dias atuais. Este estudo teve como objetivo discutir a prática da desinstitucionalização através da experiência com morador de hospital psiquiátrico. Pode-se evidenciar que a desinstitucionalização desenvolvida com ética e profissionalismo dentro da reabilitação psicossocial e de uma visão de clínica ampliada é complexa, é multifacetária, necessitando de diferentes abordagens e olhares em diferentes meios, com objetivo comum e utópico.

PALAVRAS-CHAVE: Desinstitucionalização; Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Alta do Paciente.

ABSTRACT *Psychiatric hospitals for many years were used as a place of exclusion of so-called crazy. Later came the psychiatric reform, as a social movement with the main objective of deinstitutionalization. This movement extends to the present day. This study aimed to discuss the practice of deinstitutionalization developed through experience with a resident of a psychiatric hospital. It was shown that the deinstitutionalization developed with ethics and professionalism in psychosocial rehabilitation and an expanded vision of clinic is complex. Also, it is multifaceted, requiring different approaches and perspectives in different ways, but with a common goal and utopian.*

KEYWORDS: *Deinstitutionalization; Mental Health; Mental Health Services; Patient Discharge.*

Introdução

A reforma psiquiátrica

Os hospitais surgiram não com o papel de instituição médica, mas de um serviço assistencial dando hospedagem a todos os necessitados, utilizando-se para isso de um suporte religioso. No século XV, os hospitais psiquiátricos passaram a exercer um papel social ao tornar as ruas limpas e as sociedades livres dos sujeitos que não condiziam com os estereótipos elencados como normais pelas culturas locais, e geralmente considerados não confiáveis ou, até mesmo, perigosos (AMARANTE, 1995; WACHS; MALAVOLTA, 2005; LANCETTI; AMARANTE, 2006; AMARANTE, 2007; BARROS; BICHAFF, 2008).

Também, no Brasil, anteriormente a década de 1980, os portadores de doença mental, e denominados alienados, não possuíam liberdade devido à ausência de Razão. Não sendo possuidores de tal Razão, eram segregados ao serem retirados de seu meio e enviados para Hospitais com caráter asilar, onde eram institucionalizados juntamente com delinquentes e desajustados, pobres e necessitados, resultando em um isolamento social e consequente exclusão (WAIDMAN; ELSÉN, 2005; LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Em meados do século XIX, iniciam-se os movimentos contrários ao encarceramento, que buscavam a modificação no modelo de atendimento aos portadores de transtornos mentais, através de comunidade terapêutica, centro de atendimentos comunitários, modelo de cooperativas, e outros. Entretanto, esses esforços permaneceram aprisionados ao manicômio, tendo esse como referência na rede de cuidados. (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Um marco determinante ocorreu com o fechamento do hospital psiquiátrico de Trieste na Itália, onde a partir de 1971 os indivíduos considerados alienados são alocados em espaços com assistência, não apenas medicamentosa, e em ambiente onde o desenvolvimento da subjetividade e a reinserção social fossem possíveis. Iniciou-se, assim, um amplo movimento de desinstitucionalização dos loucos, e que posteriormente iria fomentar o surgimento da posterior reforma psiquiátrica (BARROS; BICHAFF, 2008; LANCETTI; AMARANTE, 2006).

A reforma psiquiátrica surge dentro da história do tratamento em saúde mental, onde os alienados deixam de ser o objeto de tratamento através de um modelo apenas biomédico, passando a ser tratados como sujeitos em sofrimento e que necessitam de um olhar mais amplo em seu cuidado. Esse movimento é caracterizado com o fato dos sujeitos deixarem de ser chamados de pacientes, sendo denominados então de usuários.

Com o decorrer desse movimento que se iniciou no Brasil ao final da década de 1980, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, e através do movimento denominado reforma psiquiátrica, surge a mudança das ideias de atendimento, excluindo a prática dentro do modelo manicomial, e buscando alternativas extra-hospitalares para o cuidado, gerando muitas vezes a desospitalização, mas não a desinstitucionalização (FERREIRA, 1996; LANCETTI; AMARANTE, 2006).

A prática de desinstitucionalização vem sendo transformada através do tempo, modificando o conceito inicial que consistia apenas no fechamento do hospital psiquiátrico, para um conceito mais amplo e complexo do que apenas essa saída do espaço do hospital (FERREIRA, 1996). Corroborando essa ideia, Amarante (1995) assevera que a desinstitucionalização não é apenas um processo administrativo, mas um processo ético. Também Wachs e Malavolta (2005, p.17) referem que “não basta destruir os hospitais psiquiátricos, é preciso também desconstruir os manicômios mentais”.

O processo de desinstitucionalização

No processo de desinstitucionalização do hospital psiquiátrico e reinserção social temos a presença da família e de todo sofrimento proveniente do adoecimento de seu ente. Esse vínculo familiar é uma variável importante a ser considerado quando da construção, implementação e desenvolvimento do projeto terapêutico individual (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007). Consequentemente nos sujeitos com longo período de internação, o fortalecimento do vínculo com a família é essencial para que se possa evitar o fenômeno denominado de porta giratória, ou seja, o retorno do sujeito à internação hospitalar. O trabalho tem que ser desenvolvido pelos profissionais da saúde em parceria com a família, com o grupo social ao entorno, e os demais atores que permeiam o processo de saúde-doença

(SARACENO, 1996; BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007).

A reinserção social usualmente é realizada com o auxílio da reabilitação psicossocial, sendo essa a ferramenta terapêutica para alcançar de maneira plena essa reinserção. Outro fator imprescindível é objetivação da cidadania plena como meta utópica final do desenvolvimento do plano terapêutico. Conforme Saraceno (1996), a utilização de uma meta final utópica é necessária para manter a expectativa elevada, assim como para gerar uma atenção ético/técnica constante no acompanhamento.

O trabalho de reabilitação psicossocial implica em um fazer ético que auxilie o sujeito na busca de sua autonomia para transpor limitações em seus afazeres cotidianos, sendo essas limitações decorrentes de transtorno mental severo e persistente (PITTA, 1996). O que é corroborado por Saraceno (1996) ao colocar a reabilitação psicossocial como uma estratégia de modificação do estado em que se encontra o sujeito, de um cenário de ‘desabilidade’ para um oposto, de ‘habilidade’.

Segundo Pitta (1996, p. 124), “Em seu sentido instrumental a Reabilitação Psicossocial representa um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes de Saúde Mental”. O autor ainda relata que a reabilitação psicossocial não foca a atenção na doença, pois a doença é um objeto da medicina. A reabilitação é o resgate das capacidades para gozo dos plenos direitos e demais vantagens inerentes a toda pessoa (PITTA, 1996).

Esses conceitos e sua utilização estão implícitos dentro dos preceitos constitutivos da Clínica Ampliada, sendo ela um compromisso de responsabilidade no atendimento do sujeito, uma reformulação do trabalho prestado, buscando ampliar o olhar sobre o sujeito a ser atendido. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009, p. 10),

[...] o diagnóstico pressupõe uma certa regularidade, uma repetição. Mas para que se realize uma clínica adequada é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular, inclusive, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo. (BRASIL, 2009, p. 12).

No caso da saúde mental, mais especificamente do morador de hospital psiquiátrico, a Clínica Ampliada vem através da perspectiva da busca de autonomia. Não apenas de autonomia com significado de terminar com alguma dependência, mas sim de promover que a pessoa consiga ampliar sua capacidade de lidar com suas limitações e possa gerar maior independência (CAMPOS; AMARAL, 2007).

A Clínica Ampliada é uma proposta de reorientação dos saberes, responsabilidades e práticas através da modificação da atenção individual e coletiva, buscando trabalhar o sujeito e seus laços sociais. Propõe incorporar nos seus saberes e práticas não somente a questão epidemiológica e biológica, mas também o contexto social e subjetivo do sujeito ou grupo, não enfocando a doença no lugar do sujeito, e por isso sendo considerada a clínica do sujeito (NUNES *et al.*, 2008; CAMPOS, 2001).

Então, esse conceito de Clínica Ampliada tende através da mudança do objeto e do objetivo, a mudança da prática terapêutica. Busca constituir uma articulação entre diferentes enfoques, facetas e disciplinas que contribuem nos processos de trabalho em saúde, ou seja, não se restringe ao trabalho da clínica tradicional, padronizada, mas estende seu o foco através da valorização de outras práticas terapêuticas (CAMPOS; AMARAL, 2007; BRASIL, 2009).

Metodologia

Este trabalho teve o objetivo de apresentar o processo de desinstitucionalização realizado com morador de hospital psiquiátrico com diagnóstico de esquizofrenia crônica e com longo período de internação. Mais que isso, visou apresentar as peculiaridades provenientes desse processo e discutí-las dentro de uma visão crítica, mas principalmente ética.

Dessa maneira, trata-se de um estudo de caso do tipo relato de experiência, com delineamento longitudinal. Também cabe frisar que não houve financiamento da produção do presente estudo, assim como conflito de interesses.

Aspectos éticos

Este estudo está em conformidade com os princípios contidos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de

Saúde e foi aprovado por comitê de ética. Os dados foram coletados após o sujeito, seu responsável e a equipe que lhe atende terem sido informados sobre os procedimentos e objetivos do estudo, e terem consentido através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, ficando uma cópia deste documento para os mesmos.

Breve histórico prévio à institucionalização

O sujeito referido neste trabalho, e que denominaremos de G.A.K., é proveniente da área urbana de um município com grande quantidade de imigrantes italianos e alemães, com distância aproximada de 150 km da capital do estado do Rio Grande do Sul. Na época em que o sujeito ainda residia nessa cidade, a mesma possuía sua economia baseada principalmente em dois setores, na agricultura e na indústria. A indústria apresentava-se em amplo crescimento, com destaque para as metalúrgicas. Também possuía uma rede de ensino bem estruturada, contando com escolas de ensino fundamental, médio, superior, e educação especial.

É o segundo filho de uma família cuja prole era composta por um total de oito, sendo divididos em seis indivíduos do sexo masculino e dois femininos. O pai encontrava-se falecido quando da institucionalização, enquanto a mãe exercia o papel de dona de casa. Todos os integrantes deste núcleo familiar residiam no mesmo lar, dividindo espaço no terreno com familiares maternos.

Familiares relatam que previamente ao momento da institucionalização do sujeito, era inexistente o conhecimento de diagnósticos de doenças psiquiátricas nos demais membros da família. Entretanto, após a internação, em 2009, também conforme relato de parentes, já havia diagnósticos de patologias como depressão e bipolaridade em irmãos, sobrinhos, e outros familiares.

O sujeito da pesquisa teve desenvolvimento 'normal' até um incidente onde foi agredido fisicamente. Este episódio desencadeou uma série de 'problemas' e de uma sequência de atendimentos e internações no serviço de saúde mental da região. Ainda assim, seguiu estudando, porém em escola pública de ensino especial. Nesta mesma instituição teve oportunidade de realizar prática laboral através de trabalho manual para uma empresa da própria cidade. Possuía dificuldade de aprendizagem, mas conseguia evolução na aprendizagem, assim como frequentar a escola e se relacionar com os demais harmoniosamente.

Sua internação decorre de uma situação específica, onde em determinado momento houve um incêndio de grande proporção na residência de sua família, e que no momento foi encarado pela família e comunidade como resultado de um surto psicótico. Este episódio obteve grande repercussão na mídia da época, e culminou no decreto do juiz da comarca a que pertencia em favor de sua institucionalização em hospital psiquiátrico. Seu ingresso acabou ocorrendo no ano de 1983, onde se apresentava com 17 anos de idade.

Como já apontado, esse episódio fora descrito como um possível surto psicótico. Entretanto, esta hipótese pode ser amplamente questionada ao levar em consideração o discurso posterior do sujeito. G.A.K. já se apresentava nessa época como tabagista, e em relatos a profissionais do hospital à partir de 2009, descreve que houve sim um acidente, porém não decorrente de surto, mas sim de um descuido (não intencional), e que sua agitação durante o incêndio não decorria de delírios, mas de ansiedade e medo pela situação ali instalada.

Todavia, na época do incidente os familiares não conseguiram enxergar dessa maneira, e devido ao desconhecimento e preconceito acerca da doença tinham medo de seu ente. Dessa forma, restou recorrer aos serviços de saúde existentes e respectivamente ao manicômio.

O atendimento no Hospital Psiquiátrico

Com o advento da reforma psiquiátrica, das novas diretrizes políticas, e consequentemente das novas práticas em saúde mental desenvolvidas no país, ao final da década de 1990, foi desenvolvido na instituição um trabalho longo e progressivo de desospitalização. Este processo culminou no encaminhamento para um residencial terapêutico que recebeu também outros moradores provenientes do hospital psiquiátrico. Na ocasião, a permanência nesse local durou aproximadamente três anos, mas não teve sustentabilidade devido a inúmeros fatores individuais (que não serão abordados no presente trabalho, mas que foram relevantes para a reconstrução do plano terapêutico), gerando seu retorno ao serviço de moradia interna do hospital.

Com o retorno para dentro dos muros do hospital psiquiátrico, manteve-se o suporte e o enfoque na reabilitação psicossocial, sendo atendido por profissionais de diferentes áreas do conhecimento. Buscava-se, dessa

maneira, trazer alívio ao seu sofrimento psíquico, mas concomitantemente auxiliar a busca de sua autonomia e reingresso de forma harmoniosa na sociedade através de uma futura nova tentativa de inserção no serviço de moradia.

Entre outras atividades, foi reiniciada dentro do hospital a prática laboral, realizando atividade na horta do hospital, onde diariamente pelo turno da manhã auxiliava os profissionais no plantio, no cuidado e na colheita de produtos orgânicos, para uma possível comercialização e/ou consumo próprio. Essa atividade propiciava dinheiro (que ficava sob sua guarda), para ser trabalhado, junto aos profissionais responsáveis pelo seu atendimento, os aspectos relacionados à compra de produtos de seu interesse, e o manuseio do dinheiro.

O projeto terapêutico e o processo de desinstitucionalização

No ano de 2008, apresentou-se com o diagnóstico de esquizofrenia crônica, tendo sintomatologia residual não produtiva. Estava, na época, com 43 anos, sendo que 26 deles decorridos dentro do âmbito hospitalar. Nesse momento, o projeto terapêutico foi reavaliado pelo grupo de profissionais presentes na unidade naquele momento. Nesse período, ampliou-se as possibilidades de atendimento, e com o desenvolvimento de um trabalho mais direcionado e efetivo, foi possível evidenciar uma expansão do repertório de habilidades que consequentemente auxiliou a maximizar o nível de autonomia do sujeito.

Muitas atividades foram realizadas em área interna do hospital, mas outras tantas, e com efetivo proveito, foram realizadas na parte externa ao hospital. Conseguiu-se utilizar dos anseios do sujeito para, a partir desses, juntar com o saber profissional de cada área do conhecimento, para com as experiências individuais ali apresentadas alcançar mais degraus e ficar ainda mais próximo do objetivo que é amplo e sempre utópico.

Tendo em vista as possibilidades de evolução do caso e apostando na criação e reconstrução de subjetividade do sujeito partindo da posição ética ao considerar as ideias do sujeito e colocá-lo como coautor de seu projeto, levou-se em consideração a história de vida, as vontades, os apontamentos, e demais demandas que emergiram através do sujeito e deste frente aos atores

envolvidos diretamente e indiretamente no decorrer da elaboração e execução do projeto.

Foi desenvolvido como objetivo então a desospitalização juntamente com a desinstitucionalização do hospital psiquiátrico, através de um processo lento e gradual com desfecho final de seu retorno para sua cidade natal, onde reside a quase totalidade de seus parentes, e local de desejo em voltar a residir. Para isso, era sabido devido a experiências prévias da equipe, e dos demais atores envolvidos neste projeto a imensa diversidade de elementos presentes e relacionados diretamente com o contexto do trabalho a ser desenvolvido.

Trabalhou-se, então, sob a ótica da clínica ampliada em diferentes âmbitos, ou seja, não somente focando o indivíduo, mas ampliando esse olhar para seu meio (local de moradia no momento), sua família, o serviço de atenção mental da cidade (tanto equipe técnica como sujeitos atendidos), a equipe do hospital, o meio social em que seria inserido, assim como assuntos legais (ex.: curador(a); programa 'de volta para casa',...). Estes elementos foram citados separadamente aqui, mas na prática são muito próximos e de difícil delimitação e/ou divisão, pois um interfere no outro.

O trabalho diretamente com o indivíduo, através da prática da reabilitação psicossocial por equipe multidisciplinar, havia sido iniciado anteriormente, e seguiu através de ideais utópicos de resultados, fomentando assim um trabalho com ganhos (resultados) contínuos e com menor chance de estagnação dessa evolução. Talvez esse seja o trabalho mais árduo, não por uma dificuldade de conseguir resultados positivos, pelo contrário, o crescimento é maior que o esperado pelos profissionais, mas por ser utópico, e estar sempre almejando mais do que se tem no momento e do que se pode alcançar em curto prazo, tem a característica de não cessar.

Em relação à família, podemos ver que não apenas essa específica, mas tantas outras possuem relações complexas de serem analisadas com seus entes portadores de sofrimento psíquico, e são pontos chaves na construção do planejamento do plano terapêutico. No presente caso, o desligamento do vínculo familiar quando da internação e toda a situação ocorrida (incêndio da residência familiar) ainda aparecem presentes no imaginário de toda a família.

A proximidade ou afastamento do seio familiar também gera ansiedade no sujeito e necessita ser trabalhada continuamente ao longo de todo o acompanhamento, e não de modo transversal ou em algumas situações. Entretanto, o inverso também é verdadeiro, a proximidade do ente com o sujeito que outrora fora intitulado e rotulado como 'louco' e que necessitava de enclausuramento traz sentimentos e lembranças diversas em seus familiares, lembranças e rótulos que precisam ser desconstruídos, construídos e reconstruídos novamente.

A desconstrução de algum rótulo e/ou preconceito ocorre em momentos não específicos ou programados, pois não há um roteiro exato de como os fenômenos irão ocorrer. No presente caso, um episódio foi relevante na mudança dos conceitos da família frente ao sujeito. Isso ocorreu quando o sujeito, em determinado momento com a família, dentro das atividades incluídas no plano terapêutico, traz espontaneamente à mãe, pela primeira vez, sua visão sobre o incidente. Nesse momento, muitos medos e preconceitos são desfeitos. É gerada assim uma nova visão do indivíduo pela sua família, e construída uma nova relação, mais próxima e afetiva.

Fica evidente que essa instituição (família) necessita de suporte através de escuta, acolhimento e troca de conhecimentos para poder lidar com as situações que surgem. O retorno traz uma sobrecarga emocional e isso não pode ser negado ou mascarado, com o risco de um fracasso caso sejam velados pensamentos e sentimentos. A desresponsabilização ou impedimento da família de cuidar de seu ente com sofrimento psíquico é uma construção social que o movimento da Reforma Psiquiátrica permanece tentando transformar. Muitas famílias com integrante portador de sofrimento mental não se julgavam capazes de cuidar desses, e tinham seus parentes institucionalizados, como no presente caso.

Na transferência para outro atendimento temos mais um nó do tratamento, pois sabemos que o Sistema Único de Saúde (SUS) muitas vezes não possui a capacidade de atender a toda a demanda decorrente do indivíduo, tendo em vista que é necessária a existência de residencial terapêutico, assim como vaga nesse. Além de equipe para um acompanhamento que não seja apenas medicamentoso, mais que desenvolva um trabalho dentro da ideia da Clínica Ampliada.

Essa transferência é realizada lentamente, através de atividades pontuais com o sujeito, tanto dentro do âmbito hospitalar, quanto juntamente aos novos dispositivos de saúde para onde será referenciado. Atividades simples, como visitas e passeios, mas promotoras de imenso impacto no fomento do vínculo com esse novo lugar. Pode-se ainda citar, como exemplo, a relação do sujeito com o espaço físico onde irá residir, que foi trabalhado de diferentes maneiras, entre elas através da implicação desse na construção do seu espaço, ocorrido nas escolhas, decisões, compras, organizações, etc.

O acompanhamento da família por parte da equipe do dispositivo de saúde mental da cidade também foi algo bem discutido e elaborado, porque o vínculo da família com a equipe dos dispositivos de saúde está diretamente vinculado ao processo de desinstitucionalização. E, como já citado, a intersectorialidade é um obstáculo, pois a relação entre os serviços de saúde não deve ser conduzida apenas através de documentação de referência ou contrarreferência, mas para um resultado satisfatório passa por muita troca pessoal.

Não somente na relação com os serviços extra-hospitalares, mas, também, de diferentes formas dentro do próprio serviço ocorrem obstáculos. Um fator relevante é o da existência de correntes de pensamentos divergentes que podem gerar discussões produtivas, mas também efeitos contrários, dependendo de como se dá essa situação. Interessante pensar que os profissionais da equipe possuem um mesmo objetivo, ou seja, a melhor qualidade de vida e bem-estar, tendo em vista os anseios do indivíduo. Todavia, o que é pensado como melhor por um profissional muitas vezes não é o considerado melhor pelo outro.

Então, ter a capacidade de desenvolver o trabalho com a influência de posições de diferentes atores, e não retroceder ou cessar esse processo é imprescindível e demanda habilidades que surgem e se aprimoram na prática do diálogo como o diferente, e em alguns momentos com o contrário.

Ainda é importante analisar que muitos vínculos são formados através do atendimento em saúde mental entre os sujeitos envolvidos (paciente, trabalhador, familiares e outros). Sentimentos são gerados ao longo dos tratamentos. Ainda mais quando o sujeito está sobre a tutela da equipe, sem o acompanhamento direto

da família. Cria-se em alguns trabalhadores o sentimento de responsabilização não só profissional, mas algo próximo ao maternal. E, quando há a necessidade do rompimento, no presente caso devido ao processo de desinstitucionalização, há o aparecimento de novos sentimentos, sentimentos de ansiedade e medo nos profissionais. Medo de que o outro profissional que irá tornar-se responsável pelo atendimento não consiga realizar o zelo da mesma forma, ou melhor. Ansiedade de saber que mudanças e acontecimentos estarão a surgir na vida desse sujeito e o profissional que sempre esteve ao seu lado não estará ali para ver, escutar, auxiliar e zelar.

Considerações Finais

O processo de desinstitucionalização, evidenciado no presente trabalho não se apresenta apenas como uma desospitalização, pois não se restringiu à simples atividade de retirar o indivíduo do âmbito hospitalar. Exercendo, dessa maneira, uma função modificadora das práticas, das relações e das concepções institucionalizantes no atendimento em saúde mental, iniciando dentro de uma instituição totalitária (hospital psiquiátrico) e que culminou com o encaminhamento para serviços substitutivos a este.

Para chegar a esse final, foi necessário utilizar ferramentas e instrumentos preconizados pela literatura e, mais que isto, foi necessário forte empenho e corresponsabilização pelos profissionais envolvidos. Trabalhou-se com demanda intensa emergente de diferentes sujeitos e situações, demonstrando que o caminho é repleto de obstáculos a serem perpassados; entretanto, ao longo de todo o trajeto construído na prática, os resultados

são gratificantes e enriquecedores, tanto para os profissionais, quanto para o sujeito.

O presente manuscrito não contém a descrição de um protocolo, mas sim de um projeto singular para esse indivíduo, não possuindo procedimentos padronizados para sua efetiva concretização, pois a desinstitucionalização é algo próprio de cada indivíduo e contexto, e para tanto exige um projeto singular. Também não possui outra maneira de ser desenvolvido efetivamente, senão dentro de uma visão de Clínica Ampliada, buscando o aporte de conhecimentos provenientes de diferentes áreas do conhecimento, da transdisciplinaridade e da intersectorialidade.

Todo esse contexto e essa complexidade inerentes ao trabalho desenvolvido na desinstitucionalização auxiliaram também os profissionais das mais diferentes áreas do conhecimento a ampliar seus olhares frente à doença mental, reforçando a necessidade do empenho pela continuidade das práticas de cuidado em consonância com o legado da reforma psiquiátrica brasileira. Almejando assim, a não estagnação e acomodação dos trabalhadores frente práticas de cuidado, mas da reconstrução contínua da prática junto às experiências do dia a dia, das políticas públicas atuais, e dos conhecimentos científicos produzidos.

Por fim, cabe ressaltar que o processo de desinstitucionalização quando desenvolvido com ética e profissionalismo dentro do processo da reabilitação psicossocial e de uma visão de clínica ampliada é complexo, é multifacetário, necessitando de diferentes abordagens e olhares em diferentes meios, mas com um objetivo comum e utópico. Assim, é possível alcançar resultados não apenas satisfatórios para o indivíduo que necessita da atenção do serviço de saúde, mas que muitas vezes fazem a diferença na vida da pessoa, de suas famílias, e da sociedade. ■

Referências

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

_____. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, jul./set. 1995, p. 491-494.

BARROS, S.; BICHAFF, R. (Org.) *Desafios para a desinstitucionalização:*

censo psicossocial dos moradores de hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. São Paulo: FUNDAÇÃO/Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, 2008. 170 p.

BARROSO, S.M.M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, nov./dez. 2007, p. 270-277.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada*/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, ago. 2007, p. 849-859.

CAMPOS, R.O. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, mai/ago. 2001, p. 98-111.

FERREIRA, G. De volta para casa, prática de reabilitação com pacientes crônicos em saúde mental. In: PITTA, A. (Org). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Editora de humanismo, ciência e tecnologia, 1996.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 615-634.

NUNES, M. et al. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de assistência psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, jan. 2008, p. 188-196.

PITTA, A. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Editora de humanismo, ciência e tecnologia, 1996.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Editora de humanismo, ciência e tecnologia, 1996.

WACHS, F.; MALAVOLTA, M.A. Pode ser a oficina de corporeidade uma alternativa terapêutica na saúde mental? *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, v. 19, n. 2, jul./dez. 2005, p. 13-20.

WAIMAN, M.A.P.; ELSEN, I. Os caminhos para cuidar da família no paradigma da desinstitucionalização: da utopia à realidade. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 5, supl., out./dez. 2006, p. 107-112.

Recebido para publicação em Outubro/2011

Versão definitiva em Julho/2012

Suporte financeiro: Não houve

Conflito de interesses: Inexistente

Educação permanente em saúde para técnicos de saúde bucal e auxiliares de saúde bucal: relato de experiência

Permanent health education for oral health technicians and oral health auxiliaries: report of experience

Mitsue Fujimaki Hayacibara¹, Raquel Sano Suga Terada², Valdeane Simone Cenci Nih³, Aline Claudia Ribeiro Medeiros⁴, Cristiane Muller Calazans⁵

¹Doutora em Odontologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Piracicaba (SP), Brasil. Professora Adjunta do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM) – Maringá (PR), Brasil. mfhayacibara@uem.br

²Doutora em Odontologia (Dentística) pela Universidade de São Paulo (USP) – Bauru (SP), Brasil. Professora Associada do Departamento de Odontologia da UEM – Maringá (PR), Brasil. raquelterada@gmail.com

³Mestranda em Odontologia Integrada pela UEM – Maringá (PR), Brasil. ane_nihi@hotmail.com

⁴Mestranda em Odontologia Integrada pela UEM – Maringá (PR), Brasil. alineclaudia28@gmail.com

⁵Especialista em Formação em Terapia de Família e de Casal pela Faculdade Teológica Sul Americana (FTSA) – Londrina (PR), Brasil. Assistente Social do Departamento de Odontologia da UEM. Professora do Centro Universitário de Maringá (CESUMAR) – Maringá (PR), Brasil. cmcalazans@gmail.com

RESUMO O trabalho relata a experiência da I Oficina sobre Educação Permanente em Saúde (EPS) para Técnicos em Saúde Bucal (TSBs) e Auxiliares em Saúde Bucal (ASBs) de Maringá (PR), organizado pela Universidade Estadual de Maringá e pela Prefeitura Municipal. Utilizando uma situação problema, foram realizadas discussões a partir de um caso fictício. Do total de 76 participantes, 37% conheciam a EPS, 29% a realizavam e 94% gostariam de saber mais sobre o assunto. Verificou-se que as informações relacionadas à EPS são restritas, que há grande interesse dos TSBs e ASBs sobre o tema e é de fundamental importância a inclusão destes profissionais nas discussões do processo de trabalho para a qualificação da atenção.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em saúde; Auxiliares de odontologia; Higienistas Dentários.

ABSTRACT *The paper reports the experience of the First Workshop on Continuing Education in Health (EPS) for Oral Health Technicians (TOH) and Oral Health Auxiliaries (AOH) of Maringá (Paraná, Brazil), organized by Universidade Estadual de Maringá and City Hall. Using a problem situation, discussions took place from a fictitious case. From a total of 76 participants, 37% knew EPS, 29% performed it and 94% would like to know more. It was found that knowledge about EPS is restricted, there is great interest of TOH and AOH on the subject and is of fundamental importance to include these professionals in discussions of the work process for the qualification of attention.*

KEYWORDS: Health education; Dental auxiliaries; Dental Hygienists.

Introdução

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia elaborada para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) a qual visa trabalhar, transformar e qualificar as práticas do setor dentro do quadrilátero formado por gestão, academia, serviço e comunidade, possibilitando, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal e o das instituições. Além disso, reforça a relação das ações de formação com a gestão do sistema e dos serviços, com o trabalho da atenção à saúde e com o controle social (BRASIL, 2005), participa na modificação e melhoria do perfil dos profissionais de saúde e conduz as pessoas envolvidas a pensar, discutir, a envolver-se, com o intuito de repensar e melhorar o processo de trabalho que vivenciam. Ela leva o profissional a reflexões a partir das práticas do trabalho e é destinada ao público multiprofissional. Apesar de ser uma política já implantada, muitos profissionais a desconhecem ou utilizam incorretamente sua nomenclatura (ALMEIDA, 1997; CECCIM, 2005).

A EPS fornece oportunidade para o desenvolvimento de diálogos e cooperação entre os profissionais, os serviços e gestores e auxilia as equipes de saúde, fornecendo ferramentas para a realização do seu trabalho, bem como levantamentos de necessidades, e apontando soluções nos processos utilizados (BRASIL, 2005).

Com base nos conceitos acima, é válido ressaltar o papel importante da equipe auxiliar odontológica para a implementação desta política. O técnico em saúde bucal (TSB) e o auxiliar em saúde bucal (ASB) fazem parte dessas categorias e compõem a equipe de saúde bucal juntamente com o cirurgião-dentista. Eles prestam serviços à população, desenvolvendo atividades e tarefas de menor complexidade odontológica sob supervisão direta ou indireta do cirurgião. Algumas dessas tarefas exigem habilidade e domínio de técnicas que demandam capacidade de observação, juízo e decisão, envolvendo questões de responsabilidade com o ser humano e com a população e, sobretudo, ética profissional (PEZZATO, 1999).

A categoria de profissionais auxiliares, TSBs e ASBs, que integram a equipe responsável pela atenção em saúde bucal, tanto na rede pública quanto na privada, é efetivamente pouco reconhecida e valorizada. Na

busca por este assunto na literatura, constata-se que o mesmo ainda pouco é estudado.

Portanto, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência da I Oficina sobre Educação Permanente em Saúde para TSBs e ASBs realizada no município de Maringá (PR).

Metodologia

A I Oficina sobre Educação Permanente em Saúde para TSBs e ASBs do município de Maringá foi realizada no dia 23 de outubro de 2007, organizada pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, como uma das ações do Projeto Pró-Saúde, do Curso de Odontologia da UEM. Esta atividade foi desenvolvida durante a Semana de Saúde Bucal, evento realizado anualmente, com organização da Secretaria de Saúde desde 1997, em atendimento à Lei Municipal nº 4.438/1997 que instituiu o evento na última semana de outubro, abrangendo o Dia do Dentista (25 de outubro). O encontro envolve a realização de palestras, conferências e campanhas educativas com os objetivos de promover a saúde bucal e prevenir a incidência de moléstias frequentes entre a população, entre outros. A meta geral da oficina foi sensibilizar a classe odontológica em geral, gestores, TSBs e ASBs sobre a importância da EPS e da utilização desta ferramenta para a resolução de problemas do dia-a-dia, assim como para a interação e integração da equipe de trabalho.

Participaram do evento 75 TSBs e ASBs e 1 cirurgião-dentista. Como facilitadores das discussões estiveram docentes, discentes, uma assistente social, uma TSB e uma cirurgiã-dentista do município de Maringá. Todos os TSBs e ASBs do município foram convidados para o evento por meio de folders, divulgação na mídia e comunicação interna.

A oficina foi iniciada com uma breve apresentação dos objetivos do evento e das atividades a serem realizadas. Logo após, os participantes foram divididos em grupos de oito a dez pessoas. Cada um trabalhou, a partir de um caso fictício intitulado 'Jardim das Flores', extraído da página 23 do manual do Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em

Saúde (BRASIL, 2005), a necessidade da resolução de problemas de uma Unidade Básica de Saúde. Os integrantes dos grupos foram estimulados a pensar, relatar, escutar seus colegas, discutir e apresentar propostas para a solução dos problemas apresentados, buscando valorizar a troca de experiências e a vivência de cada participante. As atividades foram realizadas utilizando uma situação problema baseada na metodologia da problematização, já que se trata de uma metodologia de ensino, estudo e trabalho que pode ser utilizada em situações nas quais os temas estejam relacionados à vida em sociedade (BERBEL, 1998). Nesta metodologia são seguidas etapas como: observação da realidade social, concreta, a partir de um tema ou unidade de estudo, com o intuito de identificar dificuldades, carências e discrepâncias de várias ordens que serão transformadas em problemas; refletir sobre as possíveis causas da existência do problema em estudo, etapa dos pontos-chave que leva os participantes a perceber que os problemas de ordem social são complexos, buscando medidas para solucioná-los da melhor maneira possível; organizar as informações para a solução do problema, a teorização, no caso da oficina, e a organização das ideias estabelecidas pelo grupo; criar hipóteses de solução para o problema, como o que é necessário para solucioná-lo e o que realmente precisa ser realizado; e aplicar à realidade, na qual as decisões tomadas deverão ser executadas ou encaminhadas — neste momento, o componente social e político está mais presente.

Após a discussão e apresentação das respostas do caso trabalhado, foi realizada uma palestra com o tema 'Conceito e objetivos da educação permanente em saúde'. Em seguida, em grande grupo, foram levantadas as estratégias para a melhoria dos serviços de saúde bucal do município de Maringá.

Ao final da oficina foi realizada uma rápida avaliação sobre o seu aproveitamento e o conhecimento e interesse pela EPS dos participantes.

Resultados

Inicialmente, os participantes relataram que são poucos os momentos de encontro e discussão do processo de trabalho dos TSBs e ASBs, e que percebem necessidade

de mais reuniões com a equipe de trabalho. Os que gostaram do caso escolhido, opinaram e apontaram várias soluções. Percebeu-se que eles estavam bem à vontade para contribuir e conversar. Após cada grupo responder separadamente as questões referentes ao caso, todos foram convidados para sugerir propostas para a melhoria do serviço.

As estratégias apontadas foram:

- promover a capacitação e o entrosamento entre todos os profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS), incluindo o cirurgião-dentista;
- conscientizar os diretores das UBSs sobre a importância da realização de capacitação dos profissionais, a fim de que possam incentivar a participação;
- utilizar as metodologias ativas nas capacitações, tais como as oficinas e discussões de casos mais relevantes ou complexos com a equipe multiprofissional;
- humanizar o tratamento aos pacientes e o processo de trabalho dos profissionais;
- ampliar o diálogo entre serviço e instituição de ensino superior.

Como resultados da avaliação das atividades, verificou-se que 37% dos participantes conheciam a EPS. Em relação à sua realização na UBS de cada participante, 29% responderam que realizavam, 67% não realizavam e 4% não responderam. Quanto à importância do assunto discutido na oficina, 100% acreditavam ser importante. Quando foram questionados se gostariam de conhecer mais sobre EPS, 94% disseram que sim, 2% que não e 4% não responderam.

Os integrantes da oficina portaram-se de forma ativa e participativa, haja vista as respostas das questões, os relatos nas discussões e a necessidade de expor opiniões. De modo geral, o objetivo da atividade quanto à sensibilização da importância da educação permanente como ferramenta de discussão e melhorias nos processos de trabalho foi alcançado.

Discussão

A EPS, instituída desde 2004, pode ser compreendida como um processo de aprendizagem que se dá no espaço profissional. Ela incorpora ao cotidiano das

organizações e ao trabalho o aprender e o ensinar. É proposto que a capacitação dos trabalhadores da saúde tome como referência as necessidades das pessoas, das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenha como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e seja estruturada a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004).

As soluções para os problemas locais na definição da EPS são resultados das reflexões e ações coletivas que visam beneficiar tanto os profissionais quanto a população por eles atendidos e pressupõem a transformação das práticas em saúde, além de potencializar o desenvolvimento humano, a capacidade técnica e a busca de transformações pessoais por meio das relações com outros sujeitos (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

Neste contexto, é necessário conhecer os motivos pelos quais ainda existe um conhecimento restrito sobre EPS entre os participantes da oficina, e também a dificuldade de adesão aos movimentos de mudança e adoção de novas práticas de trabalho. Percebe-se a necessidade de levar estes profissionais ao seu conhecimento, visando a melhoria do processo de trabalho, visto que a EPS lida com ferramentas e conceitos atuais, como a problematização e aprendizagem significativa. A primeira consiste em refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos e ideias, de forma a compreender os processos e propor soluções, favorecendo o desenvolvimento de escutas, práticas cuidadoras, nas quais o sujeito é o centro e visto de forma integral. Já a aprendizagem significativa visa promover e produzir sentidos e propõe que a transformação das práticas dos profissionais tenha como alicerce a reflexão crítica sobre o trabalho exercido (BRASIL, 2005; CECCIM, 2005a).

A EPS, de uma maneira simples e de fácil acesso, leva o profissional a um constante aprendizado aplicável na sua prática diária. Com a I Oficina sobre Educação Permanente em Saúde para a equipe de saúde bucal em Maringá, foi possível sensibilizar atores importantes envolvidos no processo de trabalho da saúde bucal, particularmente os TSBs e ASBs. Além disso, ressaltou-se o papel destes profissionais como produtores de saúde, visto que são considerados por muitos os grandes detentores da produção do cuidado e, muitas vezes,

limitados à resolução de problemas e doença (BRASIL, 2005). Outro ponto positivo que surgiu desta oficina foi a demanda dos profissionais em relação à necessidade e importância das capacitações para os profissionais das UBSs de Maringá.

Outra característica da EPS é que só pode ser desenvolvida em espaços coletivos e equipes de maneira articulada entre as pessoas envolvidas. Desta forma, os diferentes atores podem colocar sobre a mesa suas explicações relacionadas a determinado problema, e o confronto de opiniões possibilita que as suas percepções se transformem, sendo possível estabelecer negociações e construir novos pactos e acordos orientados a objetivos comuns (DESTRO, 1995). Neste aspecto, aos TSBs e ASBs participantes deste estudo levantaram a necessidade dos cirurgiões-dentistas estarem presentes nas discussões dos problemas cotidianos, o que, a partir dos relatos, não foi um fato comumente observado. Além disso, a equipe multiprofissional deveria ser envolvida nesta dinâmica, entretanto, os relatos feitos pelos participantes denunciam o isolamento do cirurgião dos demais membros da equipe. Pode-se também incluir a dificuldade de se trabalhar a gestão participativa, na qual os gestores não têm possibilitado nem apoiado momentos de resolução de problemas e construção coletiva.

Com relação à importância da EPS, todos os entrevistados responderam que é um assunto de grande valia, e a maioria (61%) relatou que, após ter entrado em contato e conhecido esta política, teve uma visão diferente do serviço no local em que trabalha. Para a EPS, não existe a educação de uma pessoa que sabe para uma que não sabe; o que existe, como em qualquer educação crítica e transformadora, são a troca e o intercâmbio, mas deve haver também o 'estranhamento' de saberes e a 'desacomodação' com os saberes e as práticas que estejam vigentes em cada lugar (CECCIM, 2005). Isto não quer dizer que aquilo que já se sabe ou já é feito está errado, mas que para haver ensino-aprendizagem deve-se entrar em um estado ativo de 'perguntação', constituindo uma espécie de tensão entre o que já se sabe e o que há por saber. No decorrer do evento, observou-se que todos os TSBs e ASBs presentes puderam participar, executando e contribuindo ativamente nos discursos. Isso foi conseguido pois se desenvolveu a atividade na forma de oficina, em que cada participante teve seu

momento de explanar opiniões e fatos do seu trabalho que julgava importante e ter um produto final construído coletivamente.

Durante o desenvolvimento, foi possível também observar que quando dada a devida importância aos relatos de experiência de cada grupo, notou-se que os TSBs e ASBs sentiam-se valorizados em suas opiniões sobre os assuntos abordados e participavam de forma ativa. Isso leva a acreditar que quando é fornecida a oportunidade de expressar a experiência vivida de forma participativa, o indivíduo sente-se importante e capaz de buscar transformações nas práticas do trabalho. Os TSBs e ASBs muitas vezes não são ouvidos na construção do processo de trabalho, implicando no não alcance do potencial destes profissionais em desenvolver de forma comprometida suas atividades, as quais poderiam ser potencializadas para um cuidado integral, humanizado e resolutivo, com aumento da eficácia e da eficiência da atenção odontológica, contribuindo para o aumento da produtividade, das práticas preventivas e diminuição de tratamentos curativos (ORENHA; ELEUTÉRIO; SALIBA, 1998; KOVALESKI; BOING; FREITAS, 2005).

O exercício dos TSBs no Brasil é supervisionado pelo cirurgião-dentista e sustenta-se no Código de Ética Odontológico. Estes profissionais desenvolvem seu trabalho compondo a equipe de saúde bucal, realizam atividades necessárias à prestação de cuidados no âmbito da promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, atuando em serviços públicos e privados. Apesar do Parecer nº 460 do Conselho Federal de Educação, que criou e disciplinou os cursos de Técnico em Saúde Bucal e Auxiliar em Saúde Bucal, ter sido publicado em 1975, esta profissão foi regulamentada somente após 33 anos pela Lei nº 11.889, sancionada em 24 de dezembro de 2008 (BRASIL, 2008). A regulamentação representa, no que diz respeito ao processo de trabalho em saúde, conquista relevante destes trabalhadores e, também, contribuição significativa para avançar na ampliação do acesso aos serviços odontológicos (FRAZÃO; NARVAI, 2011).

Um ponto importante a ser considerado, em relação não só a esses profissionais, mas também a todas as pessoas envolvidas de alguma maneira com o trabalho em saúde, é que a criação do SUS tem provocado

muitas mudanças nas práticas do setor. E para que essas alterações sejam realizadas, se fazem necessárias profundas transformações na formação e desenvolvimento dos profissionais da área, o que será possível apenas se forem mudados a forma de educar, cuidar, tratar e acompanhar a saúde dos brasileiros e também os modos de ensinar e aprender (OLIVEIRA, 2007). Desta maneira, a EPS deve ser compreendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Precisa ser realizada a partir dos problemas enfrentados na realidade e levar em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas trazem em suas vidas. Muito tem sido feito para melhorar a formação dos profissionais de saúde e fortalecer o SUS. Embora a maior parte dessas ações seja realizada de forma isolada e desarticulada, ainda assim provocam alterações na formação e no cuidado em saúde.

Porém, mesmo reconhecendo que a EPS pode ser um grande instrumento para melhorias na área da saúde, se fazem necessários mais esforços por parte dos gestores na implementação desta estratégia por meio das instituições de ensino, serviço e comunidade, uma vez que essa política tem caráter abrangente na busca da qualidade dos serviços de saúde e, conseqüentemente, na consolidação do SUS.

Na literatura existem poucos trabalhos relacionados à EPS na Odontologia, em especial com TSBs e ASBs, o que demonstra a necessidade de mais disseminação, até mesmo no meio acadêmico, para que surjam outras pesquisas com este tema.

Diante das afirmações, e tendo percebido por meio da oficina o interesse e a participação dos TSBs e ASBs nos assuntos debatidos no evento, sugere-se que a EPS é uma estratégia necessária para promover a integração da equipe multiprofissional e a humanização do atendimento e do processo de trabalho, bem como para fornecer crescimento dos atores envolvidos, levá-los a indagar e pensar em ações para melhorias no modelo que exerce e solucionar problemas que possam surgir no decorrer da sua jornada de trabalho e também os decorrentes da própria comunidade de cada componente da equipe. Quando se tem um trabalho em equipe, ele deve promover o protagonismo de todos os seus integrantes, incluindo o sujeito que recebe os cuidados (CECCIM, 2005). E esta é uma

das estratégias promotoras de qualidade nos serviços de saúde. Dentro das melhorias que o trabalho em equipe proporciona, podemos citar: planejamento nos serviços, estabelecimento de prioridades, redução da duplicação dos serviços, geração de intervenções mais criativas, redução de intervenções desnecessárias pela falta de comunicação entre os profissionais e redução da rotatividade, resultando na diminuição dos custos, com a possibilidade de aplicação e investimentos em outros processos (PINHO, 2006). Entretanto, ainda é um grande desafio colocar em prática o trabalho em equipe, já que muitas vezes é entendido como divisão de trabalho, pela fragmentação do cuidado em diferentes facetas das profissões e áreas. A atuação em grupo ainda não é verificada como uma construção coletiva de saberes, um trabalho em sinergia, ultrapassando os muros dos preconceitos e dos conflitos interpessoais, operacionalizando a transdisciplinaridade com vistas à integralidade da atenção.

Neste contexto, o Curso de Odontologia da UEM tem colocado em prática a EPS na implementação da Clínica Ampliada, que atende os pressupostos da Política Nacional de Humanização. As atividades da Clínica Ampliada iniciaram em 2009 e, desde então, são realizadas reuniões semanais da equipe que compõe a Comissão Permanente de Avaliação da Clínica Ampliada (COPACA) para a avaliação e reorientação do processo de trabalho. Em todos

os encontros são levantadas questões de relevância, e buscadas soluções coletivas para os problemas. A COPACA tem gerado respostas para muitas necessidades de mudança e, conseqüentemente, melhorado a formação do acadêmico e a atenção prestada à comunidade. Apesar dos avanços conseguidos a partir da EPS, é importante ressaltar que o processo lento de construção coletiva depende da maturidade e do comprometimento da equipe de trabalho e requer muita persistência, visão ampliada e entendimento filosófico dos princípios do SUS.

Conclusão

A I Oficina sobre Educação Permanente em Saúde para TSB e ASB no município de Maringá foi um momento importante que verificou pouco conhecimento sobre a EPS por parte dos participantes do evento. Porém, durante o encontro observou-se o grande interesse sobre o assunto e a importância da inclusão dos TSBs e ASBs nas discussões do processo de trabalho para a qualificação da atenção. Conseguiu-se realizar a divulgação da política de EPS, enfatizando a necessidade e importância de sua implementação, além de iniciar um diálogo entre os atores envolvidos no processo de trabalho, contribuindo para mudanças e melhorias nas práticas do cuidado em saúde. ■

Referências

ALMEIDA, M.J. Educação permanente em saúde: um compromisso inadiável. *Olho Mágico*, Londrina, v. 5, n. 14, 1997, p. 41-47.

BERBEL, N.A.N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 2, n. 2, fev. 1998, p. 139-154.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – pólos de educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na

Saúde. *EducarSUS: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde – período de janeiro de 2003 a janeiro de 2004*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde – conceitos e caminhos a percorrer*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na

Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 11.889 de 24 de dezembro de 2008. *Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal – TSB e Auxiliar em Saúde Bucal – ASB*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, set. 2004/fev. 2005, p. 161-177.

_____. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, out./dez. 2005, p. 975-986.

DESTRO, M.R.P. Educação continuada: visão histórica e tentativa de contextualização. *Cadernos Cedes Educação Continuada*, Campinas, v. 1, n. 36, 1995, p. 21-27.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P.C. Lei nº 11.889/2008: avanço ou retrocesso nas competências do técnico em Saúde Bucal? *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, mar./jun. 2011, p. 107-121.

KOVALESKI, D.F.; BOING, A.F.; FREITAS, S.F.T. Recursos humanos auxiliares em saúde bucal: retomando a temática. *Revista de Odontologia da UNESP*, Araraquara, v. 34, n. 4, out./dez. 2005, p. 161-165.

OLIVEIRA, M.A.N. Educação a distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 60, n. 5, set./out. 2007, p. 585-589.

ORENHA, E.S.; ELEUTÉRIO, D.; SALIBA, N.A. Organização do atendimento odontológico no serviço público: trabalho auxiliado, produtividade e ambiente físico. *Revista de Odontologia da UNESP*, São Paulo, v. 27, n. 1, jan./jun. 1998, p. 215-224.

PASCHOAL, A.S.; MANTOVANI, M.F.; MÉIER, M.J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 3, set. 2007, p. 478-484.

PEZZATO, L.M. A formação para o pessoal auxiliar em odontologia no Brasil: contribuição ao tema. *Ação Coletiva*, Brasília, v. 2, n. 1, jan./mar. 1999, p. 35-40.

PINHO, M.C.G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciências e Cognição*, v. 8, ago. 2006, p. 68-87.

Recebido para publicação em Agosto/2011
Versão definitiva em Julho/2012
Suporte financeiro: Não houve
Conflito de interesses: Inexistente

Beber e dirigir: percepção e comportamento de risco no trânsito

Drinking and driving: perception and risk behavior in traffic

Marina de Cuffa¹, Alessandra Sant'Anna Bianchi²

¹Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil. marinacuffa@gmail.com

²Doutora em Psicologia pela Universitat de Barcelona (UB) – Barcelona, Espanha; Professora Adjunta da UFPR – Curitiba (PR), Brasil. bianchi@ufpr.br

RESUMO Nas últimas décadas, os índices de acidentalidade no trânsito brasileiro figuram como um problema de saúde pública. Somente no ano de 2009 foram 37.594 mortos, e o consumo de bebidas alcoólicas aparece como uma das principais causas dessas estatísticas. Apesar de a lei brasileira ter sofrido alterações tornando as punições para a embriaguez ao volante ainda mais severas, os índices de morbimortalidade parecem não sofrer alterações. Para que políticas públicas eficientes possam ser criadas, é necessário entender como o comportamento humano, em especial a percepção dos riscos, influencia o crescimento das estatísticas. O objetivo deste trabalho foi discutir aspectos teóricos da percepção e comportamento de risco no trânsito, bem como os principais achados de pesquisa na área.

PALAVRAS-CHAVE: Intoxicação Alcoólica; Acidentes de Trânsito; Assunção de Riscos.

ABSTRACT *In recent decades, rates of accidentality in Brazilian traffic stand out as a public health problem. Only in 2009 there were 37,594 people dead, and alcohol consumption appears as a major cause of these statistics. Although Brazilian law has changed making the punishment for drunk driving even more severe, morbidity and mortality rates appear to remain unchanged. For efficient public policies, it is necessary to understand how human behavior, especially the perception of risk influences the growth of statistics. The objective of this paper was to discuss theoretical aspects of risk perception and behavior in traffic and the main research findings in the area.*

KEYWORDS: *Alcoholic Intoxication; Accidents, Traffic; Risk-Taking.*

Introdução

Nas últimas décadas, os índices de acidentalidade no trânsito aparecem como um problema de saúde pública, não apenas em países subdesenvolvidos, mas também em alguns países de primeiro mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (PEDEN *et al.*, 2004), cerca de 1.270.000 pessoas morrem todos os anos devido a acidentes de trânsito no mundo e, se o quadro não for modificado, a projeção para 2030 é de 2.400.000 óbitos. No Brasil, em 2009 foram 37.594 mortos devido a acidentes de trânsito (BRASIL, 2010). Mello Jorge e Koizumi (2004) realizaram uma pesquisa buscando investigar os gastos com internações por causas externas no Estado de São Paulo, onde grande parte diz respeito a acidentes de trânsito. O gasto médio com uma vítima de causas externas, internada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), chega a R\$ 503,70 e o custo médio por dia passa dos cem reais (R\$ 101,23). Já os internamentos por causas naturais custam R\$ 68,66 por dia para o sistema de saúde (MELLO JORGE; KOIZUMI, 2004). Além dos custos financeiros, as vítimas de acidentes permanecem internadas em média 4,98 dias, ocupando leitos que poderiam ser utilizados para o tratamento de outros pacientes (MELLO JORGE; KOIZUMI, 2004).

O consumo de álcool seguido pela condução de veículos automotores figura entre as primeiras causas de acidentes em todo mundo (PEDEN *et al.*, 2004). O álcool é uma droga legalizada no Brasil, com fabricação, venda e distribuição regulamentadas. O I Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (LARANJEIRA *et al.*, 2007) mostrou que 52% dos adultos (maiores de 18 anos) consomem bebidas alcoólicas pelo menos uma vez ao ano e, dentre esses, 60% dos homens e 33% das mulheres bebem 5 doses ou mais por ocasião, o que caracteriza abuso do álcool. Esse padrão de consumo gera uma série de enfermidades que acarretam altos custos para o sistema de saúde (DUAILIBI; LARANJEIRA, 2007). Segundo Costa *et al.* (2004), o consumo regular do álcool pode trazer problemas de saúde como doenças cardiovasculares, cirrose hepática, síndrome alcoólica fetal, câncer, além de consequências sociais como violência, acidentes de trânsito e de trabalho, consequências psicológicas e

familiares (MELONI; LARANJEIRA, 2004; PEDEN *et al.*, 2004; DUAILIBI; LARANJEIRA, 2007).

Além de acarretar diversos problemas de saúde, o uso de álcool está intimamente associado a infrações graves de trânsito como: ultrapassar o limite de velocidade, circular na contramão, ultrapassagens inadequadas, desrespeito à sinalização, entre outros (HOFFMANN; CARBONELL; MONTORO, 1996; HOFFMANN; GONZÁLEZ, 2003). A comunidade científica estima que entre 30 e 50% dos acidentes com vítimas estejam relacionados à embriaguez ao volante (RAJALIN, 1994; MONTORO *et al.*, 2000).

Um estudo realizado no pronto socorro do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (MG) mostrou que 40% das pessoas atendidas pelo pronto socorro com alcoolemia positiva eram vítimas de acidentes de trânsito (SEGATTO *et al.*, 2008). No Rio de Janeiro, 39,8% das vítimas fatais de acidentes de trânsito examinadas no Instituto Médico Legal estavam com alcoolemia positiva, porém abaixo do limite legal (até então 0,6 g/L) (ABREU *et al.*, 2010). No entanto, dentre os 60,2% que apresentavam alcoolemia acima do limite legal, grande parte estava entre 0,95 g/L e 3,82 g/L, indicando que essas pessoas consumiram uma quantidade de álcool muito superior ao considerado seguro (ABREU *et al.*, 2010). De Boni *et al.* (2011) investigaram uso de álcool entre vítimas de acidentes de trânsito atendidas em um hospital de Porto Alegre. A proporção de indivíduos atendidos sem consumo prévio de álcool era a metade daqueles que haviam consumido bebidas alcoólicas nas seis horas anteriores. Dentre aqueles que fizeram uso de álcool, 50% eram motoristas e 38,2% eram passageiros. Ocupantes de motocicletas eram 64,4% e de carros de passeio 32,2%, evidenciando o risco ligado à motocicleta no Brasil (DE BONI *et al.*, 2011).

Esses dados refletem os perigos de consumir bebidas alcoólicas antes de conduzir um veículo. Diante desse panorama, é necessário elucidar as causas humanas do beber e dirigir, enfatizando a percepção dos riscos e seus fatores.

Aspectos teóricos sobre percepção de risco

A forma como o ser humano percebe os riscos vem sendo estudada há alguns anos. A sociedade contemporânea

vive uma época de desenvolvimento científico e tecnológico onde os riscos parecem ser minimizados, dando a ilusão de uma proteção inatingível e inabalável (SLOVIC, 1987). Diversas áreas do conhecimento (Antropologia, Sociologia, Ciências Sociais) vêm contribuindo para as pesquisas na área de percepção de risco, e entre elas está a Psicologia. A partir dos anos 1970, alguns psicólogos cognitivistas desenvolveram o que hoje é chamado de paradigma psicométrico. Um dos seus principais autores é Paul Slovic (1987) que define a percepção de riscos como uma habilidade filogeneticamente adquirida que permitiu aos organismos vivos identificar e evitar situações ameaçadoras. O ser humano pode, ainda, manipular variáveis ambientais podendo tanto aumentar, quanto diminuir os riscos (SLOVIC, 1987). Na década de 1960, a problemática veio à tona com a forte oposição da sociedade europeia com relação a alguns tipos de tecnologia, em especial a energia nuclear (SJÖBERG, 2003). Essa situação se intensificou com o acidente nuclear que veio na sequência, o de Chernobyl, em 1986, na antiga União Soviética. A partir daí, pesquisadores observaram as primeiras diferenças entre a forma que os especialistas e a população percebem os riscos (SLOVIC, 1987; SJÖBERG, 2003).

Os indivíduos leigos fazem as análises de risco baseados em critérios diferentes daqueles utilizados pelos técnicos. Para os leigos, esse julgamento seria baseado em 'intuição', já para os especialistas, os cálculos probabilísticos seriam os métodos de avaliação por excelência (LIMA, 1995; SLOVIC, 1987). Vários autores (SLOVIC, 1987; LIMA, 1995; SJÖBERG, 2003) discutem a relevância do ponto de vista dos leigos e defendem a ideia de que as suas percepções não são infundadas e irracionais. Segundo os estudos de Lima (1995), foram identificadas três dimensões segundo as quais os riscos são avaliados pelos leigos: o grau de informação sobre o risco, grau de controle possível sobre o desastre e a importância que o desastre tem para o indivíduo. Para que intervenções sejam bem sucedidas no âmbito da segurança e prevenção de acidentes, conhecer a percepção que os *experts* têm dos riscos não é suficiente. É necessário conhecer o que os leigos percebem como risco e os fatores que interferem nessa percepção.

Slovic (1987) categorizou alguns fatores sociais, culturais e individuais que têm relação direta com a

percepção dos riscos: (a) familiaridade com a fonte de risco; (b) aceitação voluntária do risco, que diz respeito às vantagens proporcionadas pelo risco; (c) a capacidade de controlar o grau de risco; (d) o potencial catastrófico da fonte de risco; (e) a certeza sobre o impacto do risco; (f) impacto do risco nas gerações futuras; (g) percepção sensorial do perigo; (h) percepção da justiça na distribuição dos benefícios e riscos, (i) percepção da (ir)reversibilidade do impacto do risco; (j) confiança nos mecanismos e entidades de controle e gestão do risco e (k) confiança nas fontes de informação. A OMS (PEDEN *et al.*, 2004) fala em quatro fatores diretamente ligados aos riscos no trânsito: exposição ao risco, probabilidade de um acidente, probabilidade de ferimentos e consequências dos ferimentos. Essas categorias, embora importantes para entender os fatores envolvidos na percepção e engajamento em comportamentos não seguros, não são suficientes para entender o porquê dos comportamentos de risco no trânsito. É necessário entender quais são as variáveis que alteram a percepção de riscos e, por consequência, influenciam na tomada de decisão dos sujeitos no momento em que se comportam. Näätänen e Summala (1974) desenvolveram um modelo onde fatores subjetivos são considerados dentro do fenômeno do trânsito. Esse modelo é conhecido como Modelo do Risco Zero.

De acordo com os autores (SUMMALA; NÄÄTÄNEN, 1988), a percepção de risco seria um processo dinâmico e seletivo determinado por aspectos subjetivos, como motivação e a história de vida do sujeito. Segundo eles, os indivíduos adaptam-se aos riscos de acordo com as suas experiências passadas (NÄÄTÄNEN; SUMMALA, 1974; SUMMALA; NÄÄTÄNEN, 1988), isto é, motoristas novatos tendem a perceber mais riscos do que motoristas mais experientes. Para um motorista novato, dirigir é uma tarefa complexa, que exige altos níveis de atenção e controle gerando uma 'dedicação' muito grande e, por isso, a percepção dos riscos é mais apurada (SUMMALA; NÄÄTÄNEN, 1988). Com o tempo, os comportamentos se encadeiam, formando uma sequência que é ativada por um único estímulo. O processo se torna automático, onde não há uma grande 'dedicação' do sujeito; seus níveis de atenção e controle caem e a tarefa passa a ser executada sem controle cognitivo. Com isso, a

percepção dos riscos fica comprometida (SUMMALA; NÄÄTÄNEN, 1988).

A Teoria do Risco-Zero propõe que, *a priori*, os indivíduos não se engajam em comportamentos não seguros (SUMMALA; NÄÄTÄNEN, 1988). No entanto, se houver adaptação ao risco e uma forte motivação para isso, a percepção de um determinado risco é negligenciada, fazendo com que os indivíduos se arrisquem mais. Existe uma adaptação comportamental ao risco, fazendo com que, mesmo que o indivíduo saiba do risco, ele negligencie esse risco em detrimento das suas motivações (NÄÄTÄNEN; SUMMALA, 1974; SUMMALA; NÄÄTÄNEN, 1988). Outro conceito importante apresentado por Summala (2007) foi o conceito de zona de conforto. Segundo o autor, cada indivíduo possui uma zona de conforto que funciona como uma bolha protegendo o veículo (ou bicicleta, ou o próprio corpo no caso de pedestres). Quando outro veículo ou usuário da via invade essa zona de conforto, um dispositivo de tensão é acionado, gerando uma reação comportamental de defesa. Essa bolha é flexível e se adapta de acordo com os riscos percebidos (SUMMALA, 2007).

Muitas pesquisas no campo da Psicologia foram realizadas buscando avaliar comportamentos de risco (TURRISI *et al.*, 1988; RAJALIN, 1994; GREENING; STOPPELBEIN, 2000; HORWOOD; FERGUSSON, 2000; GULLIVER; BEGG, 2004), percepção de riscos (SIVAK *et al.*, 1989; RAJALIN, 1994; STANFORD *et al.*, 1996; LEUNG; STARMER, 2005; GUSTIN; SIMONS, 2008) e atitudes com relação aos riscos (ASSUM, 1997; 2010) no ambiente do trânsito. Essas pesquisas são essenciais, pois aliam a teoria à prática, mostrando como os indivíduos reagem na situação real, trazendo uma noção mais completa de como os fenômenos acontecem.

Método

Este trabalho tratou-se de uma revisão conceitual de literatura. Os textos foram selecionados de acordo com a importância para o tema e sua necessidade para a compreensão global dos aspectos teóricos.

Foi realizada uma pesquisa na base de dados eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO)

Brasil, com as palavras-chave: percepção de risco e trânsito, simultaneamente, que resultou em apenas três artigos científicos, sendo um realizado por pesquisadores na área da Psicologia e os outros dois na área médica. Devido à escassez de trabalhos publicados em revistas brasileiras que se apoiem teoricamente na percepção de risco, optou-se por utilizar outras palavras-chave para pesquisa, como risco no trânsito, jovens, beber e dirigir, álcool. Até julho de 2011, foram encontrados 13 artigos; no entanto, apenas 9 tratavam do tema conforme definido anteriormente. Da mesma forma, foram realizadas pesquisas na base de dados internacional *Web of Science*, onde foram encontrados 131 artigos. Foram eliminados aqueles que não se obteve acesso ao texto completo e aqueles que, após a leitura, constatou-se que não tratavam do tema percepção de risco, conforme definido anteriormente, totalizando 18 artigos científicos, sendo 2 realizados por pesquisadores brasileiros.

Também foram utilizados trabalhos apresentados em congressos, oriundos do grupo de pesquisa do qual as autoras fazem parte.

No total, foram utilizados 29 estudos.

Resultados

Os países europeus são pioneiros na área de saúde e segurança no trânsito e vêm, desde muitos anos, buscando conhecer melhor as variáveis que influenciam os comportamentos humanos nesse ambiente. Rajalin (1994), no contexto finlandês, comparou o número de vezes que condutores foram abordados pela polícia por apresentarem condutas não seguras, três anos antes de sofrerem acidentes com vítimas fatais. O grupo controle foi constituído por condutores selecionados aleatoriamente entre todos aqueles cadastrados no país. Aproximadamente 58% daqueles que sofreram acidentes com vítimas fatais foram abordados pela polícia pelo menos uma vez nos três anos anteriores, devido a condutas não seguras. Esse número foi 1,4 vezes maior do que no grupo controle. A principal conduta de risco adotada pelos motoristas foi exceder o limite de velocidade, seguido por agressividade e em terceiro lugar dirigir sob influência de álcool e drogas. Dentre aqueles considerados culpados pelo acidente, 58,5%

apresentaram condutas não seguras nos 3 anos anteriores, enquanto que esse percentual foi de 36,1% para aqueles considerados não culpados. No grupo controle esse número caiu para 27,3% (RAJALIN, 1994).

Na Noruega, Assum (1997) coletou dados com uma amostra de 7.425 motoristas selecionados aleatoriamente entre todos os condutores noruegueses. O objetivo era investigar atitudes com relação a comportamentos de risco no trânsito e, dois anos mais tarde, verificar o número de acidentes em que os sujeitos haviam se envolvido nesse ínterim. Os resultados mostraram que aqueles que apresentaram atitudes positivas com relação à segurança no trânsito, em geral, se envolveram em menos acidentes do que aqueles com atitudes negativas. Com relação especificamente ao excesso de velocidade, essa tendência se repetiu. Condutores que se caracterizaram como mais responsáveis se envolveram menos em acidentes do que aqueles que definiram eles mesmos como não responsáveis (ASSUM, 1997).

Pesquisas apontam o tempo de exposição ao risco, ou seja, o quão experiente é o condutor, como um fator ligado à percepção de riscos (SIVAK *et al.*, 1989; RAJALIN, 1994; LEUNG; STARMER, 2005). Homens jovens (idade entre 18–24 anos) apresentaram mais atitudes negativas com relação à segurança no trânsito e se envolveram em mais acidentes do que os demais, dado encontrado em outro estudo (ASSUM, 1997). Motoristas experientes se envolvem mais em acidentes do que motoristas novatos (LEUNG; STARMER, 2005). Além disso, adolescentes e adultos jovens tendem a perceber menos riscos do que motoristas mais maduros (SIVAK *et al.*, 1989; RAJALIN, 1994; LEUNG; STARMER, 2005), sugerindo que a impulsividade, característica dessa fase do desenvolvimento, tem um papel importante nesse processo (STANFORD *et al.*, 1996).

Segundo um estudo (HORWOOD; FERGUSSON, 2000), realizado na Nova Zelândia, o comportamento de beber e conduzir, associado à experiência do condutor e ao número de quilômetros dirigidos em sequência, está correlacionado ao índice de acidentes ativos. Aqueles que dirigem sob efeito do álcool com mais frequência tiveram índices de acidentes ativos 2,6 vezes maiores do que os demais (HORWOOD; FERGUSSON, 2000).

Traços de personalidade também foram avaliados em relação a beber e conduzir. Sujeitos que apresentam comportamentos de risco possuem maiores índices de hostilidade e agressão e, além disso, sujeitos que nunca foram punidos por esses comportamentos apresentam índices ainda maiores (MCMILLEN *et al.*, 1991). Condutores com alcoolemia acima do limite, parados pela polícia em consequência de um acidente ou infração, mas que não foram presos, apresentaram os maiores escores para hostilidade, busca por sensações, psicopatia e mania, além de o maior histórico de prisões e acidentes por consumo de álcool. Em relação a condutores com alcoolemia negativa, os condutores com alcoolemia positiva e que foram parados pela polícia apresentaram escores mais altos para hostilidade, psicopatia, número de drinques consumidos por semana, acidentes por consumo de álcool, número de vezes por mês que dirigem com alcoolemia acima do limite e número de prisões por outros motivos que não infrações de trânsito (MCMILLEN *et al.*, 1991).

A forma com que jovens se comportam recebe influência dos comportamentos de seus pares. A pressão do grupo com relação a consumir álcool e conduzir um veículo fica evidente entre os jovens. Greening e Stoppelbein (2000) coletaram dados com mais de 300 condutores norte-americanos, com idades entre 17 e 20 anos. As análises estatísticas apontaram o reforçamento social e a vulnerabilidade ao risco (falta de alternativas à situação de risco) como preditores para jovens beberem e conduzirem (GREENING; STOPPELBEIN, 2000). Turrisi *et al.* (1988) realizaram um estudo com estudantes universitários (n=378), onde foi possível observar alguns dados importantes: (1) os sujeitos apontaram que, grande parte dos seus amigos, dirigiriam mesmo estando muito intoxicados (38%); (2) os sujeitos classificaram eles mesmos sendo mais habilidosos do que outros motoristas, mesmo estando levemente intoxicados, apontando a percepção distorcida sobre como o álcool afeta sua capacidade e, no entanto, (3) os sujeitos classificaram eles mesmos como pouco cautelosos, independente do nível de intoxicação (TURRISI *et al.*, 1988).

Outro estudo que investigou a relação do jovem com o seu grupo foi um estudo longitudinal com adolescentes e adultos jovens neozelandeses sobre beber e conduzir (n=1037) (GULLIVER; BEGG, 2004).

Os dados foram coletados com sujeitos nas idades de 15, 18 e 21 anos. Os resultados mostram que os adolescentes (15 anos) estão mais propensos a se comportar de forma arriscada quando na companhia de outros adolescentes ou jovens (18 anos). Outro fator importante é que condutores mais jovens dirigem sob influência do álcool com maior frequência e dão mais carona do que condutores aos 21 anos. Além disso, de forma geral, os sujeitos de ambos os sexos estimaram ser necessário consumir maiores quantidades de álcool para atingir o limite legal. Dentre esses sujeitos, 37% dos homens de 18 anos e 17% das mulheres, na mesma idade, já haviam se envolvido em acidentes e 35% dos homens e 13% das mulheres, na mesma faixa etária, já foram passageiros de um jovem adulto alcoolizado. Verificou-se uma correlação positiva entre escores altos de agressão aos 18 anos, ser passageiro de um jovem alcoolizado aos 18 anos e ter sofrido acidentes aos 18 anos; houve também uma relação negativa entre ter sofrido acidente aos 18 anos e comportamentos de risco de beber e conduzir aos 21 anos (GULLIVER; BEGG, 2004). Fernandes, Hatfield e Job (2010) também encontraram uma alta correlação entre comportamento dos pares e comportamentos de risco, em especial beber e dirigir. Embora o item que avaliou a influência dos pares não apresentasse características negativas ou positivas ('Os meus amigos influenciam a minha decisão sobre se devo ou não beber e dirigir'), os dados acusam uma clara relação negativa entre essas variáveis (FERNANDES; HATFIELD; JOB, 2010).

Assum (2010) também investigou a influência dos pares. Condutores (n=3.001) foram questionados sobre como seus amigos e familiares reagiriam caso insistissem em dirigir, mesmo tendo consumido álcool. Caso tivessem consumido uma garrafa de cerveja, 71% dos condutores disseram que seus amigos e familiares desaprovavam. Ao consumir 4 garrafas de cerveja, 96% dos condutores acreditavam que seriam repreendidos; 57% dos sujeitos disseram ser frequente, no seu grupo de amigos, eleger alguém para dirigir e por isso essa pessoa não consumiria álcool (ASSUM, 2010).

A possibilidade de ser punido pela transgressão também aparece como fator determinante na percepção de riscos. Gustin e Simons (2008) pesquisaram a percepção do risco de ser pego pela polícia em 277 estudantes universitários norte-americanos, com idade entre 18 e 45

anos; 42% dos sujeitos disseram ter dirigido sob efeito do álcool alguma vez. Os resultados indicaram que quanto maior a percepção da chance de ser pego pela polícia em uma *blitz*, menor é a prevalência de comportamentos de beber e conduzir e, quanto menor forem os riscos percebidos (pequenas distâncias e pequenas quantidades de álcool consumidas), menor é a chance de que uma intervenção de amigos em relação a realizar esses comportamentos seja efetiva (GUSTIN; SIMONS, 2008).

Dhami, Mandel e Garcia-Retameno (2011) investigaram porque jovens aceitam ser passageiros de um motorista que consumiu bebidas alcoólicas. O estudo foi realizado com jovens espanhóis e canadenses, totalizando 167 participantes. Os motivos apontados por eles foram: economizar dinheiro, não ter que esperar, ajudar o amigo (condutor) e comodidade. Quando perguntados sobre porque eles mesmos dirigem após ter consumido álcool, os principais motivos foram: economizar dinheiro, não ter que esperar, comodidade e por não ter outras alternativas, ou essas não serem convidativas. E sobre as principais consequências de beber e dirigir esses jovens apontaram: ser punido pela polícia, ferir a si mesmo ou outras pessoas, sofrer um acidente e ser irresponsável no trânsito (DHAMI; MANDEL; GARCIA-RETAMENO, 2011).

No Brasil, o conhecimento sobre percepção de riscos no trânsito relacionado ao consumo de álcool ainda é limitado. Um estudo qualitativo investigou as razões pelas quais os jovens aceitam ser passageiros de motoristas alcoolizados (FRANCO *et al.*, 2010). Os fatores apontados foram: as alternativas não eram convidativas (voltar de táxi, voltar caminhando, voltar de ônibus), por questão de comodidade, por não se indispor com a pessoa que já havia oferecido carona, não poder se oferecer para dirigir por não possuir carteira nacional de habilitação (CNH), entre outros (FRANCO *et al.*, 2010).

As pesquisas brasileiras apontam os jovens solteiros, do sexo masculino, como o grupo que mais se engaja no comportamento de risco de beber e dirigir (PINSKY *et al.*, 2001; PINSKY, LABOUVIE; LARANJEIRA, 2004), dados consistentes com a literatura internacional. Condutores imprudentes, que consomem bebidas alcoólicas antes de dirigir, tendem a não concordar com leis rígidas, não conhecem os limites estabelecidos na lei brasileira e não sabem estimar quanto

podem consumir sem atingir esse limite (JABOBS; SANCHEZ; BIANCHI, 2010). Condutores mais prudentes tendem a aceitar melhor alternativas para o comportamento de dirigir sob efeito do álcool, como utilizar táxi ou carona (PINSKY; LABOUVIE; LARANJEIRA, 2004), resultados esses semelhantes aos estudos internacionais.

Outro fator importante, ligado à população brasileira, é a percepção de que os comportamentos inadequados não são punidos. Um estudo comparando comportamentos antes e depois de uma lei que proíbe consumo de bebidas alcoólicas em postos de gasolina (DE BONI; LEUKEFELD; PECHANESKY, 2008), mostrou que, mesmo com a lei, os condutores ainda o fazem e assumem a direção de veículos. A incerteza da punição como fator presente em condutores que dirigem sob efeito do álcool foi relatada por outros estudos (FRANCO *et al.*, 2010; PINSKY *et al.*, 2001). Nem mesmo a punição social aparece como controle do comportamento. Poucos amigos e familiares se recusariam ou repreenderiam o condutor por insistir em dirigir mesmo tendo consumido álcool (PINSKY *et al.*, 2001). Esses dados diferem de estudos internacionais (ASSUM, 2010), evidenciando as peculiaridades inerentes aos condutores brasileiros e tornando importantes pesquisas que busquem entender melhor esses aspectos.

Discussão

O uso e abuso de bebidas alcoólicas é uma questão de saúde pública, muito mais ampla do que o fenômeno do trânsito. A necessidade de políticas públicas eficientes para redução do seu consumo aparece em diversas áreas e, infelizmente, as poucas leis existentes não conseguem coibir comportamentos de risco, especialmente no âmbito do trânsito. A Lei 11.705 de 19 de junho de 2008 (BRASIL, 2008) foi modificada com o objetivo de restringir o consumo de álcool e direção de veículos. No entanto, seus efeitos não são suficientes para reduzir e manter o número de internações hospitalares e óbitos devido aos acidentes de trânsito e transporte. Segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – DATASUS (BRASIL, 2010), entre os meses de junho de 2008 e maio de 2009 foram 117.329 internações devido a acidentes de trânsito. Entre

junho de 2009 e maio de 2010 foram 147.202 e, entre junho de 2010 e maio de 2011, foram 165.002 internações hospitalares devido à mesma causa, ou seja, a queda apontada por estudos anteriores que compararam o semestre anterior e posterior à lei entrar em vigor (MELLO JORGE; KOIZUMI, 2009) não se manteve, talvez devido à incerteza da punição apontada por outros estudos (PINSKY *et al.*, 2001; FRANCO *et al.*, 2010).

Uma das formas de reverter o quadro de morbimortalidade no Brasil é planejar e colocar em prática políticas públicas eficientes (ELVIK; VAA, 2006), que visem atingir as populações de risco. Identificar os ‘pontos cegos’ significa buscar locais e situações referentes a um determinado grupo de usuários onde o número de acidentes é significativamente elevado, e planejar ações específicas para sanar aquela necessidade (SUMMALA, 1996). Um dos ‘pontos cegos’ no atual trânsito brasileiro são os acidentes envolvendo jovens e uso de álcool. Existem diversos fatores interferindo na percepção dos riscos de motoristas e, conhecer como essa percepção acontece, e em que medida esses fatores contribuem nesse processo, é essencial para que ações para coibir esses comportamentos possam ser pensadas.

Uma das principais constatações deste trabalho é de que existem poucos estudos publicados no Brasil que tratem da percepção e/ou comportamento de risco no trânsito com o aparato teórico disponível para investigar esse tema. Como este artigo mostra, autores de diversos países vêm estudando a percepção e/ou comportamento de risco no trânsito, especialmente quanto ao uso do álcool, e esses estudos ajudaram a entender melhor aspectos específicos das populações de seus países. Esse conhecimento pode ser utilizado na tentativa de mudar as condições no trânsito e seus problemas.

Uma das razões pelas quais existem poucos trabalhos na área de Psicologia do Trânsito no Brasil pode ser devido ao pequeno número de profissionais especializados e pesquisadores que investiguem os fenômenos do trânsito na esfera científica. Grande parte dos psicólogos do trânsito no Brasil atua realizando avaliação para obtenção da CNH, junto aos órgãos de trânsito de cada Estado (SILVA; GÜNTHER, 2009). Apesar disso, existem novos cursos de pós-graduação que buscam formar, não apenas profissionais, mas pesquisadores que se preocupem em entender melhor o comportamento no trânsito (SILVA; GÜNTHER, 2009).

Considerações Finais

Somente aumentando os riscos percebidos, o número de mortes pode ser reduzido (NÄÄTÄNEN; SUMMALA, 1974; SUMMALA; NÄÄTÄNEN, 1988; GUSTIN; SIMONS, 2008). Em termos de ciência do comportamento, controlar condutas de motoristas sem uma punição efetiva, contingente e rigorosa se torna muito penoso. Para garantir essa eficiência, as políticas públicas devem ser baseadas em estudos

específicos sobre o problema, que identifiquem que tipos de acidentes ocorrem, quais são suas causas, quando eles ocorrem, onde eles ocorrem, quem são os mortos e feridos, quais os fatores comportamentais que influenciam os envolvidos, entre outros (ELVIK; VAA, 2006). Portanto, é imprescindível que mais pesquisas sobre a população brasileira sejam realizadas buscando abarcar os mais diversos aspectos desse tema, entrelaçando os conhecimentos das áreas da saúde, humanística e tecnológicas. ■

Referências

- ABREU, A.M.M. *et al.* Uso de álcool em vítimas de acidentes de trânsito: estudo do nível de alcoolemia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. especial, maio/jun. 2010, p. 513-520.
- ASSUM, T. Attitudes and road accident risk. *Accident Analysis and Prevention*, Oslo, v. 29, n. 2, mar. 1997, p. 153-150.
- _____. Reduction of the blood alcohol concentration limit in Norway: effects on knowledge, behavior and accidents. *Accident Analysis and Prevention*, Oslo, v. 42, n. 6, nov. 2010, p. 1523-1530.
- BRASIL. Lei 11.705 de 19 de junho de 2008. *Código Brasileiro de Trânsito*, 2008. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11705.htm>. Acesso em: 27 nov. 2011.
- _____. Ministério da saúde. *Informações de saúde: epidemiológicas e morbidade*, 2010. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em: 23 nov. 2011.
- COSTA, J.S.D. *et al.* Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 2, abr. 2004, p. 284-291.
- DE BONI, R. *et al.* Factors associated with alcohol and drug use among traffic crash victims in southern Brazil. *Accident Analysis and Prevention*, Oslo, v. 43, n. 4, jul. 2011, p. 1408-1413.
- DE BONI, R.; LEUKEFELD, C.; PECHANESKY, F. Young people's blood alcohol concentration and the alcohol consumption city law, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 6, dez. 2008, p. 1101-1104.
- DUAILIBI, S.; LARANJEIRA, R.R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 5, out. 2007, p. 839-848.
- ELVIK, R.; VAA, T. *El manual de medidas de seguridad vial*. Reino Unido: Emerald, 2006.
- DHAMI, M.K.; MANDEL, D.R.; GARCIA-RETAMERO, R. Canadian and Spanish youths' risk perceptions of drinking and driving, and riding with a drunk driver. *International Journal of Psychology*, Montreal, v. 46, n. 2, mar. 2011, p. 81-90.
- FERNANDES, R.; HATFIELD, J.; JOB, R.S.F. A systematic investigation of the differential predictors for speeding, drink-driving, driving while fatigued, and not wearing a seat belt among young drivers. *Transportation Research Part F*, Ankara, v. 13, maio 2010, p. 179-196.
- FRANCO, C.M.A. *et al.* Depois da festa: por que jovens pegam carona com motoristas alcoolizados? Anais do Congresso Interamericano de Trânsito e Transporte. Curitiba; 2010. [s.n.].
- GREENING, L.; STOPPELBEIN, L. Young driver's health attitudes and intentions to drink and drive. *Journal of Adolescent Health*, São Francisco v. 27, n. 2, ago. 2000, p. 94-101.
- GULLIVER, P.; BEGG, D. Influences during adolescence on perceptions and behavior related to alcohol use and unsafe driving as young adults. *Accident Analysis and Prevention*, Oslo, v. 36, n. 5, set. 2004, p. 773-781.
- GUSTIN, J.L.; SIMONS, J.S. Perceptions of level of intoxication and risk related drinking and driving. *Addictive Behaviors*, Charlestron, v. 33, n. 4, abr. 2008, p. 605-615.
- HOFFMANN, M.H.; CARBONELL, E.; MONTORO, L. Álcool e segurança: epidemiologia e efeitos. *Psicologia: ciência e profissão*, Brasília, v. 16, n. 1, jan. 1996, p. 28-37.
- HOFFMANN, M.H.; GONZÁLEZ, L.M. *Acidentes de trânsito e fator humano*. In: HOFFMANN, M.H.; CRUZ, R.M.; ALCHIERI, J.C. *Comportamento Humano de Trânsito*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 375-392.
- HORWOOD, J.L.; FERGUSSON, D.M. Drink, driving and traffic accident in young people. *Accident Analysis and Prevention*, Oslo, v. 32, n. 6, nov. 2000, p. 805-814.
- JABOBS, M.G.; SANCHEZ, D.C.L.; BIANCHI, A.S. Álcool e direção: a opinião e atitude de jovens universitários em Curitiba. *Anais do Congresso Interamericano de Trânsito e Transporte*. Curitiba; 2010. [s.n.].

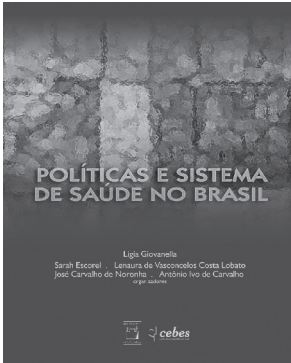
- LARANJEIRA, R.R. *et al.* Levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.
- LEUNG, S.; STARMER, G. Gap acceptance and risk-taking by young and mature drivers, both sober and alcohol-intoxicated, in a simulated driving task. *Accident Analysis and Prevention*, Oslo, v. 37, n. 6, nov. 2005, p. 1056-1065.
- LIMA, M.L. Viver com o risco: abordagens da psicologia social ambiental. *Infergeo*, Lisboa, v. 9, n. 10, out. 1995, p. 39-54.
- MCMILLEN, D.L. *et al.* Behavior and personality traits among DUI arrestees, nonarrestees, impaired drivers and nonimpaired drivers. *The International Journal of the Addictions*, Washington, v. 26, n. 2, fev. 1991, p. 227-235.
- MELLO JORGE, M.H.P.; KOIZUMI, M.S. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise do Estado de São Paulo, 2000. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.7, n. 2, abr. 2004, p. 228-238.
- MELONI, J.N.; LARANJEIRA, R.R. Custo social e de saúde de consumo de álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 26, n. 1, jan. 2004, p. 7-10.
- MONTORO, L. *et al.* *Manual de seguridad vial: el factor humano*. Barcelona: Ariel; 2000.
- NÄÄTÄNEN, R.; SUMMALA, H. A model for the role of motivational factors in driver's decision making. *Accident Analysis and Prevention*, Oslo, v. 6, n. 3-4, dec. 1974, p. 243-261.
- PEDEN, M. *et al.* *World report on traffic injury prevention*. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2004.
- PINSKY, I. *et al.* Drinking and driving: pre-driving attitudes and perceptions among Brazilian youth. *Drug and Alcohol Dependence*, Baltimore, v. 62, n. 3, maio 2001, p. 231-237.
- PINSKY, I.; LABOUIE, E.; LARANJEIRA, R.R. Disposição e alternativas ao dirigir alcoolizado entre jovens paulistanos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 26, n. 4, dez. 2004, p. 234-241.
- RAJALIN, S. The connection between risky driving and involvement in fatal accidents. *Accident Analysis and Prevention*, Oslo, v. 26, n. 5, out. 1994, p. 555-562.
- SEGATTO, M.L. *et al.* O impacto do uso de álcool em pacientes admitidos em um pronto-socorro geral universitário. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 35, n. 4, jun. 2008, p. 138-143.
- SILVA, F.H.V.C.; GÜNTHER, H. Psicologia do trânsito no Brasil: de onde veio e para onde caminha? *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, jan. 2009, p.163-175.
- SIVAK, M. *et al.* Cross-cultural differences in drive risk-perception. *Accident Analysis and Prevention*, Oslo, v. 21, n. 4, ago. 1989, p. 355-362.
- SJÖBERG, L. Risk perception is not what it seems: The psychometric paradigm revisited. In: ANDERSSON, K. *VALDOR Conference*. Estocolmo: VALDOR, 2003. p. 14-29.
- SLOVIC, P. Perception of risk. *Science*, Londres, v. 4799, n. 236, abr. 1987, p. 280-285.
- STANFORD, M.S. *et al.* Impulsiveness and risk-taking behavior: comparison of high-school and college students using Barratt Impulsiveness Scale. *Personality and Individual Differences*, Londres, v. 21, n. 6, dez. 1996, p. 1073-1075.
- SUMMALA H. Accident risk and driver behaviour. *Safety Science*, Sophia Antopolis, v. 22, n. 1-3, fev. 1996, p. 103-117.
- _____. *Towards understanding motivational and emotional factors in driver behavior: comfort through satisficing*. In: CACCIABUE, P.C. *Modelling driver behavior in automotive environments*. [S.l.]: Springer Verlag; 2007. p. 189-207.
- SUMMALA, H.; NÄÄTÄNEN, R. *The zero-risk theory and overtaking decisions*. In: ROTHENGATTER, T.; BRUIN, R. *Road user behavior: Theory and Research*. Assen/Maastrich: Von Gorwn; 1988. p. 82-92.
- TURRISI, R.J. *et al.* Drinking and driving: perceptions and evaluations as a function of level of intoxication and weather. *Journal of Applied Social Psychology*, Kent, v. 18, n. 10, ago. 1988, p. 891-903.

Recebido para publicação em Janeiro/2012

Versão definitiva em Junho/2012

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

Conflito de interesses: Inexistente



GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I.; (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

A construção dessa obra, resultado do trabalho de um reconhecido grupo de estudiosos e especialistas do campo da saúde coletiva e alinhavada com maestria por seus organizadores, vem, sem dúvida, preencher uma lacuna importante para a formação de trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), gestores, estudantes de graduação e pós-graduação e professores, como bem destaca seu prefácio. Reconhecimentos também ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (NUPES), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) e demais instituições que apoiaram esse projeto tão fundamental e oportuno.

Falo aqui do lugar de usuária frequente de “Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil”, vinculada pela docência e pelo aprendizado. Além da leitura de seus capítulos, tenho a experiência constante de compartilhar com meus alunos, de graduação e pós-graduação, a degustação de cada capítulo e de observar como se sentem desafiados e convidados ao aprofundamento de temas que só uma obra que consegue ao mesmo tempo ser abrangente e profunda poderia proporcionar. Aliás, considero ser este um dos grandes méritos do livro: ser amplo sem ser raso, ser denso sem ser inacessível, diverso sem perder o foco e o eixo condutor, alinhavado por meio de um trabalho cuidadoso de seus organizadores. Neste sentido, cumpre seu papel de democratizar o conhecimento nos diversos campos que compõem o universo da saúde coletiva.

O livro é composto por cinco partes, subdivididas em 32 capítulos. A primeira parte — Proteção Social, Políticas e Determinantes de Saúde — abre caminho para um entendimento mais amplo das políticas e sistemas de saúde inseridos neste grande campo da proteção social. Para além do setor saúde *stricto sensu*, a leitura dos seis capítulos iniciais nos ajuda a compreender e problematizar a conformação dos sistemas de proteção social em saúde no contexto de formação dos Estados Nacionais, dentro de um processo histórico, social e político. É interessante observar, falo aqui de minha experiência docente, como essas leituras inspiram uma compreensão muito mais abrangente e crítica acerca da conformação dos sistemas de proteção em saúde e como instiga ao conhecimento, em uma perspectiva comparada, do caso brasileiro frente a outros países. Neste mesmo sentido, abre caminho para a análise do processo saúde-doença em uma perspectiva dialética, considerando os múltiplos determinantes que incidem sobre as condições de saúde da população brasileira. É o início da viagem...

A Parte II – Saúde como Setor de Atividade Econômica – destaca o papel da inovação em saúde, articulando as dimensões sanitária e econômica inerentes ao campo. Nos leva, ainda, a explorar as bases teórica e técnica que sustentam as intervenções em saúde e as conexões entre pesquisa e política em diferentes contextos. As relações entre trabalho e saúde, a distribuição das oportunidades de emprego, operadas nos subsistemas público e privado, são discutidas à luz do vigoroso mercado de trabalho constituído pelo setor saúde e, conseqüentemente, poderoso setor da economia.

Chegando à Parte III – Sistema de Saúde Brasileiro: história e configuração atual – o leitor é convidado, tendo a história das políticas de saúde como eixo

condutor, a uma viagem pela história do Brasil em seus elementos políticos, socioeconômicos e sanitários. O conjunto dos seis capítulos que compõem a terceira parte de “Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil” reafirma a profundidade com a qual são tratados os temas. Ao final da leitura, tem-se a sensação de um conhecimento robusto e crítico acerca da construção do sistema de saúde brasileiro, inclusive das idiosincrasias impostas pelo mercado de planos e seguros privados de saúde. A leitura é ainda mais instigante pelos boxes que trazem curiosidades e informações adicionais. Temas, em geral, ‘áridos’, como financiamento, principalmente em cursos de graduação, conseguem tornarem-se claros e compreensíveis, sobretudo pela articulação com os modelos de proteção social e comparação com outros países. É interessante observar que, fruto da articulação precisa dos organizadores, os capítulos da Parte III dialogam com as questões suscitadas na Primeira Parte, levando a uma reflexão mais ampla de nosso sistema de saúde, seus modelos de financiamento no contexto dos modelos de proteção social. A partir daqui, é possível seguir a viagem com rumo certo: caminhar pelo Sistema Único de Saúde em toda sua complexidade, em seus âmbitos de atenção à saúde individual e coletiva.

Na Parte IV – Sistema Único de Saúde: setores de atenção – a discussão inicial sobre os modelos de atenção resgata aspectos históricos e organizacionais da constituição do sistema de saúde brasileiro e abre o campo para compreensão de seus diversos componentes: atenção primária, ambulatorial, hospitalar, saúde bucal, saúde mental, assistência farmacêutica e vigilâncias epidemiológica e sanitária. Nesses capítulos, além da abordagem teórica sobre os distintos campos da atenção em saúde, é possível compreender a magnitude do setor no Brasil por meio de dados de fontes diversas, entre as quais se destacam os sistemas nacionais de informação em saúde. Fontes de dados internacionais permitem comparações com outros países, aspecto presente em todo o livro.

Por fim, a Parte V – Temas Relevantes em Políticas e Sistemas de Saúde – traz onze capítulos com assuntos que transitam da bioética às tendências de reforma dos sistemas de saúde. A questão das políticas sociais é retomada com foco no contexto latino-americano e nos constrangimentos impostos pelas políticas de ajuste estrutural nesses países. Os desafios da atenção à saúde em regiões metropolitanas, onde se encontra parcela expressiva da população, traz à discussão desafios inerentes aos processos de urbanização e suas implicações para a organização do sistema de saúde, bem como as desigualdades entre as regiões metropolitanas brasileiras no que se refere à distribuição dos recursos. O capítulo sobre participação social aprofunda o tema para muito além das discussões sobre conselhos de saúde ao trazer uma discussão teórica vigorosa, suas relações com a democracia e instituições em uma perspectiva sociológica. Mais uma vez, o leitor se vê diante da possibilidade de alçar voos mais altos. Dado o caráter essencialmente relacional do cuidado em saúde, a formação dos profissionais de nível superior no país também ganha destaque como um dos pilares centrais da organização e manutenção de qualquer sistema de saúde. Três temas mais específicos: saúde dos povos indígenas, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e cuidado continuado finalizam a última parte, alinhando sempre as perspectivas global e local. Qual a diferença entre tratar e cuidar e quais suas complementariedades? Um emblemático caso clínico conduz o leitor a pensar o cuidado em saúde, razão, afinal,

de todos os esforços para construção dos sistemas de saúde, em especial, o nosso sistema público e universal.

Ao longo dessa viagem, elementos didáticos importantes, como as questões para reflexão, leituras recomendadas e sites de interesse, levam o leitor a interagir com os autores. É quase impossível passar pelos boxes “Para refletir” e não esboçar algum pensamento ou crítica sobre a leitura realizada. Também é interessante observar a difusão dessa obra pelas instituições de ensino e até mesmo como se tornou objeto de desejo dos alunos. As leituras abrem caminho para uma compreensão abrangente de nosso sistema de saúde, suas virtudes e desafios. Os ‘problemas do SUS’ tão frequentemente propalados, eu diria, quase ‘festejados’ por alguns setores, podem ser ressignificados à luz de um conhecimento rigoroso, crítico e reflexivo. O peso dessa obra é grande em todos os sentidos, na mesma dimensão em que suas 1.110 páginas. Convite feito, só nos resta embarcar, desfrutar e inspirar-nos... ■

Patty Fidelis de Almeida¹

¹Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (CCS/UFRB) – Santo Antônio de Jesus (BA), Brasil.
patty@ufrb.edu.br

Radicalizar a democracia para garantir o interesse público na saúde: o CEBES nas eleições municipais de 2012

Radicalizing democracy to ensure public interest in health: CEBES in the city elections 2012

O Movimento da Reforma Sanitária tem como uma de suas características a atuação como ‘Partido Sanitário’, articulando pessoas e entidades de distintas orientações partidárias e ideológicas em defesa do direito à saúde. Esta frente política democrática permitiu muitas conquistas e está baseada no pensamento convergente de que, para garantir a todos o direito à saúde, a política de saúde tem de ser compreendida e instituída como política de Estado.

A saúde elevada à condição de política de Estado reduz a chance dos retrocessos setoriais em decorrência da rotatividade de partidos ou agrupamentos políticos nos governos. Quando grupos de oposição sucedem seus opositores há uma grande tendência de desmontar as realizações associadas aos governantes anteriores para, então, instalar suas novas marcas. Essa prática ocasiona, na maioria das vezes, importantes prejuízos à saúde da população.

Na realidade atual, todos os partidos que visam à conquista ou à manutenção do poder por meio de eleições se tornam reféns do financiamento privado de campanha, por vezes promíscuo, criando na população uma percepção de descrença na política, já que é ‘tudo a mesma coisa’.

As disputas político-partidárias determinaram e vêm determinando os rumos da saúde, impondo marcas na ‘política de Estado’. Por ser um Estado colonizado, na República prevalecem os interesses privados, assim como o caráter clientelista e patrimonialista marcado pelo predomínio do poder executivo em todas as esferas.

A História mostra que a conquista dos direitos sociais universais é fruto de lutas democráticas e populares, e nunca foi concessão da elite política ou do Estado. É por isso que o CEBES reafirma a necessidade de construção de uma democracia na qual as instituições possam sobreviver livres do jogo do poder, como espaços reais de efetivação de direitos.

Saúde e democracia: as eleições e os riscos da ‘governabilidade’

Efetivar a democracia brasileira é fundamental para concretizar os direitos sociais. Efetivar a democracia implica, necessariamente, compreender que ela transcende e é maior que as disputas eleitorais. Mas também implica repensar o nosso atual modelo eleitoral de forma a torná-lo de fato um instrumento democrático pelo qual a sociedade tenha a prerrogativa de escolher entre os projetos políticos distintos, apresentados pelos candidatos para seu município, Estado ou país.

A política eleitoral é um dos componentes essenciais da democracia, que atualmente está contaminada pela intrusão, no seu seio, da lógica de mercado. Os acordos eleitorais são celebrados para garantir minutos de televisão, e esses acordos costumam incluir a divisão das futuras administrações, loteando a máquina pública numa lógica quase sempre avessa ao interesse público.

Resta aos eleitos como primeira tarefa de seu mandato administrarem as faturas políticas desses acordos. Nesse contexto negocia-se o inegociável, rifam-se os princípios democráticos e o interesse público em nome de um conceito reduzido e reducionista de ‘governabilidade’, que passa, novamente, ao largo dos interesses e vontades populares e das instâncias da democracia participativa. Os compromissos de campanha assumidos com os eleitores expostos nos programas de governo passam a ter importância secundária. As secretarias municipais de saúde são tomadas como objeto dessas negociações, e este é o prenúncio da fragilidade e do descompromisso do governante com a saúde, além de constituir uma violência à democracia.

É preciso mudar. Esta mudança deve assumir um compromisso com a democracia participativa em que o cidadão, além de instado a votar a cada dois anos, é convidado a tomar parte da formulação das políticas e do acompanhamento da gestão pública. Essa participação deve ocorrer não apenas nos espaços instituídos de participação, como os conselhos e as conferências. A democracia participativa aqui defendida deve envolver a sociedade no cotidiano do governo, na formulação das políticas públicas preservando o interesse público. Este caminho parece ser a vacina mais eficaz contra o argumento da ‘governabilidade’, que acomoda os parceiros de grupos políticos satisfazendo os seus interesses por setores da administração pública obtidas como prêmio.

O CEBES vem defendendo a ideia de que cabe à sociedade civil assumir a tarefa de politizar e qualificar o debate em torno das eleições e dos projetos políticos em jogo. Debater o que cada candidato apresenta como proposta para a saúde, qualificar e comprometer candidatos e partidos políticos e cobrar depois de sua eleição. Os espaços institucionais de participação popular não devem ser compreendidos como concessão dos governos, pois são conquistas sociais. O exercício da participação social não pode ser marcado pelo corporativismo, cooptação, defesa de interesses privados ou de grupos específicos, mas sim pela defesa dos interesses públicos como eixo da ação política.

O município e a saúde

Todas as pesquisas de opinião divulgadas nesse período eleitoral demonstram que a saúde é a principal demanda da sociedade. Por outro lado, a mesma população que indica este tema como prioridade parece estar mais inclinada a adquirir assistência médica no mercado de planos e seguros privados. Isso se explica, em parte, pelo projeto de desenvolvimento em curso, direcionado a construir na sociedade valores que associam a melhoria das condições de vida das pessoas à ampliação do consumo.

Nesse contexto da sociedade de consumo, o direito de consumir se sobrepõe, como valor, aos direitos sociais, esvaziando o sentido coletivo da ‘política’ na

sociedade. Para os integrantes do CEBES vem se consolidando um sentimento de perda de batalha ideológica pelo movimento sanitário, no qual o sentido do direito a saúde fica reduzido ao consumo de tecnologias (exames, consultas, medicamentos, operações, procedimentos etc.) mediado pelo poder de compra do indivíduo, e não pela necessidade de saúde das pessoas e coletividades.

As evidências científicas quanto à determinação social da saúde são inquestionáveis. É por isso que, na base de toda política para a saúde, é fundamental e necessária a correlação entre as políticas sociais, as condições gerais de vida da população e os problemas de saúde. Nessa perspectiva, as políticas intersetoriais articuladas para garantir renda, moradia, meio ambiente, transporte, educação, cultura, lazer e esporte, no seu conjunto, influenciam profundamente a saúde das pessoas, das coletividades e das cidades.

A tendência apresentada pelos governos é a de separar e fragmentar essas políticas sociais em estratégias e metas isoladas, dispersas e ineficazes. Pode ser que falte ao governante uma visão ampliada e estratégica de seus municípios, mas essa fragmentação é conveniente para operar melhor o loteamento entre os partidos apoiadores na lógica da chamada governabilidade. Torna-se particularmente importante e oportuno para a retomada e o fortalecimento da agenda do Movimento Sanitário realizar o debate nesse período, em que toda a sociedade está por fazer opções políticas. A intenção nesse caso é contribuir para politizar o debate em torno da produção da saúde como resultado complexo do processo de sua determinação social, que requer maior democratização do direito à saúde.

Para o CEBES, as eleições que ocorrem nos municípios são particularmente estratégicas. É no município que se lida com as situações cotidianas da execução dos serviços públicos, o que pode facilitar a construção de um diálogo com a população sobre questões que, embora tenham caráter estrutural, apresentam-se na concretude do serviço ofertado no posto de saúde, na fila de espera, na falta de medicamentos, insumos e profissionais de saúde. A qualificação da rede de serviços de saúde do SUS deve ser meta destacada como compromisso para o gestor municipal. Reverter a fantasia popular sobre a melhor qualidade dos serviços prestados pelos planos privados é o que irá fortalecer o valor social para o SUS.

A perspectiva ampliada para a saúde deve ser perseguida por meio das políticas intersetoriais e, nesse sentido, as alternativas de moradia popular e o enfrentamento da especulação imobiliária compõem a pauta municipal em conjunto com as políticas de recolhimento e tratamento de lixo, a garantia de vagas nas creches, a segurança alimentar e todas as necessidades concretas sentidas e vividas pela população. Essas são algumas questões que devem ser respondidas por políticas intersetoriais a partir de uma visão global das necessidades da população, desconstruindo o governo como espaço do fisiologismo e construindo um governo municipal que integre as diversas áreas e setores de governo a serviço dos interesses públicos.

Enquanto sociedade organizada, é importante considerar as diversas vezes nas quais os resultados eleitorais significaram profundos retrocessos nas políticas sociais, como são exemplo as diversas experiências de rifagem dos sistemas municipais de saúde, assim como as ações de profunda violência contra populações

faveladas, tal qual a ocorrida recentemente em cidades do Estado de São Paulo a partir de iniciativa do poder público. Em outras ocasiões, a eleição de gestores públicos comprometidos permitiu o desenvolvimento de experiências fantásticas, tanto na abordagem ampliada da saúde derivada das políticas intersetoriais como na construção do SUS.

SUS para todos e em todos os municípios

A população reclama por saúde nas eleições, e o prefeito que tiver ouvidos atentos deve ousar e avançar na consolidação do SUS no seu município. O cenário é complexo, pois, no Brasil, a despeito dos importantes avanços que podem ser identificados no SUS, os desafios persistentes exigem compromisso em solucioná-los. Para isso, na maioria das vezes o gestor municipal deverá articular-se com os municípios vizinhos e estabelecer cooperação em serviços, dispostos na modalidade de redes assistenciais.

O subfinanciamento e o estrangulamento orçamentário não são favoráveis aos municípios que devem prover os serviços ao universo de sua população. O comprometimento da participação municipal no financiamento da saúde é imprescindível.

Destaque especial deve ser conferido à ampliação da cobertura populacional e do acesso, garantindo qualidade e atenção em todos os níveis de necessidades e de demandas.

O gestor municipal deve enfrentar a relação quase que promíscua entre a saúde pública e o mercado privado de saúde no seu território municipal, que reflete a fragilidade regulatória e subtrai recursos e chances para que o SUS se consolide sob a ótica dos seus princípios e diretrizes.

Nessa perspectiva, assumir um compromisso com o SUS universal e de qualidade significa:

- Assumir o foco principal nos usuários, nas demandas da população e, para tanto, avançar na universalidade de forma a construir um sistema de saúde para todos os brasileiros, e não somente para os desprovidos, ampliando sua capacidade para atender de forma efetiva e com qualidade as demandas de toda a população, em todas as classes sociais;
- Construir redes de saúde inspiradas nos territórios vivos ocupados pelas pessoas e populações, para além do município, efetivando laços regionais solidários para garantia do acesso, qualidade e integralidade da assistência;
- Priorizar a gestão pública setorial com visão crítica sobre as tendências de privatização da gestão dos serviços de saúde, hoje realizada por diversos instrumentos como OSSs, OSCIPS, 'filantropismos' diversos etc.;
- Atuar contra a precarização do trabalho em saúde, instituindo políticas de gestão do trabalho em saúde e valorizando os trabalhadores do SUS.

Levando tudo isso em conta, o CEBES exorta os candidatos aos poderes municipais que assumam um compromisso concreto e inegociável com a saúde do

povo em seu município, para os moradores urbanos e da zona rural. Para isso, devem perseguir na sua gestão a Constituição Brasileira, que definiu no Artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação

Conjuntamente, o CEBES convoca sua militância e os demais militantes da Reforma Sanitária a acompanharem e aproveitarem esse momento eleitoral de 2012 para intensificar o diálogo com os movimentos sociais, associações, sindicatos, partidos e pessoas do campo progressista e com a sociedade como um todo, reafirmando a defesa da saúde como direito universal de cidadania e a democracia como princípio de uma sociedade justa e solidária.

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Agosto de 2012

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

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 disseminación de la conciencia sanitaria y favorecer la formación de sujetos políticos capaces de demandar proyectos vueltos 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:

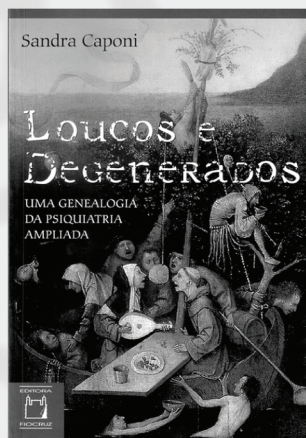
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Av. Brasil, 4.036 – Sala 802 – Manguinhos – 21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil

Tels.: (21) 3882-9140 / 3882-9141 – Fax.: (21) 2260-3782

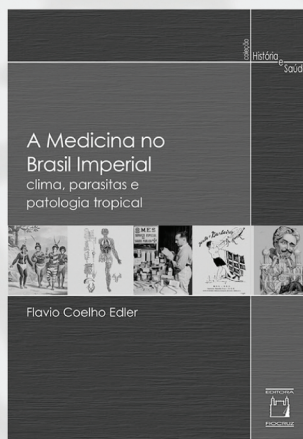
www.cebes.org.br / www.saudeemdebate.org.br

cebes@cebes.org.br / revista@saudeemdebate.org.br

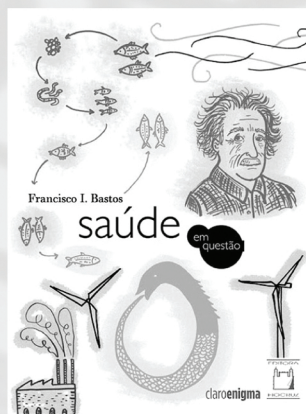




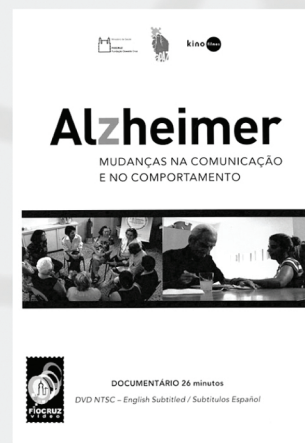
LOUCOS E DEGENERADOS:
 UMA GENEALOGIA DA
 PSIQUIATRIA AMPLIADA
 Sandra Caponi
 210p.
 Preço: R\$29,00



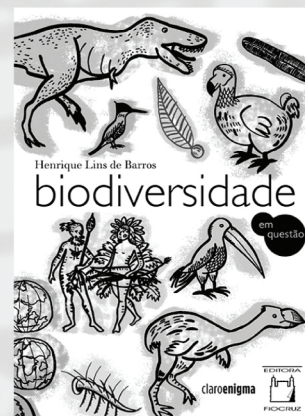
**A MEDICINA NO BRASIL
 IMPERIAL: CLIMA, PARASITAS
 E PATOLOGIA TROPICAL**
 Flavio Coelho Edler
 Coleção História e Saúde
 298p.
 Preço: R\$38,00



SAÚDE EM QUESTÃO
 Francisco I. Bastos
 Coedição: Claro Enigma
 112p.
 Preço: R\$ 24,00



ALZHEIMER:
 MUDANÇAS NA COMUNICAÇÃO
 E NO COMPORTAMENTO (DVD)
 Thereza Jessouroun (direção)
 Selo Fiocruz Vídeo
 26 min.
 Preço: R\$ 10,00



BIODIVERSIDADE EM QUESTÃO
 Henrique Lins de Barros
 Coedição: Claro Enigma
 96p.
 Preço: R\$24,00



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*

Revista foi impressa no Rio de Janeiro em junho de 2012

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 June, 2012

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, 2012.

v. 36; n. 93; 27,5 cm

Trimestral
ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES

CDD 362.1



www.cebes.org.br | www.saudeemdebate.org.br