



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 39, NÚMERO 107
RIO DE JANEIRO, OUT-DEZ 2015

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2015-2017)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2015-2017)

Presidente:	Cornelis Johannes van Stralen
Vice-Presidente:	Carmen Fontes de Souza Teixeira
Diretora Administrativa:	Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Diretora de Política Editorial:	Maria Lucia Frizon Rizzotto
Diretores Executivos:	Ana Maria Costa Isabela Soares Santos Liz Duque Magno Lucia Regina Fiorentino Souto Thiago Henrique dos Santos Silva

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
David Soeiro Barbosa
Luísa Regina Pessôa
Maria Gabriela Monteiro
Nilton Pereira Júnior

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Cristiane Lopes Simão Lemos
Grazielle Custódio David
Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Jairnilson Silva Paim
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Ligia Giovanella
Nelson Rodrigues dos Santos
Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
Roberto Passos Nogueira
Sarah Maria Escorel de Moraes
Sonia Maria Fleury Teixeira

SECRETARIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Cristina Santos

SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITORES CIENTÍFICOS | SCIENTIFIC EDITORS

Maria Lucia Frizon Rizzotto (PR)

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Alicia Stolkiner - Universidade de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Angel Martinez Hernaez - Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha
Breno Augusto Souto Maior Fonte - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Catalina Eibenschutz - Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Diana Mauri - Universidade de Milão, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), México
Elias Kondilis - Queen Mary University of London, Londres, Inglaterra
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
Jean Pierre Unger - Institut de Médecine Tropicale, Antuérpia, Bélgica
José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salete Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil
Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Sulamis Dain - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

SECRETARIA EDITORIAL | EDITORIAL SECRETARY

Frederico Azevedo
Luíza Nunes

INDEXAÇÃO | INDEXATION

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

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

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



Apoio

Ministério da Saúde
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

VOLUME 39, NÚMERO 107

RIO DE JANEIRO, OUT-DEZ 2015

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

908 EDITORIAL | EDITORIAL

ARTIGO BIOGRÁFICO |
BIOGRAPHICAL ARTICLE

912 Giovanni Berlinguer – entre o cotidiano e as fronteiras da vida humana

Giovanni Berlinguer – between the quotidian and the borders of human life

Volnei Garrafa, Paulo Duarte de Carvalho
Amarante

ARTIGO ORIGINAL |
ORIGINAL ARTICLE

920 A Unasul na Assembleia Mundial da Saúde: posicionamentos comuns do Conselho de Saúde Sul-Americano
Unasur in the World Health Assembly: common positions of the South American Health Council

Mariana Faria, Ligia Giovanella, Luana Bermudez

935 Análise estratégica sobre a organização de rede assistencial especializada em região de saúde do Rio Grande do Sul

Strategic analysis on the organization of specialized healthcare network in a health region of the Rio Grande do Sul state

Adriana Roese, Tatiana Engel Gerhardt, Alcides Silva de Miranda

948 Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense à luz das atas do colegiado de gestão

Institution conformation and governance of the health regionalization: the case of the Southern region in Mato Grosso through the records of the management collegiate

Ruth Terezinha Kehrig, Edinaldo Santos de Souza, João Henrique Gurtler Scatena

962 Planejamento regional compartilhado em Minas Gerais: avanços e desafios

Shared regional planning in Minas Gerais: progresses and challenges

Nilo Bretas Junior, Helena Eri Shimizu

972 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná

Emergency Care Units (UPAs): management features to the care networks in Paraná

Liza Yurie Teruya Uchimura, Ana Luiza d'Ávila Viana, Hudson Pacífico da Silva, Nelson Ibañez

984 Avaliação do desempenho da Atenção Básica nos municípios brasileiros com indicador sintético

Performance evaluation of Primary Care in Brazilian municipalities with Synthetic Indicator

Paula Vitali Miclos, Maria Cristina Marino Calvo, Claudia Flemming Colussi

997 Institucionalização da Vigilância em Saúde de Campinas (SP) na perspectiva da Análise Institucional sócio-histórica

Institutionalization of Health Surveillance in Campinas (SP) through the perspective of socio-historical Institutional Analysis

Rosana Aparecida Garcia, Solange L'Abbate

1008 Perfil das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária subsidiando ações de saúde nas regiões brasileiras

Profile of Hospitalization for Primary Care Sensitive Conditions subsidizing health activities in Brazilian regions

Francilene Jane Rodrigues Pereira, César Cavalcanti da Silva, Eufrásio de Andrade Lima Neto

-
- 1018** **Gestão do trabalho nos hospitais da 9ª região de saúde do Paraná**
Work management in hospitals of Paraná's 9th health region
Cintia Teixeira Rossato Mora, Maria Lucia Frizon Rizzotto
- 1033** **Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB**
Evaluative study of the working process of Primary Care Teams from PMAQ-AB
Josiane Ribeiro Silva Medrado, Angela Oliveira Casanova, Cátia Cristina Martins de Oliveira
- 1044** **As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família**
Power relations in the work of Family Health Strategy
Eliana Aparecida Villa, Antônia Vitória Soares Aranha, Liliane de Lourdes Teixeira Silva, Cristina Rabelo Flôr
- 1053** **Protocolo clínico como dispositivo analítico das relações de poder de profissionais de saúde**
Clinical protocol as analytical dispositive of power relations among health professionals
Tereza Cristina Peixoto, Maria José Menezes Brito
- 1065** **Condicionantes do diagnóstico tardio do câncer cervical na ótica das mulheres atendidas no Inca***
Conditioning factors in the late diagnosis of cervical cancer from the perspective of women treated at Inca
Gabriela Rangel, Luciana Dias de Lima, Eliane Portes Vargas
- 1079** **Implementação da atenção em saúde às violências sexuais contra as mulheres em duas capitais brasileiras**
Implementation of health care to sexual violence against women in two Brazilian capitals
Ludmila Fontenele Cavalcanti, Gracyelle Alves Remigio Moreira, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Raimunda Magalhães da Silva
- 1092** **Direitos sexuais e reprodutivos de crianças e adolescentes: desafios para as políticas de saúde**
Sexual and reproductive rights of children and adolescents: challenges for health policies
Luciene Jimenez, Daniel Adolpho Daltin Assis, Ronaldo Gomes Neves
- 1105** **Características dos serviços públicos de saúde mental (Capsi, Capsad, Caps III) do estado de Santa Catarina**
Characteristics of public mental health services (Capsi, Capsad, Caps III) of the Santa Catarina State
Aline Batista Bernardi, Lilia Aparecida Kanan
- 1117** **A percepção do usuário sobre a abordagem de uma equipe de residentes multiprofissionais**
User perception on the approach of a team of multidisciplinary residents
Carolina Vieira Tomanik Adolpho, Ieda Maria Ávila Vargas Dias, Mariana Chaves Aveiro, Ana Cláudia Freitas de Vasconcelos

-
- ENSAIO | ESSAY**
- 1127** **A abertura da saúde nacional ao capital estrangeiro: efeitos do mercado global no Brasil**
The opening of the national healthcare market to Foreign Direct Investment: effects of the global market in Brazil
Jonathan Filippou
- 1138** ***Bacillus anthracis* como ameaça terrorista**
Bacillus anthracis as terrorist threat
Telma Abdalla de Oliveira Cardoso, Duarte Nuno Vieira
- REVISÃO | REVIEW**
- 1149** **Sustentabilidade de intervenções em promoção da saúde: uma sistematização do conhecimento produzido**
Sustainability in health promotion interventions: a systematization of the produced knowledge
Sydia Rosana de Araujo Oliveira, Louise Potvin, Maria Guadalupe Medina
- RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY**
- 1162** **Aplicação do modelo *Egipss* nos hospitais regionais de Mato Grosso do Sul**
Application of the Egipss model in the regional hospitals of Mato Grosso do Sul
Beatriz Figueiredo Dobashi, Alethele de Oliveira Santos, Crhistine Cavalheiro Maymone Gonçalves, Eugenio Oliveira Martins de Barros, Fernando Cupertino de Barros
- 1173** **Promovendo um espaço para informação sobre a Estratégia Saúde da Família: um relato de experiência**
Promoting a field for information concerning strategy in Family Health Strategy: an experience report
Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral
- AGRADECIMENTOS | ACKNOWLEDGEMENT**
- 1182** **Pareceristas que atuaram em 2015**

Editorial

Este novo número da revista 'Saúde em Debate' inicia com uma reflexão sobre o livro 'Bioética cotidiana', de Giovanni Berlinguer. Este autor, falecido em abril do ano passado, foi um dos grandes mentores da Reforma Sanitária no Brasil e chegou a publicar, em 1988, o livro 'Reforma Sanitária – Itália e Brasil' em parceria com Sonia Fleury e Gastão Wagner. A revista continua com uma série de artigos em que predominam os temas de organização, gestão e avaliação de serviços de saúde. O conjunto dos artigos, precedido pelo artigo sobre Giovanni Berlinguer, convoca-nos para uma reflexão sobre o curso da Reforma Sanitária e das políticas de saúde no Brasil.

Ao longo do tempo, políticas públicas tendem a apresentar um curso marcado por uma relativa estabilidade ou, mais bem dito, por uma determinada direcionalidade, contudo, em alguns momentos, esse curso é interrompido por grandes e rápidas mudanças. O curso de estabilidade que é favorecido pela própria institucionalização de uma política sugere que as políticas se transformam apenas de modo gradual incremental. Entretanto, em momentos em que os problemas se avolumam ou quando emergem novos, poderão ocorrer mudanças significativas que sugerem que o curso de políticas públicas é episódico. O processo dessas mudanças é configurado por uma série de fatores, entre os quais, o contexto político e social geral, a mobilização de atores políticos tanto novos como antigos, os conflitos que opõem ou aliam os atores. A efetividade de mudanças dependerá também significativamente das estruturas institucionais de formulação e definição de políticas e de como essas estruturas delimitam o acesso ao processo, mas não apenas. Também são importantes discursos e ideias que suportam mudanças.

A criação e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) evidenciam essa dinâmica geral de políticas públicas. Com o processo de transição do governo militar para um governo democrático, abriu-se uma janela de oportunidades. Nesse momento, vários fatores concorreram para viabilizar uma mudança radical na saúde por meio da criação do SUS: a entrada de atores políticos anteriormente reprimidos ou marginalizados na área (sanitaristas, movimentos sindicais de profissionais de saúde, movimentos sindicais), a emergência de novas estruturas institucionais de formulação de políticas de saúde (VIII Conferência Nacional de Saúde, Assembleia Nacional Constituinte), a produção de novos discursos e ideias sobre saúde (saúde é democracia, sistema único de saúde, os princípios de universalidade, equidade, integralidade, hierarquização e descentralização) que viabilizaram a seção 'Da Saúde' como parte integrante do capítulo 'Seguridade Social', da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Passado o longo tempo de transição política, o SUS foi encontrando um contexto político cheio de ambiguidades: a estrutura institucional de formulação de políticas ampliou-se com novos dispositivos (conferências e conselhos) visando à participação popular, mas ao mesmo tempo a tradicional velha política persistiu, e desnudou-se a secular resistência das elites e classes médias a políticas sociais que promovem inclusão social; a volta a um regime democrático e posterior conquista dos governos municipais, estaduais e federal pelo Partido dos Trabalhadores (PT) desembocou em um declínio de movimentos sociais, ainda que isto não valha para todos, e assim, na área da saúde, entidades como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) têm persistentemente continuado a luta pela efetiva implementação do SUS contra a mercantilização da saúde,

mesmo que essa luta tenha se travado mais na área acadêmica; a produção de discursos e ideias deslocou-se para as áreas de epidemiologia e de gestão em saúde, produzindo conhecimentos importantes para o processo de implementação do SUS, mas muitas vezes deixando a produção de discursos políticos em um vácuo.

Nesse contexto, a velha direcionalidade das políticas de saúde configurada pela relação ambígua entre o ‘público’ e o ‘privado’, ora marcada por tensão ou oposição, ora por uma relação simbiótica, que se achava superada com a criação do SUS, continuou se reproduzindo sob novas formas: de um lado, o SUS, sistema público baseado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade e operando de acordo com a lógica de direitos sociais, e de outro lado, as empresas privadas que produzem ações e serviços de saúde de acordo com uma lógica mercantil; o SUS prestando cuidados de saúde à maior parte da população e desenvolvendo ações de promoção e prevenção de saúde para todos, e as empresas privadas disponibilizando cuidados para empregados de grandes empresas ou para as elites brasileiras e parcelas da população com alta renda que se comportam como se tivessem mais direito à saúde; o primeiro marcado por um crônico subfinanciamento, e o segundo beneficiado por incentivos financeiros governamentais, diretos e indiretos.

A atual crise política, econômica, social e ética aprofunda a tensão e oposição à medida que, de um lado, o Executivo constrange o orçamento do SUS por meio de políticas de ‘ajuste estrutural’ e, de outro lado, o Legislativo favorece as empresas privadas de saúde por intermédio de propostas de emendas constitucionais que fortalecem a penetração do capital estrangeiro na saúde, a expansão da cobertura dos planos privados e a privatização da gestão dos serviços públicos. Entretanto, enquanto a ‘policrise’ está ameaçando o projeto SUS, ao mesmo tempo cria novas possibilidades, suscitando a mobilização não apenas de trabalhadores de saúde, mas de todas as forças sociais que resistam à redução de direitos sociais.

Os desafios que políticas de saúde pautadas nos princípios de universalidade, equidade e integralidade enfrentam em cada momento em uma sociedade extremamente desigual, em que as elites resistem à extensão de direitos sociais, colocam permanentemente questões que exigem o posicionamento crítico, a elaboração de propostas de ação e a mobilização dos grupos, movimentos e lideranças acadêmicas interessadas no aperfeiçoamento das políticas e práticas de saúde no SUS e na produção de conhecimentos que poderão suportar essas ações. Nesta perspectiva, o papel que a revista ‘Saúde em Debate’ assumiu em 1976 continua sendo de alta relevância e também encontra expressão no presente número.

Cornelis Johannes van Stralen
Presidente do Cebes

Referências

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/

constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 15 jan. 2015.

Editorial

This new issue of 'Saúde em Debate' (Health in Debate) begins with a reflection on the book 'Everyday Bioethics', by Giovanni Berlinguer. The author, who died in April last year, was one of the great mentors of the Health Reform in Brazil and even published, in 1988, the book '*Reforma Sanitária – Itália e Brasil*', in partnership with Sonia Fleury and Gastão Wagner. The journal continues with a series of articles in which predominate the themes of organization, management, and evaluation of health services. The set of articles, preceded by the article about Giovanni Berlinguer, calls us to reflect on the course of Health Reform and health policies in Brazil.

Over time, public policies tend to have a course marked by relative stability or, better said, by a certain directionality, however, at times, that course is interrupted by great and rapid changes. The course of stability that is favored by the very institutionalization of a policy suggests that policies change only gradually incrementally. However, in times when the problems pile up or when new problems emerge, there may be significant changes that suggest that the course of public policies is episodic. The process of these changes is set by a number of factors, including the general political and social context, the mobilization of political actors both new and old, the conflicts that oppose or combine the actors. The effectiveness of changes will also significantly depend on the institutional structures of formulation and definition of policies and how such structures delimit access to the process, but not only. Speeches and ideas that support changes are also important.

The creation and implementation of the Unified Health System (SUS) show that overall dynamics of public policies. With the process of transition from the military government to a democratic one, a window of opportunity was opened. At that time, several factors concurred to enable a radical change in health through the creation of the SUS: the entry of political actors who had been previously repressed or marginalized in the area (sanitarians, trade union movements of health professionals, trade union movements), the emergence of new institutional structures of health policymaking (VIII National Health Conference, the National Constituent Assembly), the production of new discourses and ideas on health (health is democracy, unified health system, the principles of universality, equity, completeness, hierarchy, and decentralization) that enabled the section 'Da Saúde' (Of Health) as an integrant part of the chapter 'Seguridade Social' (Social Security) of the 1988 Federal Constitution (BRAZIL, 1988).

After the long period of political transition, the SUS gradually found a political context full of ambiguities: the institutional structure of policymaking was extended with new devices (conferences and councils) aiming at popular participation, but at the same time the traditional old policy persisted, and the secular resistance of the middle classes and elites to social policies that promote social inclusion was stripped; the return to a democratic regime and further conquest of municipal, state, and federal governments by the Partido dos Trabalhadores – PT (Workers Party) culminated in a decline of social movements, although that is not true for all, and so, in the health area, organizations such as the Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco (Brazilian Association of Collective Health) and the Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – Cebes (Brazilian Center for Health Studies) have persistently continued to struggle

for the effective implementation of the SUS against the commodification of health, even if that fight has been battled more in the academic field; the production of speeches and ideas has shifted to the areas of epidemiology and health management, producing important knowledge for the implementation process of the SUS, but often leaving the production of political discourses in a vacuum.

In this context, the old directionality of health policies set by the ambiguous relationship between the ‘public’ and the ‘private’, marked either by tension or opposition, or by a symbiotic relationship, which was thought to be overcome with the creation of the SUS, continued to be reproduced in new ways: on the one hand, the SUS, a public system based on the principles of universality, equity, and integrity and operating according to the logics of social rights, and on the other hand, the private companies which produce health actions and services according to a commercial logic; the SUS providing health care to the majority of the population and developing actions of health promotion and prevention for all, and the private companies providing care for employees of large companies or for the Brazilian elites and shares of the population with high income who behave like they have more right to health; the first marked by a chronic underfunding, and the latter benefited from direct and indirect government financial incentives.

The current political, economic, social, and ethical crisis deepens the tension and opposition as, on the one hand, the Executive power constrains the budget of the SUS through ‘structural adjustment’ policies and, on the other hand, the Legislative power favors private health companies through proposals of constitutional amendments that strengthen the penetration of foreign capital in health, the coverage expansion to private plans, and the privatization of the management of public services. However, as the ‘polycrisis’ threatens the SUS project, at the same time it creates new possibilities, raising the mobilization not only of health workers, but of all social forces that resist to the reduction of social rights.

The challenges that health policies guided by the principles of universality, equity, and integrity face all the time in an extremely unequal society, in which the elites oppose to the extension of social rights, permanently raise questions that require a critical positioning, the preparation of proposals for the action and mobilization of groups, movements, and academic leaderships interested in the improvement of health policies and practices in the SUS and in the production of knowledges that can support those actions. In that perspective, the role that the journal ‘Saúde em Debate’ took on in 1976 remains highly relevant and also finds expression in the current issue.

Cornelis Johannes van Stralen
President of Cebes

References

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/

constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 15 jan. 2015.

Giovanni Berlinguer – entre o cotidiano e as fronteiras da vida humana

Giovanni Berlinguer – between the quotidian and the borders of human life

Volnei Garrafa¹, Paulo Duarte de Carvalho Amarante ²

RESUMO O texto apresenta brevemente a vida do cientista e político italiano Giovanni Berlinguer, falecido em abril de 2015 aos 90 anos de idade. Analisa sua biografia pessoal, além de comentar resumidamente sua exemplar trajetória científica e política. Apresenta também algumas das atividades por ele desenvolvidas em suas frequentes viagens pela América Latina. Além disso, discute o legado por ele deixado para as gerações futuras e sua importante contribuição para a politização da bioética internacional por meio da inclusão dos temas sanitários e sociais na sua agenda.

PALAVRAS-CHAVE Biografia; Democracia; Saúde pública; Bioética.

ABSTRACT *The paper briefly presents the life of the Italian scientist and politician Giovanni Berlinguer, who died in April 2015 when he was 90 years old. It also analyzes its personal biography, and briefly reviews his rich scientific and political history. It also presents some of the activities undertaken by him in his frequent trips throughout Latin America. Furthermore, it discusses his legacy for future generations and his important contribution to the politicization of international bioethics through the inclusion of health and social issues on its agenda.*

KEYWORDS *Biography; Democracy; Public health; Bioethics.*

¹Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ciências da Saúde/ Cátedra Unesco de Bioética e Programa de Pós-Graduação em Bioética - Brasília (DF), Brasil. garrafavolnei@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. pauloamarante@gmail.com

Introdução

Giovanni Berlinguer, além de médico, cientista e político, foi uma personalidade de referência da cultura, da ciência e da política italiana e mundial no século XX. Ele nasceu em Sassari, na ilha de Sardenha no dia 9 de julho de 1924 e morreu em 7 de abril de 2015, em Roma, com 90 anos de idade. Pela sua importância histórica para a República Italiana, o seu corpo foi velado na Câmara Ardente, aberta ao público durante dois dias intensos no Campidoglio, o histórico palácio presidencial no país, seguido por emotivas cerimônias fúnebres emocionadas na Aula Magna da Universidade de Sapienza, à qual ele dedicou três décadas de proveitosa vida acadêmica.

Toda sua vida foi marcada por uma ação acadêmica e política profundamente coerente com os princípios que ele abraçou ao longo da sua existência. Desde muito cedo abraçou o marxismo, filiando-se ao Partido Comunista Italiano (PCI), ao qual se manteve fiel até o seu fechamento nos anos 1990. Na Universidade, se caracterizou por ser um pesquisador crítico, avançado para o seu tempo, tentando – através da prática dialética – especialmente compreender e propor soluções para as inaceitáveis disparidades sociais constatadas no mundo contemporâneo. Ateu por convicção, jamais deixou de tratar todas as religiões, seus representantes e seguidores, com respeito e dignidade, ao ponto de, em muitas circunstâncias, ter sido convidado a eventos organizados por grupos acadêmicos de diferentes origens e tendências religiosas. Como italiano, manteve uma relação distante, porém sempre respeitosa, com a Igreja Católica, mesmo quando, enquanto deputado, foi o relator da vitoriosa lei do aborto naquele país.

O objetivo do presente texto é fazer um breve percurso pela biografia acadêmica e política deste ilustre personagem, registrando algumas das suas principais características e o legado que ele deixou para a humanidade, muito especialmente

nos campos da medicina social, da saúde pública e da bioética.

Biografia científica

Filho do notável advogado Mario Berlinguer, que foi defensor dos direitos humanos durante a resistência italiana na primeira metade do século passado, e especialmente durante as duas grandes guerras mundiais, começou a sua carreira acadêmica como professor de medicina social na universidade local, na ilha de Sarda, até 1974. A partir desse ano, assumiu a cátedra de Saúde do Trabalho na *Università La Sapienza*, em Roma, onde ficou até se aposentar obrigatoriamente aos 75 anos em 1999.

Na universidade romana, Berlinguer, conquistou o título de professor titular através da notável defesa da sua tese na área biológica básica, pois, na época, seu departamento original (Biologia animal e humana) considerava as pesquisas sanitárias ligadas ao campo social (que eram do seu interesse) como ‘coisas pouco científicas’. Por este motivo absurdo, escolheu estudar, com um tom bastante crítico, o assunto das ‘pulgas italianas’, assunto absolutamente original para a época e que proporcionou aos leitores, duas décadas depois, um bem-humorado livro intitulado ‘Minhas pulgas’, que teve como subtítulo ‘como por meio delas me envolvi com a ciência’, e no qual se autodenominou ‘o maior – e único – especialista italiano em pulgas’ (BERLINGUER, 1991A). Seu desejo, na época, era estudar as epidemias como a cólera e outras doenças que afetavam grandes contingentes populacionais e que ocorriam em diferentes regiões italianas. Infelizmente, como já foi dito, a academia asséptica da época, desaprovava os assuntos sanitário-sociais e coletivos, considerando-os de natureza não científicos.

Após o exame de cátedra pelo qual se formou professor pleno da universidade, introduziu definitivamente a temática

histórica e sociopolítica no contexto da causalidade das doenças em Itália, e no mundo inteiro, pois as suas agudas e precisas contribuições também produziram fortes impactos na interpretação internacional da questão.

Suas atividades acadêmicas e políticas – como apresentaremos adiante – resultaram em profundas e decisivas mudanças na estrutura da atenção sanitária italiana, incluindo as decisões sobre o fechamento dos manicômios (BERLINGUER, 1968), e a aprovação legislativa e plebiscitária nacional das leis do aborto em um país que é berço do catolicismo (BERLINGUER, 1978A, 1978B, 1978C).

‘Psiquiatria e poder’ foi o seu primeiro livro publicado no Brasil, por uma editora do estado de Minas Gerais no ano de 1976, e teve grandes repercussões por ser a primeira obra a difundir o extraordinário processo da reforma psiquiátrica desenvolvido e liderado pelo seu amigo Franco Basaglia na Itália, ainda antes da aprovação do próprio projeto de Lei que depois se tornou conhecido como a ‘Lei Basaglia’ e que determinou a extinção dos hospitais psiquiátricos do país (BERLINGUER, 1976B).

Outra das suas características que resulta indispensável registrar neste texto memorístico é a exemplar disciplina em publicar suas pesquisas, trabalhos, além de suas experiências legislativas, em revistas científicas especializadas e livros. Entre algumas das principais publicações da sua vasta obra, podem-se mencionar muito especialmente: ‘*La macchina uomo*’ (BERLINGUER, 1960); ‘*La sanità pubblica nella programmazione economica – 1964-1978*’ (BERLINGUER, 1964); ‘*Sicurezza e insecuranza sociale*’ (BERLINGUER, 1968); ‘*Le salute nelle fabbriche*’ (BERLINGUER, 1969); ‘*La strage degli innocenti*’ (BERLINGUER; TERRANOVA, 1972); ‘*Medicina y política*’ (BERLINGUER, 1973); ‘*La riforma sanitaria*’ (BERLINGUER, SCARPA, 1974); ‘*Infortuni sul lavoro dei minori*’ (BERLINGUER, CECCHINI; TERRANOVA, 1977); ‘*La malattia*’ (BERLINGUER, 1984). Por sua vez, ‘*Medicina e política*’ (BERLINGUER, 1978D), foi o primeiro livro internacional editado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

(Cebes), histórica entidade acadêmica – política – sanitária brasileira fundada em 1976, na sua primeira coleção chamada ‘Saúde em Debate’, texto que se tornou um clássico obrigatório para a formação política dos profissionais de saúde do país na época¹.

No final dos anos 1980, Berlinguer se apaixonou pela bioética, um novo campo de estudo que estava começando a tornar-se conhecido. Nas suas próprias palavras, “*ho deciso di cambiare di strada*”. Porém, apesar de abraçar esta disciplina, jamais abandonou sua área original da saúde pública. Pelo contrário, tentou construir uma nova e original ‘ponte’ entre a bioética e a saúde coletiva por meio do que chamou de ‘bioética cotidiana’, ou seja, a ética da vida ‘daquelas coisas que acontecem todos os dias e que já não deveriam estar acontecendo’ (BERLINGUER, 1991B; BERLINGUER, 2000).

Já na bioética, passou a ser convidado a grandes eventos internacionais como o V Congresso Mundial promovido pela *International Association of Bioethics (IAB)*, realizado no *Imperial College*, em Londres, no ano 2000, e o VI Congresso Mundial, realizado em Brasília, no ano 2002, sob o tema ‘Bioética, Poder e Injustiça’, no qual ministrou a conferência inaugural. Logo depois, em 2003, foi nomeado membro do *International Bioethics Committee (IBC)* da Unesco, sendo, conjuntamente com o filósofo filipino Leonardo de Castro, o relator principal dos primeiros rascunhos ligados à futura Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, homologada em Paris dois anos depois, em 2005. Especialista internacional no assunto, Berlinguer foi membro da Junta Editorial da revista símbolo do Cebes – ‘Saúde em Debate’.

No mesmo período foi designado como presidente do Comitê Nacional de Bioética de Itália, em um raro momento de espaço moralmente plural e politicamente laico da entidade, da que posteriormente seria presidente de honra. Recebeu também os prêmios

¹ Na ocasião do lançamento, na primeira quinzena de novembro de 1978, foi realizada uma matéria com Berlinguer que foi publicada na revista ‘Saúde em Debate’ nº 09, a mesma em que foi publicado o documento político ‘A questão democrática na área da saúde’, que lançou as bases e a proposta do SUS. A matéria, intitulada ‘Saúde não se troca por dinheiro’ reproduz trechos da conferência baseada no livro, que Berlinguer pronunciou no Teatro Ruth Escobar (Revista Saúde em Debate, n. 9, jan./fev./mar., 1980, p. 41-46).

de Doutor Honoris Causa nas universidades de Montreal/Canadá, La Habana/Cuba e Brasília/Brasil, além de muitas homenagens e mesmo um prêmio da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Biografia política

Giovanni Berlinguer começou cedo na política, inspirado pelo seu pai e pela companhia do seu irmão Enrico, que alguns anos depois se tornaria Secretário Geral do Partido Comunista Italiano (PCI) e um dos mais proeminentes líderes comunistas mundiais, ao ser o co-criador do Eurocomunismo, doutrina que confrontou o centralismo socialista soviético. Enquanto estudante, foi secretário e presidente da União Internacional de Estudantes entre os anos 1949 e 1953. Depois, entrou na vida política propriamente dita tornando-se um dos líderes mais importantes do PCI, respeitado e admirado até mesmo por seus adversários, pela forma respeitosa e elegante – apesar de sempre agudo e objetivo – de fazer política.

Ele teve uma intensa atuação legislativa. Com 84 anos de idade, foi eleito, com expressiva densidade eleitoral, deputado do Parlamento Europeu de Strasburgo pelo Partido Socialista Europeu. Anteriormente, tinha sido deputado em três legislaturas (1972, 1976 e 1979) e senador em outras duas (1983 e 1987). Foi também Conselheiro do Município de Roma, função para a qual foi reeleito no ano de 1985, sempre pelo seu amado PCI.

Personalidade do primeiro plano da cultura e da ciência italiana e mundial, contribuiu, através de sua atividade política, cultural e acadêmica nos campos da medicina social e da bioética – com seus mais de 40 livros e centenas de trabalhos acadêmicos publicados – à difusão da cultura científica e à análise crítica do sistema sanitário italiano e mundial. No seu país

de nascimento, além do que já foi mencionado, foi também escolhido no ano 1999 como *Cavaliere di Gran Croce dell'Ordine al merito della Repubblica Italiana* e recebeu a Medalha de Ouro, no ano de 2001, concedida especialmente aos membros beneméritos da Cultura e da Arte da Itália.

Por causa das suas pesquisas e livros na área da saúde dos trabalhadores (BERLINGUER, 1968; BERLINGUER, 1977; BERLINGUER; CECCHIN; TERRANOVA, 1977; BERLINGUER, 1983), teve uma relação muito próxima com as centrais sindicais italianas, especialmente a *CGIL (Centrale Generale Italiana dei Lavoratori)* entidade historicamente próxima ao PCI. Na posse do presidente do Brasil, Luis Inácio Lula da Silva, em janeiro de 2002, compareceu como convidado especial na cerimônia oficial realizada em Brasília, em representação daquela forte organização sindical peninsular. Também em Brasília, no final do ano de 1999, recebeu o Título de Cidadão Honorífico da Cidade, outorgado pela Câmara Legislativa do Distrito Federal brasileiro. Naquela oportunidade, agradeceu com seu peculiar senso de humor, lembrando que a partir de então – com o título recebido – já não poderia ser expulso do país, referindo-se à tentativa de sua repatriação pelo governo conservador no ano de 1951, durante um percurso político nacional como presidente da União Internacional de Estudantes. A justificativa, nas suas próprias palavras, era que ele seria um *“perigoso agente comunista russo disfarçado, cujo nome original seria Gofrei Berlik”*.

Por ocasião do seu falecimento, o presidente da República Italiana, Sergio Mattarella, pronunciou em uma mensagem oficial as seguintes palavras com relação à *“límpida figura de Giovanni Berlinguer”*.

Foi uma personalidade brilhante e dotada de um alto senso moral; médico de grande valor que soube unir na sua extensa trajetória, paixão civil e rigor científico, com um senso de profunda humanidade.

‘Errando’ pela América Latina

Foram incontáveis as vezes em que Giovanni esteve na América Latina, convidado a participar em eventos científicos e congressos, além de proporcionar assessoria técnica e política a entidades e governos. Como tinha uma forma muito peculiar e bem-humorada de se expressar, em um de seus textos denominou a sua experiência na região como ‘20 anos errantes pela América Latina’, dando à palavra ‘errante’ um duplo sentido: de ‘erro’, de estar aqui cometendo erros; e de ‘errar’ por se tratar de uma pessoa de vida livre que andava para cima e para baixo pela região, sem nenhum compromisso ou responsabilidade.

Pela sua atuação na Itália, seu nome, além de se tornar conhecido em diferentes partes do mundo, tornou-se especialmente referência na América Latina, onde parte de seus livros tiveram uma calorosa acolhida, sendo traduzida para o espanhol e para o português, a partir de final da década de 1970. Tais publicações, além de seu importante papel no desenvolvimento das políticas sanitárias em muitos países, foram diretamente responsáveis pela formação acadêmico-política de milhares de profissionais e militantes das mais diferentes profissões da saúde em toda a região.

Além da ação teórica acima mencionada, teve uma influência prática direta nos principais movimentos políticos do campo sanitário regional, através do seu apoio e participação ativa junto a combativos organismos como a Alames (Associação Latino-Americana de Medicina Social) e o Cebes (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde).

Países como Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Cuba, Equador, México, El Salvador, Uruguai e outros, cujo registro foge da nossa memória, receberam suas sempre simpáticas e profundas palavras em diferentes momentos, ainda durante os difíceis tempos em que ditaduras militares

sangrentas assolaram a região. Assuntos diplomáticos como estes, complexos para um pesquisador estrangeiro, jamais o impediram de participar criticamente dos eventos e iniciativas aos quais era convidado. Pelo contrário, nessas ocasiões, o tom das suas intervenções se tornava ainda maior e mais crítico.

Em El Salvador, por exemplo, foi designado, no período inicial do pós-guerra, como um dos principais interlocutores internacionais para trabalhar na difícil construção dos acordos de paz que até hoje perduram entre os revolucionários de esquerda lutando pela igualdade e a democracia, e os governantes da direita autoritária que governava o país.

No Brasil, a difícil construção da reforma sanitária nacional, que culminou com a universalização constitucional do acesso de todas as pessoas à saúde e que foi o resultado de quase duas décadas de luta, teve em Berlinguer um dos seus mentores intelectuais e seu patrão.

No Brasil, participou de Conferências Nacionais de Saúde, sempre como convidado especial e um de seus principais palestrantes. Na X Conferência, realizada no mês de setembro de 1996, marcou sua presença festiva e honrosa na Assembleia do Cebes, convocada paralelamente à Conferência, ocasião em que, por acaso, um dos autores do presente texto passava a gestão da presidência da entidade (Volnei Garrafa – gestão 1994/96) para o outro (Paulo Amarante – gestão 1996/98).

Muitos outros exemplos poderiam aqui ser lembrados, em diferentes países e nos mais diversos momentos. De qualquer forma, apesar das ditaduras e dos governos repressivos que Berlinguer vivenciou enquanto esteve ‘errante’ pela América Latina, seus livros e textos passaram ano após ano de mão em mão, contribuindo substancialmente para a efetiva politização da saúde em toda a região.

Da medicina social e saúde pública à bioética

A chegada de Berlinguer à bioética, além de constituir um marco importante para a área pela sua capacidade crítica de adicionar novas visões e interpretações, foi especialmente providencial no sentido da revisão dos seus fundamentos em relação aos macro temas cotidianos trabalhados até então de modo muito superficial pela teoria principalista dentro do seu estrito ‘principio de justiça’, de visão unilateral anglo-saxão.

Sua mente inquieta dividiu teoricamente a temática da bioética em dois grandes campos: a bioética das situações limites e de fronteira do conhecimento; e a bioética das situações cotidianas, dos problemas que acontecem diariamente na vida das pessoas, comunidades e nações. Dentro destas divisões, incorporou todo seu conhecimento de saúde pública e das situações com ela relacionadas. No cerne das situações limites estavam os assuntos produzidos pelo desenvolvimento científico e tecnológico; e no dos assuntos cotidianos, estavam a exclusão social, a não universalidade ao acesso à saúde, a inequidade na atenção sanitária, a pobreza, o analfabetismo etc.

Assim, as ideias de Berlinguer começaram a ‘contaminar’ a agenda bioética internacional com assuntos histórico-sociais, temas estes muito bem aproveitados pela bioética latinoamericana a partir do início do século XX, especialmente depois do sexto Congresso Mundial realizado em Brasília, quando aconteceu a primeira reunião efetiva com vistas à criação da Rede Latino-Americana y do Caribe de Bioética da Unesco – Redbioética. Se por um lado, não cabe dúvida com relação à paternidade da politização da agenda bioética internacional por parte da Redbioética, por outro, uma das sementes iniciais mais vigorosas deste forte processo dinâmico e dialético foi plantada por Berlinguer, com suas reflexões que construíram uma ponte inicial

indispensável entre a (bio)ética e as questões sociopolíticas da atualidade.

Em termos mais concretos, suas ideias tiveram uma expressiva recepção na Unesco. Como membro de seu *International Bioethics Committee*, como dito anteriormente, foi designado no ano de 2003 relator do rascunho inicial que serviu de base para a futura Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, que só seria homologada em 2005, depois de muitas e controversas versões iniciais. Suas ideias politicamente progressistas, que incluíam fortemente os assuntos sociais, ficaram plasmadas, sem dúvida, na mente dos demais membros que participavam do processo, de modo que acabaram fazendo parte do texto final, ainda que com algumas mudanças que acabaram acontecendo como consequência das incontáveis consultas e discussões.

Entre seus livros dedicados exclusivamente à ética e bioética, não se podem deixar de mencionar os seguintes: ‘*Questioni di vita – etica, scienza, salute*’ (BERLINGUER, 1991B); ‘*Etica, salud y medicina*’ (BERLINGUER, 1994); ‘*Etica della salute*’ (BERLINGUER, 1994); ‘*La merce finale – saggio sulla compravendita di parti del corpo umano*’ (BERLINGUER; GARRAFA, 1996); ‘*II nostro corpo in vendita – cellule, organi, DNA e pezzi di ricambio*’ (BERLINGUER; GARRAFA, 2000); ‘*Bioetica quotidiana*’ (BERLINGUER, 2000).

Considerações finais – o legado histórico de Giovanni Berlinguer

As iniciativas legislativas de Berlinguer foram decisivas para a construção de normas nacionais que mudaram profundamente a sociedade italiana, como a Lei 833 que instituiu o Serviço Sanitário Nacional (BERLINGUER; SCARPA, 1974), a Lei 194 ligada à interrupção voluntária da gravidez (aborto) (BERLINGUER, 1978A, 1978C) e a Lei 180, com o apoio direto do também saudoso Franco Basaglia,

que foi responsável pelo fim da instituição dos manicômios. Nos últimos anos, sua contribuição esteve focada no campo da bioética, para a qual ele foi um dos principais protagonistas internacionais, por meio de constantes participações em atividades institucionais e de produção de orientações teóricas decisivas aos avanços no sentido de um debate mais politizado e mais humano desta disciplina no mundo.

A preocupação constante com a interlocução, com o diálogo e a reflexão estão entre as principais virtudes de Berlinguer, um cientista sempre atento a expor dialeticamente argumentos tanto divergentes quanto concordantes com suas opiniões, procedentes de autores e tendências de orientações também diversas. Sua força criadora, aliada ao seu espírito persistente e indomável de militância, sempre funcionou ao lado de uma surpreendente simplicidade e humildade, um dos seus rasgos mais importantes e próprio dos ‘grandes’.

Determinado em não deixar seus leitores com dúvidas, sempre procurou expressar o número de argumentos necessários para afastar qualquer sombra de incerteza.

Em seus textos científicos, especialmente nos livros, seu cuidado essencial foi de introduzir os temas através de rigorosos dados epidemiológicos da realidade com respeito ao assunto estudado para, em seguida, ir dissecando-os de forma crítica, um depois do outro, com uma racionalidade lógica avassaladora. Seus argumentos raramente deixavam arestas.

Mesmo seus adversários mais persistentes reconheciam sua lógica horizontal e sua habilidade com as informações e ideias para tratar desde assuntos simples até os mais complexos.

É indispensável registrar que mais de uma dezena de livros de Giovanni foram traduzidos para o português e publicados no Brasil, a maioria deles em coleções dirigidas pelo Cebes, entidade da qual tinha admiração e um carinho muito especial e para a qual, segundo informou pessoalmente aos autores deste texto, doou integralmente todos os seus direitos autorais. Algumas destas obras estão disponíveis para os leitores interessados na biblioteca virtual do Cebes.

Aliás, em temas com os quais sua aflição humana era maior, tornava-se polemista de forma aguda e extremamente dura, utilizando referenciais epidemiológicos atualizados, mas não meramente numéricos, assépticos, frios e remotos à realidade, e sim dialeticamente fundamentados em uma epistemologia solidamente fundamentada. Assim, nestas oportunidades, sofria uma mudança radical, transmutando-se de cientista sóbrio a ator sociopolítico incisivo, que combatia a seus adversários com argumentos fortes e sólidos, utilizando grandes conceitos universais e uma enorme visão de futuro.

Com a morte de Giovanni Berlinguer o mundo se empobreceu; tornou-se menos crítico, menos orgânico, menos alegre, menos sábio e nós, seus seguidores e amigos, ficamos órfãos. ■

Referências

BERLINGUER, G. *Minhas pulgas*. São Paulo: Hucitec, 1991a.

_____. *Le salute nelle fabbriche*. Bari: Ed. De Donato, Bari, 1983.

_____. *Bioetica quotidiana*. Roma: Giunti Gruppo Editoriale. Brasília, DF: Editora UnB, 2000.

_____. *Donna e salute*. Roma: II Pensiero Scientifico, 1978a.

- . *Etica della salute*. Milano: II Saggiatore, 1994.
- . *Etica, salud y medicina*. Montevideo: Editorial Nordan-Comunidad, 1994.
- . *II dominio dell'uomo*. Milano: Feltrinelli, 1978b.
- . *La legge sull'aborto*. Roma: Editori Riuniti, 1978c.
- . *La macchina uomo*. Roma: Editori Riuniti, 1960.
- . *La malattia*. Roma: Editori Riuniti. São Paulo: Hucitec, 1984.
- . *La sanità pubblica nella programmazione economica*. Roma: Leonardo – Edizioni Scientifiche, 1964.
- . *Malaria urbana: patologia delle metropoli*. Milano: Feltrinelli, 1976a.
- . *Medicina e politica*. Bari: Ed. De Donato, 1973.
- . *Medicina e politica*. São Paulo: Hucitec, 1978d. (Coleção Saúde em Debate).
- . *Psichiatria e potere*. Roma: Editori Riuniti, 1969.
- . *Psiquiatria e poder*. Belo Horizonte: Interlivros, 1976b.
- . *Questioni di vita – etica, scienza, salute*. Torino: Giulio Einaudi Ed., 1991b.
- . *Sicurezza e insicurezza sociale*. Roma: Leonardo – Edizione Scientifique, 1968.
- BERLINGUER, G.; CECCHINI, I.; TERRANOVA, F. *Infortuni sul lavoro dei minori*. Roma: II Pensiero Scientifico, 1977.
- BERLINGUER, G., GARRAFA, V. *II nostro corpo in vendita: cellule, organi, DNA e pezzi di ricambio*. Milano: Baldini & Castoldi, 2000.
- . *La merce finale – saggio sulla compravendita di parti del corpo umano*. Milano: Baldini & Castoldi, 1996.
- BERLINGUER, G.; SCARPA, S. *La riforma sanitaria*. Roma: Editori Riuniti, 1974.
- BERLINGUER, G.; TERRANOVA, F. *La strage degli innocenti*. Firenze: Nuova Italia, 1972.

A Unasul na Assembleia Mundial da Saúde: posicionamentos comuns do Conselho de Saúde Sul-Americano

Unasur in the World Health Assembly: common positions of the South American Health Council

Mariana Faria¹, Ligia Giovanella², Luana Bermudez³

RESUMO A União de Nações Sul-Americanas (Unasul), criada em 2008, pretende fortalecer a identidade sul-americana e reduzir inequidades regionais. Com a criação de conselho específico, a saúde ganha destaque como área estratégica. O artigo discute a atuação do Conselho de Saúde da Unasul na Assembleia Mundial da Saúde (AMS), a partir da análise dos posicionamentos comuns do bloco de 2010 a 2014. No período analisado, a Unasul apresentou posições comuns referentes a 26 Resoluções. A atuação da Unasul na AMS ao longo dos últimos cinco anos dá visibilidade ao processo de integração regional na América do Sul e fortalece a própria Unasul como um player na agenda global da saúde.

PALAVRAS-CHAVE Cooperação internacional; Saúde global; Organização Mundial da Saúde; Diplomacia em saúde; Cooperação Sul-Sul.

ABSTRACT *The Union of the South American Nations (Unasur), created in 2008, aims to strengthen the South American identity and reduce regional inequities. With the creation of specific council, health is highlighted as strategic area. The article discusses the performance of the Unasur Health Council in the World Health Assembly (WHA), from the analysis of the common positions of the bloc from 2010 to 2014. In the analyzed period, Unasur has presented common positions regarding to 26 Resolutions. Unasur actuation in the WHA over the last five years brings visibility to the regional integration process in South America and strengthens Unasur as a player in the global health agenda.*

KEYWORDS *International cooperation; Global health; World Health Organization; Health diplomacy; South-South cooperation.*

¹Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde/ União de Nações Sul-Americanas (Isags/ Unasul) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
marianafaria@isags-unasur.org

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
giovanel@ensp.fiocruz.br

³Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde/ União de Nações Sul-Americanas (Isags/ Unasul) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
luanabermudez@isags-unasur.org

Introdução

As tentativas em torno da obtenção de consensos na definição de políticas, na promoção de assessorias e assistência técnica, bem como no estabelecimento de redes de colaboração em áreas específicas do campo da saúde têm sido cada vez mais frequentes entre países da América do Sul. Esses consensos e processos de cooperação e colaboração na área da saúde têm gerado acordos mais amplos, que por vezes evoluem para a “formação de comunidades ou blocos regionais” (SANTANA, 2011, P. 2996). Exemplos dessas conformações são o Organismo Andino de Saúde-Convênio Hipólito Unanue (Oras-Conhu), da Comunidade Andina (CAN); o Subgrupo de Trabalho II Saúde (SGT II), do Mercado Comum do Sul (Mercosul); e o Conselho de Saúde Sul-Americano (CSS), da União de Nações Sul-Americanas (Unasul). O CSS é um arranjo intergovernamental no campo da ‘cooperação Sul-Sul’ e da ‘diplomacia da saúde’, que traz novas perspectivas em saúde para países em desenvolvimento (BUSS; FERREIRA, 2011).

A Unasul foi criada como resposta contra-hegemônica à proposta de constituição da Aliança de Livre Comércio das Américas (Alca). Em 2005, durante o IV Encontro das Américas, em Mar del Plata, Buenos Aires, Chefes de Estado de tendência progressista e movimentos antiglobalização expressaram sua rejeição à criação da Alca e iniciaram um novo projeto com vistas a alcançar modalidades alternativas de governança regional, que resultou no nascimento da União de Nações Sul-Americanas. A Unasul firmou-se como um projeto de integração alternativo com compromissos renovados sobre os princípios da democracia, da inclusão social e dos direitos humanos.

A saúde, nesse contexto, tornou-se uma importante arena de integração e de promoção do direito à saúde baseado na universalidade, equidade e integralidade. A partir da criação do CSS, com seus grupos técnicos e suas redes estruturantes, a Unasul parte

para implementar projetos de saúde, criando espaços habilitados para a troca de conhecimentos, e gerando estratégias regionais que têm apoiado a coordenação de posições comuns dos países em fóruns multilaterais, fortalecendo a atuação do bloco como um *player* global em saúde.

O objetivo desta reflexão é identificar de que modo a atuação da Unasul, por meio de posicionamentos comuns na Assembleia Mundial da Saúde (AMS), contribui para o fortalecimento do processo de integração regional na América do Sul, para a construção de uma agenda regional em saúde e para a consolidação da própria Unasul como um *player* global na definição de pautas, na agenda mundial da saúde, que possam contribuir para a redução de inequidades em saúde.

Método

Para a análise da atuação da Unasul na Assembleia Mundial da Saúde, foram identificadas as Resoluções da AMS sobre as quais a Unasul apresentou posicionamentos comuns no período compreendido entre 2010 e 2014. As fontes de informação foram: (i) informes de atividades das Presidências Pro-Tempore (PPTs), do CSS, dos anos de 2010 e 2011; (ii) acervo de documentos do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (Isags), sobre a participação dos Estados-membros da Unasul na AMS, de 2012 a 2014.

A partir da análise desses documentos, foram identificados os posicionamentos comuns na AMS apresentados pelo CSS.

Os informes das PPTs, em 2010 e 2011, permitiram identificar os posicionamentos comuns da Unasul na 63^a e na 64^a AMS. Foram elaborados pelo Ministério da Saúde do Equador, período de 2009-2010, e pelo Ministério da Saúde do Uruguai, período de 2010-2011, possuindo, assim, distintos níveis de informações e detalhamentos sobre os posicionamentos comuns da Unasul na AMS. O informe do Equador detalha a atuação do

CSS na 63ª AMS, informando desde o processo de construção de consenso e dos atores protagonistas até o conteúdo dos posicionamentos comuns apresentados. O informe do Uruguai apresenta menor detalhamento, menciona a atuação conjunta do bloco na 64ª AMS e identifica os temas abordados pelos posicionamentos comuns, porém, sem citar a numeração ou o título das Resoluções da AMS, tampouco o conteúdo dos posicionamentos comuns apresentados.

O Isags foi inaugurado em julho de 2011 e seu acompanhamento da participação da Unasul na AMS iniciou-se em 2012, a partir da 65ª AMS. Desde então, o instituto produz relatórios internos da Direção Executiva sobre o tema e os divulga parcialmente em seu informe de atividades anual, no informe de maio e em seu site (www.isags-unasul.org). Os informes do Isags permitiram conhecer os posicionamentos comuns das AMS 65ª, 66ª e 67ª.

As decisões da AMS tomam a forma de Resoluções, que não são vinculantes e visam gerar recomendações globais. As Resoluções da Organização Mundial de Saúde (OMS), uma vez aprovadas, produzem diretrizes em políticas de saúde, em nível global, que devem ser implementadas nos países (PERMANENT MISSION OF SWITZERLAND TO THE UNITED NATIONS, 2011). Para ter acesso aos textos finais das Resoluções da AMS no período estudado, realizou-se pesquisa no site da OMS (<http://www.who.int/mediacentre/events/governance/wha/en/>).

Dentre o conjunto das Resoluções das cinco AMS estudadas, foram selecionadas aquelas relativas aos posicionamentos comuns da Unasul identificados.

As Resoluções selecionadas com posicionamentos comuns foram agrupadas conforme as cinco linhas prioritárias definidas no Plano Quinquenal 2010-2015, do CSS, e foi realizada uma análise temática de seus conteúdos. Para contextualizar a análise da atuação do CSS, com foco específico em seu papel de formulador e negociador de políticas em fóruns globais, em especial na AMS, descrevem-se inicialmente a conformação, a

estrutura e os objetivos da Unasul e de seu Conselho de Saúde. Em seguida, apresentam-se a estrutura e o funcionamento da AMS. Além disto, são mencionadas participações de outros blocos regionais na AMS, como a União Africana, a Comunidade do Caribe, com especial atenção para o caso da União Europeia, por suas singularidades de representação unificada perante as Nações Unidas, traçando paralelos com a experiência da Unasul. Passa-se, então, a analisar as Resoluções selecionadas.

A Unasul e o Conselho de Saúde Sul-Americano

A Unasul é composta dos 12 países independentes, da América do Sul, com o objetivo de construir uma identidade e uma cidadania sul-americana, e desenvolver um espaço de integração e união nos âmbitos cultural, social, econômico, político, ambiental, energético e de infraestrutura (UNASUR, 2008A). Sua estrutura é dividida entre vertical e horizontal. A estrutura vertical é composta pelo Conselho de Chefes de Estado e de Governo, Conselho de Ministros, Conselho de Delegados, além de uma Secretaria Geral, com sede na cidade de Quito, Equador. A estrutura horizontal conta com 12 Conselhos Setoriais ministeriais, que tratam de temas específicos, como infraestrutura, educação, defesa e saúde, entre outros. Esta estrutura conta ainda com dois centros de pensamento estratégico: um atrelado ao Conselho de Defesa e outro, ao Conselho de Saúde Sul-Americano. A Presidência Pro Tempore (PPT) da Unasul é anual e rotativa, ocupada em ordem alfabética pelos países do bloco.

O CSS foi criado na primeira Reunião do Conselho de Chefes e Chefes de Estado e de Governo do bloco, em 2008, com o objetivo de consolidar a América do Sul como um espaço de integração em saúde que contribua para a saúde de todos e para o desenvolvimento, incorporando e integrando os esforços e avanços sub-regionais. Foi instituído

a partir do consenso de que a saúde é um direito fundamental do ser humano e da sociedade, além de ser um componente vital para o desenvolvimento humano e para a integração regional (UNASUR, 2008A).

É composto pelos ministros da saúde dos doze Estados-membros da Unasul e sua estrutura inclui um comitê coordenador, formado por representantes dos ministérios de cada Estado-membro, cinco Grupos Técnicos (GTs) e seis Redes Estruturantes. Os ministros da saúde da Unasul estabeleceram, em 2010, uma Agenda Sul-Americana de Saúde, que foi posteriormente consolidada pelos GTs em um Plano de Trabalho Quinquenal 2010-2015, com cinco eixos prioritários do CSS (UNASUR, 2010; BUSS, 2011): Vigilância e resposta em saúde; Desenvolvimento de sistemas de saúde universais; Acesso universal a medicamentos; Promoção à saúde e ação sobre seus determinantes sociais; e Desenvolvimento e gestão de recursos humanos em saúde.

Em julho de 2011, o CSS inaugurou, na cidade do Rio de Janeiro (RJ), o Isags, centro de pensamento estratégico que tem como objetivo colocar à disposição dos Ministérios da Saúde dos Estados-membros da Unasul as melhores práticas e evidências para a gestão em saúde, por meio da promoção de intercâmbio, reflexão crítica, gestão do conhecimento e geração de inovações no campo da política e governança em saúde.

Atuação do Conselho de Saúde Sul-Americano

O CSS, ao apresentar uma proposta de integração regional baseada na definição da saúde como direito social vinculado à inclusão e a cidadania, marca uma diferença normativa em relação às experiências do Mercosul e da CAN. No Mercosul, os objetivos centrais da Reunião de Ministros da Saúde (RMS) e do SGT 11 são harmonizar legislações e regulamentações, e eliminar obstáculos e barreiras não alfandegárias ao comércio regional de produtos de

saúde, enquanto na CAN a saúde foi encarada como uma questão basicamente epidemiológica, focada em problemas entre fronteiras (RIGGIROZZI, 2012; QUEIROZ; GIOVANELLA, 2011).

Desde sua criação, em 2008 até julho de 2015, o CSS realizou oito reuniões ordinárias, nas quais os ministros da saúde da América do Sul debateram e decidiram sobre temas como a epidemia de H1N1, a eleição da direção da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e a criação de um banco regional de preços de medicamentos.

Além de ser regional, a ação do CSS avança na formulação e na negociação política em fóruns multilaterais. O CSS teria a capacidade de projetar os objetivos regionais no âmbito da diplomacia regional em saúde e defender a região como um espaço geoestratégico na formulação de política internacional, segundo Riggirozzi (2012).

Além da AMS, o CSS tem atuado na formulação e na negociação política em diversos fóruns globais, como o Conselho Diretivo da Opas e as conferências globais realizadas por agências especializadas, como a VI Conferência Internacional das Autoridades Reguladoras de Medicamentos (ICDRA), 2014; o III Fórum Global sobre Recursos Humanos em Saúde, 2013; a VIII Conferência Global em Promoção da Saúde: Saúde em Todas as Políticas, 2013; e a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2011. Contudo, sem dúvida, a atuação do CSS na AMS, iniciada em 2010, estabelece um marco histórico para a representação da América do Sul no cenário da diplomacia da saúde global.

Assembleia Mundial da Saúde: estrutura e funcionamento

A OMS se estrutura em: um órgão plenário, a Assembleia Mundial da Saúde; um órgão executivo, o Conselho Executivo; e seu corpo de funcionários permanente, o secretariado.

O trabalho do Conselho Executivo e da AMS é integrado (MINELLI, 2006).

O Conselho Executivo é composto por 34 membros, designado pelos Estados-membros eleitos pela AMS. O mandato é de três anos e os membros são eleitos em mandatos alternados e por representatividade das regiões (*quadro 1*). As funções principais do Conselho Executivo são preparatórias e executivas em relação à AMS. A primeira refere-se à definição da agenda da próxima AMS, mas ele também age como o órgão executivo, dando efeito às decisões e políticas aprovadas pela AMS (OMS, 2014A).

O Conselho Executivo se reúne pelo menos duas vezes ao ano: a reunião mais importante ocorre em janeiro e uma segunda reunião ocorre em maio, imediatamente após a AMS. A reunião de janeiro aprova a agenda da AMS que ocorrerá em maio, definida a partir de informes dos comitês regionais, que se reúnem ao longo do segundo semestre do ano anterior (OMS, 2014A).

As duas estruturas deliberativas da OMS possuem processo de deliberação por voto

e aprovação por maioria, sendo que cada membro representa um voto. O quórum mínimo é de 2/3 dos representantes, ou seja, no caso do Conselho Executivo, 2/3 de 34 membros indicados, e no caso da AMS, dos 194 Estados-membros (MINELLI, 2006).

A AMS ocorre anualmente em maio, com a participação das delegações de todos os Estados-membros da OMS, bem como dos organismos intergovernamentais e das organizações não governamentais convidadas (OMS, 2014B). As principais funções da AMS são decidir sobre as políticas da OMS, eleger o Diretor-Geral, supervisionar a execução orçamentária e a administração, e aprovar o programa orçamentário apresentado pelo secretariado.

A AMS se organiza em Plenária, Comitê A e Comitê B. A Plenária reúne todos os participantes da AMS, o Comitê A trata de assuntos técnicos relacionados à saúde e o Comitê B, dos temas financeiros e administrativos da OMS. Nos Comitês se aprovam os textos das Resoluções, que, posteriormente, serão submetidas à plenária.

Quadro 1. Órgãos deliberativos da OMS, composição de 2014

Assembleia Mundial da Saúde					
Plenária		194 Estados-membros Organismos intergovernamentais Organizações não governamentais			
Comitê A		Comitê B			
Assuntos técnicos relacionados à saúde		Temas financeiros e administrativos			
Conselho Executivo					
África - 7	Américas - 6	Europa - 8	Leste Mediterrâneo - 5	Oeste Pacífico - 5	Sudeste Asiático - 3
África do Sul	Argentina	Albânia	Arábia Saudita	Austrália	
Chade	Brasil	Andorra	Egito	China	Coreia
Congo	Cuba	Azerbaijão	Iran	Coreia	Maldívia
Eritreia	EUA	Bélgica	Kuait	Japão	Nepal
Gâmbia	Panamá	Croácia	Líbano	Malásia	
Libéria	Suriname	Lituânia			
Namíbia		Reino Unido			
		Rússia			

Fonte: Elaboração própria.

Além dessas três estruturas fixas, podem ser organizadas pelos participantes, durante a AMS, sessões de informação técnica sobre temas específicos (*side events*), cujo objetivo é apresentar os últimos avanços em distintas áreas, servir de espaço para o debate e facilitar o intercâmbio de informações. A entrada nos Comitês e *side events*, diferentemente de na Plenária, é restrita a alguns grupos de participantes, não incluindo as organizações não governamentais, nem os representantes do setor privado.

O CSS vem ocupando todos os espaços da OMS a partir de distintas estratégias de atuação. Além da apresentação de posicionamentos comuns na AMS, em ambos os comitês, a Unasul reforçou sua representatividade no Conselho Executivo. Das seis vagas destinadas à região das Américas, Estados-membros da Unasul atualmente ocupam metade. Fortalecer a presença do bloco no Conselho Executivo foi estratégico para garantir que os temas definidos como prioridade pelos países da América do Sul pudessem entrar na agenda da AMS seguinte. A Unasul ainda não organizou nenhum *side event* como bloco, mas vários dos temas que foram alvos de posicionamentos comuns tiveram *side events* organizados por um ou mais Estado-membro.

A atuação de blocos regionais na AMS

Quatro blocos regionais – a União Africana (UA), a Comunidade do Caribe (Caricom), o Sistema de Integração da América Central (Sica) e, especialmente, a União Europeia (UE) – já se utilizavam dos posicionamentos comuns entre os países do bloco para apresentar temas de interesse regional na AMS. A Unasul, diferentemente desses quatro blocos regionais que possuem posições de observadores permanentes, em organismos intergovernamentais como a OMS, não é ainda reconhecida como um

bloco de países e, portanto, não possui representação oficial na AMS.

Isso significa que não há um assento na AMS destinado à Unasul e que nenhum representante do bloco pode credenciar-se ou falar na AMS como representante da Unasul. Assim, ainda que os 12 Estados-membros do bloco entrem em consenso e preparem uma proposta de Resolução a partir de um posicionamento comum, e que esta seja apresentada nos Comitês pela PPT e em nome da Unasul, apenas o país ao qual pertence o representante que apresente a proposta de Resolução será considerado como autor da mesma. Os outros 11 países precisam manifestar posteriormente sua concordância em relação ao posicionamento apresentado, individualmente.

A representação da UE na AMS evoluiu no decorrer dos anos e alcançou status diferenciado a partir de 2011. A UE é membro observador das Nações Unidas desde 1974, e manteve os mesmos direitos que os demais observadores permanentes até 2011, quando a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) garantiu à UE amplos direitos, como o de participar dos debates, de se pronunciar juntamente com os Estados-membros, de submeter propostas e emendas, de réplica e de circulação de documentos (A/65/L.64/Rev.1). Quando os países da UE definem uma posição comum, o representante desta entidade está autorizado a apresentar a proposta do bloco, representando seus 28 membros. Desde 2010, a UE possui uma delegação formal frente à OMS, o que facilita a elaboração e a apresentação de posições comuns na AMS (VAN DE PAS; VAN SCHAİK, 2014).

Assim como a representação da UE, a Unasul também avançou em relação aos outros blocos da região. CAN, Mercosul e OTCA, mais antigos do que a Unasul, não se organizaram para uma atuação conjunta na AMS, o que resultou no não reconhecimento da região sul-americana como um ator importante nessa arena. Contudo, a partir de 2010, com a atuação constante e crescente

da Unasul na AMS, esse cenário começa a ser alterado (RIGGIROZZI, 2012).

Posicionamentos comuns da Unasul na AMS: análise e resultados

Nos últimos anos, a OMS e seus órgãos têm buscado tornar-se mais transparentes e acessíveis para seus Estados-membros. Como consequência, a OMS e o tema da saúde global vêm ganhando força na agenda de política internacional dos países e mobilizando atores, com o objetivo de preparar melhor as posições que serão levadas à AMS. Esse exercício incentiva a cooperação entre os países, a fim de apresentar posicionamentos comuns nesse fórum multilateral (VAN DE PAS; VAN SCHAIK, 2014).

Chegar ao consenso em relação a um tema demanda trabalho prévio, e a elaboração dos posicionamentos comuns ocorre tanto em reuniões presenciais como em reuniões virtuais. Os encontros presenciais ocorrem nas reuniões ordinárias e extraordinárias do CSS e do comitê coordenador, em especial, nas reuniões ordinárias realizadas no primeiro semestre de cada ano, que, em geral, ocorrem em março ou abril e antecedem a AMS, e nas extraordinárias realizadas em Genebra, Suíça, durante a própria AMS. Além das reuniões do CSS, reuniões dos GTs, oficinas do Isags e outros fóruns multilaterais também são utilizados pela Unasul para reunir-se e discutir sobre temas que serão futuramente apresentados na AMS como posicionamento comum do bloco. Outro espaço privilegiado para a atuação conjunta do CSS é o Conselho Executivo da OMS. Desde 2013, dos seis representantes das Américas no Conselho Executivo (*quadro 1*), três são Estados-membros da Unasul: Argentina, Brasil e Suriname. Além dos espaços presenciais, o comitê coordenador e os GTs realizam várias reuniões virtuais nos meses que antecedem a AMS, a fim de discutir, em detalhes, os textos

das Resoluções propostas e de suas intervenções comuns (VENTURA, 2013).

Os temas que entram para o debate e posterior consenso do bloco possuem duas portas de entrada: podem partir de uma das estruturas do CSS, como do GT Acesso universal a medicamentos, ou são apresentados por um país, que tem determinado tema como prioridade nacional e busca, em seus companheiros de bloco, o apoio necessário para avançar com o tema no cenário global. Observa-se que o primeiro movimento é o que inicia o processo de consenso para a AMS, mas, nas Assembleias seguintes, os países vão se apropriando desse espaço favorável de negociação, que é o processo de integração. A construção de uma agenda regional em saúde pode acontecer por ambos os mecanismos, pois, uma vez que os países concordam em abraçar o tema de um dos membros do bloco como uma prioridade regional, todos os 12 países se tornam igualmente responsáveis por ele.

A Unasul defendeu seu primeiro posicionamento comum como bloco em um fórum multilateral de saúde em 2010, na 63ª AMS, ano no qual o CSS fortaleceu sua institucionalização com a aprovação de seu primeiro Plano Quinquenal e com a criação dos GTs (UNASUR, 2010). O primeiro posicionamento comum defendido pela Unasul na OMS foi sobre o impacto dos direitos de propriedade intelectual sobre o acesso a medicamentos e o poder de monopólio das empresas farmacêuticas na fixação de preços e decisões sobre genéricos. O posicionamento comum do bloco foi liderado pelo Equador e pela Argentina, que representavam, respectivamente, a PPT e a Coordenação do recém-criado GT Acesso universal a medicamentos.

No período de 2010 a 2014, foram realizadas cinco AMS, tendo sido apresentados posicionamentos comuns da Unasul relativos a 25 Resoluções da Assembleia. O número de Resoluções nas quais a Unasul apresentou posicionamentos comuns aumentou ano a ano, com exceção do ano de 2012 (*quadro*

2), quando foi realizada a eleição do novo diretor para a Opas.

Esse debate mobilizou esforços regionais na busca de um nome comum. Uma reunião extraordinária do CSS foi convocada previamente à 65ª AMS com o objetivo de ouvir os pretendentes indicados por distintos países da região e tentar alcançar o consenso em torno de um candidato único, que pudesse representar a Unasul. Finalmente, não houve consenso da Unasul em torno de um candidato único e os países da região apoiaram distintos concorrentes. Esse movimento em torno de um candidato único, que pudesse representar o bloco, pode ter influenciado na articulação dos países em torno de outros temas da AMS daquele ano, justificando uma queda, em relação ao ano

anterior, no número de Resoluções sobre as quais a Unasul apresentou posicionamento comum na AMS.

Ao longo dos anos, além do aumento no número de Resoluções, ocorreu diversificação nos temas das resoluções que foram objeto de posicionamento comum da Unasul (*quadro 2*). Em 2010, as duas Resoluções objetos de posicionamento comum do CSS estavam relacionadas com a produção de medicamentos. Nos anos seguintes, esse tema se manteve no foco dos posicionamentos comuns do bloco, mas passou a ser acompanhado por diversos outros, como o Regulamento Sanitário Internacional, em 2011 e 2014; a Reforma da OMS, em 2012 e 2013; e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), em 2013 e 2014, entre outros.

Quadro 2. Resoluções da AMS sobre as quais a Unasul apresentou posicionamento comum, 2010-2014

Ano e Nº AMS	Nº de Resoluções	Resolução
2010 63ª AMS	2	A63/6 - Saúde pública, inovação e propriedade intelectual: estratégia mundial e plano de ação
		A63/23 - Falsificação de produtos médicos
		A64/4 - Financiamento da OMS no futuro
		A64/9 - Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (2005)
2011 64ª AMS	5	A64/13 - Trabalho para reduzir a mortalidade perinatal e neonatal
		A64/16 - Produtos médicos de baixa qualidade, espúrios, com etiquetas enganosas, falsificados ou de imitação
		A64/21 - Prevenção e controle de doenças não transmissíveis
2012 65ª AMS	2	A65/5 - Reforma da OMS: Informe consolidado da Diretora-Geral
		A65/24 - Grupo Consultivo de Especialistas para Pesquisa e Desenvolvimento: Financiamento e Coordenação (CEWG)

Quadro 2. (Cont.)

2013 66ª AMS	6	A66/4 - Reforma da OMS
		A66/7- Projeto de Orçamento por Programas 2014-2015
		A66/12 - Deficiência
		A66/13 - Monitoramento dos ODM relacionados à saúde
		A66/22- Produtos médicos de baixa qualidade, espúrios, com etiquetas enganosas, falsificados ou de imitação
		A66/23 - Continuação do informe do CEWG
2014 67ª AMS	11	A67/7 - Marco para o relacionamento com atores não estatais
		A67/12 - Plano de ação mundial sobre vacinas
		A67/16 - Plano de ação mundial da OMS sobre a deficiência 2014-2021
		A67/19 - Monitoramento dos ODM ligados à saúde: informe da secretaria
		A67/20 - Monitoramento dos ODM ligados à saúde: a saúde na agenda para o desenvolvimento pós-2015
		A67/24 - Repercussões da exposição ao mercúrio e aos compostos mercuriais na saúde pública
		A67/25 - Contribuição para o desenvolvimento social e econômico
		A67/27 e A67/28 - Continuação do informe do CEWG
		A67/30 - Acesso aos medicamentos essenciais
		A67/32 - Fortalecimento do sistema de regulamentação
A67/34 - Continuação da Declaração Política de Recife Sobre Recursos Humanos para a Saúde		

Fonte: Elaboração própria.

No período analisado, os temas financeiros e administrativos, tratados no Comitê B, estiveram especialmente relacionados com a reforma da OMS, ainda que o tema de financiamento dos programas também tenha sido objeto em 2013 (*quadro 2*).

No ano de 2012, quando o CSS se pronunciou como bloco pela primeira vez, em relação à reforma da OMS, o Isags havia realizado uma oficina, três meses antes da

65ª AMS, com o tema Diplomacia da Saúde e Saúde Global. A oficina do Isags reuniu delegados dos Ministérios da Saúde e das Relações Exteriores dos Estados-membros da Unasul, além de especialistas no tema. A reforma da OMS foi objeto de apresentações de especialistas convidados e de debates entre os delegados dos países. A troca de informações e o acúmulo de conhecimento propiciados pela oficina facilitaram o

processo de posicionamento comum apresentado pelo CSS sobre a Resolução da AMS A65/5 (*quadro 2*).

A Unasul tem apresentado posicionamentos comuns, tanto no Comitê A como no Comitê B da AMS. Como visto, os temas tratados nesses Comitês se dividem entre assuntos técnicos relacionados à saúde (A) e temas financeiros e administrativos (B) (*tabela 1*).

Usando como categorias de análise os cinco eixos do Plano Quinquenal, é possível observar que o tema de medicamentos, além de inaugurar os posicionamentos comuns em 2010, se manteve constante em todas as AMS (*tabela 1*). Dos 25 posicionamentos comuns apresentados pela Unasul entre 2010 e 2014, 8 foram sobre Resoluções que tratavam do tema de medicamentos. Os demais eixos tiveram atuações variadas no decorrer dos anos. Com exceção do eixo de Recursos Humanos, que teve apenas um posicionamento comum no ano de 2014, os demais eixos somaram quatro posicionamentos comuns cada, e os temas financeiros e administrativos do Comitê B contabilizaram cinco.

Essa concentração dos posicionamentos comuns no tema de medicamentos pode ser explicada por dois fatores: o primeiro é o trabalho contínuo do Grupo Técnico de Acesso Universal de Medicamentos (Gaumu), que, dos cinco GTs do CSS, é o único que, ao longo dos anos, manteve reuniões periódicas e acompanhamento das agendas internacionais. O outro fator é o desabastecimento de medicamentos, que têm sido uma preocupação global, mas,

em especial, dos países em desenvolvimento e não produtores de medicamentos, além da incorporação de tecnologias que vêm gradativamente desfinanciando os sistemas de saúde desses países (GRAY; MANASSE, 2013).

Na análise dos posicionamentos comuns ao longo dos anos, verifica-se que há continuidade e seguimento dos temas, o que demonstra a atuação da Unasul como ator político no cenário global e a capacidade do bloco de intervir nas agendas, buscando resultados que favoreçam os Estados-membros. Na 63ª AMS, por exemplo, a Unasul posicionou-se a favor da criação de um grupo intergovernamental para tratar de mecanismos financeiros inovadores e sustentáveis, a fim de financiar pesquisa e desenvolvimento sobre saúde pública, inovação e propriedade intelectual. Esse Grupo Consultivo de Especialistas para Pesquisa e Desenvolvimento: Financiamento e Coordenação (CEWG) foi criado em 2010 e, nos anos seguintes, a Unasul acompanhou suas atividades. Ainda no eixo de medicamentos, a questão de produtos médicos de baixa qualidade, espúrios, com etiquetas enganosas, falsificados ou de imitação também foi objeto de posicionamento comum da Unasul pela primeira vez em 2010, e foi acompanhado nos dois anos seguintes. O mesmo ocorre com o tema da Deficiência, apresentado em posicionamento comum da Unasul pela primeira vez em 2013, na 66ª AMS e consolidado na AMS seguinte, em 2014, com a aprovação do Plano de Ação Mundial da OMS sobre Deficiência 2014-2021.

Tabela 1. Posicionamentos comuns da Unasul apresentados em relação às resoluções da OMS, segundo o comitê no qual a resolução foi apresentada e temas das resoluções classificados pelos eixos do Plano Quinquenal da Unasul, 2010-2014

Ano e Nº AMS	Nº de Resoluções com posições comuns da Unasul	Comitês				Temas				
		Comitê A	Comitê B	Medicamentos	Sistemas Universais de Saúde	Recursos Humanos	Determinação Social da Saúde	Vigilância e Resposta em Saúde	Financeiros e Administrativos	
2010 63ª AMS	2	2	-	2	-	-	-	-	-	
2011 64ª AMS	5	4	1	1	2	-	-	1	1	
2012 65ª AMS	2	1	1	1	-	-	-	-	1	
2013 66ª AMS	6	4	2	2	1	-	1	-	2	
2014 67ª AMS	11	10	-	2	1	1	3	3	1	
Total	26	21	4	8	4	1	4	4	5	

Fonte: Elaboração própria.

Nos posicionamentos comuns do CSS, independentemente do eixo temático, são identificadas as defesas de determinadas questões prioritárias para o bloco, que aparecem de forma transversal. Esses eixos transversais demonstram que há, entre os países da Unasul, a despeito das diferenças entre os modelos de saúde adotados por cada país, pontos de aderência que têm tido a capacidade de manter a atuação em bloco da região.

A primeira dessas questões é a necessidade de fortalecimento da liderança da OMS e de seu papel protagônico na definição de políticas de saúde em âmbito global. No final dos anos 1980 e início dos 1990, a *United Nations Children's Fund* (Unicef), o Banco Mundial, o Programa de Desenvolvimento da ONU, a Fundação Rockefeller e diversos outros atores passaram a ocupar o vácuo criado por uma crescente ineficiência da OMS. No final da década de 1990, a OMS buscava reposicionar-se como um importante ator no cenário global e remodelar-se como uma organização que efetivamente cumprisse a missão para a qual havia sido criada, capaz de monitorar e influenciar outros atores no cenário global (BROWN; CUETO; FEE, 2006).

Quase duas décadas depois, em 2010, a atual Diretora-Geral da OMS, Margaret Chan, retomou os debates sobre a necessidade de reformar a Organização Mundial da Saúde. O tema foi levado à Assembleia Mundial da Saúde um ano depois, durante sua 64ª edição, com a decisão consensual dos Estados-membros sobre a necessidade da reforma. A posição do CSS no processo de reforma da OMS tem sido bastante crítica, especialmente sobre: a participação de atores não estatais e a necessidade de que a reforma não se detenha a questões administrativas, mas se aprofunde em temas estruturais, como a governança global em saúde e o debate sobre o financiamento da organização. Contudo, apesar da criticidade, os posicionamentos comuns do bloco enfatizam a importância de fortalecer a liderança da OMS e melhorar seu desempenho como autoridade sanitária global, com maior participação dos Estados-membros.

Outro tema presente em vários dos posicionamentos comuns do CSS é a retomada da prioridade da região das Américas dentro da OMS, a partir da garantia de financiamento suficiente para o desenvolvimento das ações

da Opas. Em vários biênios foi observada uma redução contínua da transferência de recursos financeiros para a Região das Américas (OPS, 2013). O último orçamento por programas da OMS aprovado, biênio 2014-2015, destinou apenas 4,4% do orçamento para o Escritório Regional da OMS para as Américas (AMRO). Foi o menor percentual entre as seis regionais, sete vezes menor do que o destinado ao Escritório Regional da África, e quase a metade do destinado ao Oeste Pacífico (GRAY; MANASSE, 2013). O baixo orçamento diminui a capacidade de atuação da Opas, bem como enfraquece as capacidades dos países da região em relação à governança em saúde.

Outra prioridade transversal dos países da América do Sul expressa nos posicionamentos comuns na AMS é a necessidade de aprovação de acordos vinculantes para determinados temas, que são prioritários e necessitam de mais força normativa do que as Resoluções são capazes de propiciar. A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), que entrou em vigor em fevereiro de 2005, após 40 países a terem ratificado, é o primeiro tratado internacional de saúde pública da história. Diferentemente das Resoluções, que apenas produzem diretrizes em políticas de saúde em nível global, o CQCT, por se tratar de um tratado mundial, é juridicamente vinculante, o que significa que seu cumprimento passa a ser obrigatório a partir de sua entrada em vigor (REYNALES-SHIGEMATSU, 2012).

A defesa da ação intersetorial e de maior articulação entre a OMS e as demais agências das Nações Unidas também aparece como prioridade em diversos posicionamentos comuns do CSS na AMS. Os debates sobre a promoção da saúde, os determinantes sociais e políticos da saúde e a relação entre saúde e desenvolvimento sustentável já concluíram que é impossível combater as inequidades em saúde existentes exclusivamente por meio do setor saúde. É necessário operar através de ações intersetoriais, propiciando ações sinérgicas que impactam a saúde (OTTERSEN ET AL., 2014). Essa prioridade

se expressa especialmente nos atuais debates sobre o pós-2015 ou os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Outra questão que aparece transversalmente em diversos posicionamentos comuns é o foco em atender as necessidades dos países em desenvolvimento, ampliando a atuação do CSS para além das fronteiras da América do Sul. Visando fortalecer a cooperação entre países com dificuldades comuns e interesses compartilhados, a cooperação Sul-Sul ocorre pelo intercâmbio de experiências, pela aprendizagem conjunta e pelo compartilhamento de resultados e responsabilidades (SANTANA, 2011).

A ampliação da capacidade da Unasul de traduzir conhecimento e recursos materiais, acumulados regionalmente, em instrumentos de atuação política, depende de sua capacidade de atuar como um agente global, interagindo com outros atores externos à região e estabelecendo bases comuns para a implementação de ideias e consensos na governança da saúde global (RIGGIROZZI, 2012).

Considerações finais

Kickbush e Buss (2011) destacam que o mundo está passando por uma mudança geopolítica, e os países em desenvolvimento, que antes não tinham como expressar suas necessidades diante dos países desenvolvidos, agora têm uma voz na arena internacional. Com isso, surgiu esta nova compreensão de cooperação Sul-Sul, com ênfase na importância da assistência mútua. A Unasul compreendeu que agregar os países do 'sul global' em torno de interesses comuns pode fortalecer as posições da região não somente na AMS, como também em outros foros internacionais multilaterais.

Em uma época na qual as questões de saúde transcendem fronteiras, foi necessário desenvolver uma nova abordagem à diplomacia para que esses desafios transnacionais de saúde pudessem ser resolvidos de forma

conjunta pelos países (KICKBUSH; BERGER, 2010). A diplomacia da saúde global busca captar tanto o sistema quanto o método dos processos de negociações em relação aos diversos níveis e atores que modelam e gerem o ambiente político global no âmbito da saúde. Nesse contexto de mudança geopolítica, os países perceberam, cada vez mais, que a diplomacia da saúde global oferece grande potencial para lidar com esta rápida transformação (KICKBUSH; BUSS, 2011). Na América do Sul, o Conselho de Saúde Sul-Americano inaugurou o exercício dessa diplomacia diferenciada com foco na saúde como impulsor para o desenvolvimento regional, a partir da formação de consenso entre seus Estados-membros e da definição de posicionamentos comuns nos foros internacionais.

A atuação da Unasul, por meio de posicionamentos comuns na Assembleia Mundial da Saúde, ao longo dos últimos cinco anos, claramente traz visibilidade ao processo de integração regional na América do Sul e fortalece a própria Unasul como um *player* global na agenda mundial da saúde, através do exercício da diplomacia da saúde. O acompanhamento dos temas ao longo dos anos indica maturidade do bloco na definição das prioridades e das posições políticas defendidas, visando alcançar objetivos de interesses comuns.

Contudo, há questões nas quais a Unasul e o CSS podem avançar, com o objetivo de ampliar e qualificar sua atuação na arena global. Buscando colaborar com os próximos passos deste processo, apontamos alguns dos possíveis caminhos.

A primeira questão é a informalidade da representação da Unasul na AMS, o que ainda limita sua atuação. O reconhecimento do bloco como um observador, com assento garantido na AMS, poderá ser o próximo passo na consolidação da Unasul como um *player* na arena da saúde.

Além da formalização de sua participação, consideramos que o CSS pode potencializar sua ação como *player* global organizando-se

por meio de reuniões virtuais e presenciais, realizando o acompanhamento das agendas do Conselho Executivo da OMS e da AMS, e participando de outros eventos globais temáticos, promovidos ou não pela OMS. Nessas arenas, a Unasul pode construir alianças com outras regiões e países que possam fortalecer as posições e valores defendidos pelo bloco, e somar votos, pois a Unasul representa apenas 12 votos em um universo total de 194. O sul global deve ser o parceiro principal buscado pela Unasul, especialmente outros blocos de países do sul, como a União Africana; o grupo formado por Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul (Brics); a Caricom; o *Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (Comisca)*; a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) e a *Southern Africa Development Community (SADC)*. Porém, a diplomacia sanitária exercida pela Unasul poderá agregar também países da Europa e o Canadá, por exemplo, visto os valores e princípios que aparecem transversalmente em seus posicionamentos comuns, em questões de saúde global.

Outro ponto fundamental é gerar dados e evidências sobre as prioridades regionais, que virão a se tornar posições comuns da Unasul. É necessário aprender com os grandes *players* globais, como os países do norte e instituições como o Banco Mundial, que convencem com seus números e apresentam informações consistentes neles baseadas, desenvolvendo capacidade técnica e fortalecendo sua capacidade de negociação. Oficinas, seminários e reuniões que permitam aos países da Unasul compartilhar informações, conhecimentos, desafios e boas práticas sobre os problemas de saúde devem ser estimulados, visto que são ferramentas fundamentais para a construção de políticas regionais, bem como para a efetivação de acordos bilaterais e a transferência de conhecimento entre seus Estados-membros.

Fortalecer a região por meio de políticas e ações intersetoriais é importante

para ampliar a atuação da Unasul na arena global, para além da saúde. A Unasul conta com outros 11 Conselhos Ministeriais e um Conselho de Ministros de Relações Exteriores. Quando essa estrutura começar a coordenar suas ações e atuar em conjunto, em diferentes arenas globais, o bloco poderá melhorar muito sua posição de *player* global.

Finalmente, o CSS e a Unasul precisam se aproximar da sociedade civil e da academia

sul-americana. A construção de laços com os movimentos sociais e a academia, na América do Sul, são importantes passos para construir uma nova governança democrática em saúde na região. Esses atores regionais têm lutado pela saúde e pela democracia por muitas décadas, e devem ser aliados da Unasul. É necessário fomentar a participação cidadã, a partir de mecanismos como conselhos e consultas públicas. ■

Referências

- BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E. A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 623-647, 2006.
- BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. Cooperação e integração regional em saúde na América do Sul: a contribuição da UNASUL Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2699-2711, 2011.
- GRAY, A.; MANASSE, H. R. *Shortages of medicines: a complex global challenge*. 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/90/3/11-101303/en/#.U0woc7GDYeQ.mendeley>>. Acesso em: 26 dez. 2014.
- KICKBUSH, I.; BERGER, C. Diplomacia de saúde de global. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 19-24, 2010.
- KICKBUSH, I.; BUSS, P. Global Health Diplomacy and Peace. *Infectious Disease Clinics of North America*, New York, v. 25, n. 3, p. 601-10, 2011.
- MINELLI, E. World Health Organization: the mandate of a specialized agency of the United Nations. 2006. 196 f. Monografia (Graduação em Political Science, especializando em International Relations) – Catholic University of Milan, Milão, 2006. Disponível em: <http://www.gfmer.ch/TMCAM/WHO_Minelli/P1-4.htm>. Acesso em: 4 out. 2014.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Reglamento Interno del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud. *Decisión EB134(3)*. 2014a. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_3-en.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2015.
- . Reglamento Interno de la Asamblea Mundial de la Salud. *Resolución WHA66.18*. 2014b. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R18-sp.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2015.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Resolución CE152.SS.R1*. Asignación de Fondos de la OMS a la Región de las Américas. 152a Sesión del Comité Ejecutivo, 29 de abril del 2013. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=21330&Itemid=721&lang=en>. Acesso em: 12 nov. 2015.
- OTTERSEN, O. P. *et al. As origens políticas das inequidades em saúde: perspectivas de mudança*. The Lancet – Comissão da Universidade de Oslo sobre Governança Global em Saúde. 2014. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/Image/Lancet%20Oslo%20Sumario%20Executivo%20portugues.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2015.
- PERMANENT MISSION OF SWITZERLAND TO THE UNITED NATIONS. *The PGA Handbook: a practical guide to the United Nations General Assembly*. New York, 2011. Disponível em: <https://www.eda.admin.ch/content/dam/eda/en/documents/publications/InternationaleOrganisation/Uno/UN-pga-handbook_en.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2015.
- QUEIROZ, L. G.; GIOVANELLA, L. Agenda regional da saúde no Mercosul: arquitetura e temas. *Rev. Panam. Salud Pública*, Washington, DC, v. 30, n. 2, p. 182-188, 2011.

REYNALES-SHIGEMATSU, L. M. El control del tabaco, estrategia esencial para reducir las enfermedades crónicas no transmisibles. *Salud Pública Méx.*, Cuernavaca, v. 54, n. 3, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342012000300015&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 27 dez. 2014.

RIGGIROZZI, P. *Acción colectiva y diplomacia de UNASUR Salud: la construcción regional a través de políticas sociales*. Buenos Aires: FLACSO, 2012. (Documento de trabajo, 63).

SANTANA, J. P. Um olhar sobre a cooperação sul-sul em saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2415-2424, 2011.

UNIÓN DE NACIONES SURAMERICANAS (UNASUR). *Decisión para el Establecimiento del Consejo de Salud Suramericano de la Unasur*. 17 de dezembro de 2008a. Disponível em: <<http://www.unasursg.org/images/descargas/ESTATUTOS%20CONSEJOS%20MINISTERIALES%20SECTORIALES/ESTATUTO%20CONSEJO%20DE%20SALUD.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2014.

———. *Plan Quinquenal 2010-2015 Consejo de Salud Suramericano*. 28 de abril de 2010. Disponível em: <http://www.isags-unasur.org/it_biblioteca.php?lg=2&cat=1&bb=67>. Acesso em: 3 out. 2014.

———. *Tratado Constitutivo de la Unión de Naciones Suramericanas*. 23 de maio de 2008a. Disponível em: <http://www.isags-unasur.org/documentos_interna.asp?lang=3&idArea=26&idPai=2421>. Acesso em: 3 out. 2014.

VAN DE PAS, R.; VAN SCHAIK, L. Democratizing the World Health Organization. *Public Health*, New York, v. 128, n. 2, p. 195-201, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2013.08.023>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

VENTURA, D. Saúde pública e política externa brasileira. *Conecta Direitos Humanos*, São Paulo, v. 10, n. 19, 2013. Disponível em: <<http://www.conectas.org/pt/acoes/sur/edicao/19/1000466-saude-publica-e-politica-externa-brasileira>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

Recebido para publicação em abril de 2015
Versão final em setembro de 2015
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Análise estratégica sobre a organização de rede assistencial especializada em região de saúde do Rio Grande do Sul

Strategic analysis on the organization of specialized healthcare network in a health region of the Rio Grande do Sul state

Adriana Roesse¹, Tatiana Engel Gerhardt², Alcides Silva de Miranda³

RESUMO Neste artigo busca-se analisar as principais estratégias intergovernamentais e os arranjos organizacionais instituídos para o incremento da acessibilidade a serviços assistenciais especializados, localizados em região de saúde do Rio Grande do Sul. Trata-se de investigação de natureza exploratória e caráter descritivo, com análise estratégica de abordagem qualitativa, a partir de documentos e entrevistas realizadas com dirigentes governamentais. A análise evidenciou tensões e disposições políticas distintas, com preponderância de estratégias cooperativas, embora tenham sido utilizados meios estratégicos diversos, em razão da assimetria no controle de recursos e de margens de autonomia organizacional.

PALAVRAS-CHAVE Regionalização; Acesso aos serviços de saúde; Pesquisa estratégica; Políticas, planejamento e administração em saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *In this article it was sought to analyze the main intergovernmental strategies and organizational arrangements established to increase the accessibility to specialized social assistance services, located in a health region of Rio Grande do Sul. This is a descriptive exploratory research, with strategic analysis of qualitative approach, from documents and interviews with government leaders. The analysis showed tensions and distinct political provisions, with the preponderance of cooperative strategies, although it has been used several strategic means, due to the asymmetry in resources control and margins of organizational autonomy.*

KEYWORDS *Regional health planning; Health services accessibility; Strategic research; Health policy, planning and management; Unified Health System.*

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem - Porto Alegre (RS), Brasil.
adiroese@gmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem - Porto Alegre (RS), Brasil.
tatiana.gerhardt@ufrgs.br

³Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Enfermagem - Porto Alegre (RS), Brasil.
alcides.miranda@ufrgs.br

Introdução

No decorrer das décadas de 1980 e 1990, no Brasil, em concomitância com a transição política ocorrida após o regime ditatorial, a diretriz de descentralização política e administrativa para sistemas e serviços de saúde emergiu como uma estratégia institucional de propósitos republicanos, visando agregar valores democráticos com participação social, como também buscar a transferência de recursos e uma maior autonomia institucional das esferas e instâncias subnacionais de governo. Mesmo assim, os processos correlatos de descentralização administrativa, desencadeados desde então, caracterizaram-se mais pelas medidas de racionalização econômica, com desconcentração gerencial, do que propriamente pela descentralização intergovernamental de poder político institucional ou pela participação social mais efetiva (ELIAS, 1996).

Ao longo do período aludido, os processos de descentralização intergovernamental e desconcentração gerencial de sistemas e serviços de saúde derivaram de um conjunto de estratégias programáticas de âmbito nacional, regulamentadas por sucessivas normas operacionais instituídas pelo Ministério da Saúde (MS), em pactuação com as representações associativas de secretários estaduais e municipais de Saúde. Apesar das regulamentações normativas para a reordenação de fluxos de recursos e da reorganização de sistemas e serviços de saúde, consideradas excessivas por autores como Carvalho (2001), persistem dificuldades para inovação, consecução, consolidação, modulação e regulação de estratégias e tecnologias institucionais de descentralização política e administrativa entre os entes governamentais, tanto entre si quanto com as instâncias de participação e controle social.

Na década de 1990, houve ênfase discursiva e, ocasionalmente, normativa na estratégia interinstitucional de ‘municipalização’ com dinâmica ascendente, visando

à descentralização intergovernamental de sistemas e serviços de saúde. Instituíram-se modalidades e prerrogativas de autonomia para a gestão municipal em saúde, com as transferências de recursos financeiros federais em blocos, ‘fundo-a-fundo’, a partir da adesão dos municípios às estratégias programáticas ministeriais (BRASIL, 1990; BRASIL, 2011; VIEIRA, 2009). A ênfase na estratégia de ‘municipalização’ tendeu a gerar fragmentação do sistema de saúde e segmentação de níveis assistenciais, além de dificultar a coordenação e a proatividade das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) (SANTOS; ANDRADE, 2007).

Ainda em meados da década de 1980, instituiu-se uma modalidade de Programação Pactuada e Integrada (PPI) com a definição e a regulação de quantitativos e fluxos para recursos financeiros, demandas e atendimentos intermunicipais e interestaduais nos serviços de Assistência Especializada (AE) à saúde. Desde então, tais dispositivo e logística passaram por reformulações e aprimoramentos e continuam vigentes na maior parte do País.

No período de 2000 a 2010, houve a tentativa de organização de Sistemas Regionais de Saúde, a partir de sucessivas versões de Normas de Assistência à Saúde (Noas) com definições de Planos Diretores de Regionalização (PDR), para o referenciamento de AE (módulos e polos assistenciais), de meios e modalidades para programações físicas e financeiras e de tecnologias para o controle e a regulação de fluxos assistenciais. Ainda no decorrer da mesma década, a partir da adesão de estados e municípios à estratégia interinstitucional programática, denominada Pacto pela Saúde (VIEIRA, 2009), houve a definição de prioridades assistenciais com o dimensionamento de metas afins.

Já na presente década, houve a promulgação do Decreto-Lei 7.508/2011 (BRASIL, 2011), que dispõe e regulamenta as regiões de saúde, suas instâncias de gestão Colegiada (Comissões Intergestores Regionais – CIR), suas redes de serviços de ‘portas de entrada’ e decorrentes fluxos assistenciais, sob

a coordenação primordial da Atenção Primária à Saúde. Além de dispor sobre dispositivos para o planejamento (Mapas de Saúde), para a configuração de ofertas (Relações de Serviços e Medicamentos), para a ordenação de fluxos de acessibilidade a partir de algoritmos (Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas) e linhas de cuidado. A conformação prescritiva dos acordos e compromissos intergovernamentais sobre os processos de regionalização (recursos financeiros alocados, percursos e fluxos preestabelecidos, arranjos organizativos e assistenciais correlatos etc) deve ser formalizada em Contratos Organizativos de Ação Pública da Saúde (Coaps). Entretanto, até o início de 2015, somente algumas regiões, em dois estados brasileiros, já haviam formalizado os respectivos Coaps e, portanto, institucionalizado os seus processos de regionalização.

Atualmente, cerca de 3/4 dos municípios brasileiros possuem pequeno porte populacional (menos de 20.000 habitantes) e dispõem somente de serviços restritos à Atenção Básica e a alguns procedimentos de AE, notadamente no nível assistencial de Média Complexidade (MC). Geralmente, nos casos desses municípios, os serviços de AE assistem predominantemente às demandas autóctones com ênfase no manejo de condições agudas ou agudizadas.

O Rio Grande do Sul, por sua vez, conta atualmente, com aproximadamente 83% de municípios de pequeno porte populacional e em condições assistenciais similares às referidas anteriormente. Assim, no estado, também é considerada prioritária a constituição de sistemas e redes regionais para serviços de saúde de AE, visando a uma melhor organização no aporte e na alocação de recursos financeiros e tecnológicos, uma melhor programação de demandas e fluxos assistenciais, uma melhor acessibilidade e um atendimento mais eficiente e bem qualificado.

Ao longo dos últimos 15 anos, as Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do

Sul, representadas por sua associação (inicialmente, denominada Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde – Assedisa, e, mais tarde, Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul – Cosems-RS), juntamente com as gestões governamentais na Secretaria Estadual de Saúde, buscaram convergências e alinhamentos com as estratégias programáticas nacionais. A definição e a implantação de Planos Diretores Regionais, nos termos das Noas, ocorreram a partir de 2002, com a configuração de 19 Regionais de Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2002). A adesão aos termos do ‘Pacto pela Saúde’ foi incrementada a partir de 2008, com a implantação de Comissões Intergestores Bipartites Regionais. Agora, com a vigência do Decreto-Lei 7.508/2011 (BRASIL, 2011), o estado alterou sua configuração para 30 regiões de saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2012) e avança, gradualmente, na preparação e consecução de iniciativas preestabelecidas como requisitos para os Coaps.

Ainda, a partir de 2002, no Rio Grande do Sul, ocorreram diversas iniciativas e articulações políticas visando à organização logística e funcional de regiões de saúde, com ênfase na garantia de acesso aos serviços especializados, com maior resolubilidade, melhor eficiência e tecnologia adequada (FERLA ET AL., 2002). Particularmente, uma dessas iniciativas ocorreu entre alguns municípios de uma regional de saúde do sul do estado, a partir da organização autônoma de um Consórcio Intermunicipal de Saúde (Centro-Sul – Consórcio ICS). Naquele momento e naquela circunstância, houve um entendimento, por parte dos dirigentes governamentais dos 13 municípios consorciados, de que as instâncias normativas e os serviços existentes (no contexto normativo e em função da Noas) não atendiam minimamente às expectativas e demandas para a organização e a garantia de acesso de suas respectivas populações aos serviços especializados de MC. O foco deste estudo é essa iniciativa particular de articulação

intermunicipal e organização autônoma de um sistema e um serviço regional no referido nível de assistência.

No caso da análise sobre a constituição de um sistema regional para serviços assistenciais especializados e em termos de georreferenciamento aplicado a uma determinada logística sistêmica, consideraram-se três variáveis primordiais: o território-vivo, os fixos e os fluxos. Nos termos preconizados por Milton Santos (1988), o território-vivo é um âmbito complexo e permeado por dinâmicas reticulares e intervenientes, mas, em se tratando do enfoque reduzido e específico do estudo, o mesmo é realçado a partir de sua territorialidade como instância de decisões logísticas e funcionais com propósitos determinados (AE de MC). Para o mesmo autor, os fixos podem ser definidos como objetos recursivos, e os fluxos como dinâmicas interativas, relacionais, processuais. Na configuração de redes e dinâmicas interagentes em um dado território-vivo, os fixos e os fluxos são indissociáveis, imbricados e encontram-se relativamente contidos, pois também existem tensões e movimentos centrífugos, linhas de fuga.

No caso dos processos de regionalização em foco, ressalta-se que a configuração de fixos assistenciais em uma dada circunscrição territorial depende da definição prévia da oferta de recursos (financeiros, tecnológicos etc.), de serviços especializados, de trabalho profissional e de procedimentos (ambulatoriais, hospitalares, de apoio diagnóstico e terapêutico etc). A definição de fluxos assistenciais se ampara sobremaneira na previsão de demandas específicas, na programação física e financeira de procedimentos ofertados, na definição de itinerários (diagnósticos, terapêuticos etc.), na capacidade de regulação da acessibilidade (Complexos Regulatórios) e de gestão colegiada (Comissões Intergestores).

As logísticas recursivas e dinâmicas funcionais de ordenação, integração e regulação sistêmicas não podem estar autorreferidas. São sujeitos conscientes, agentes sociais,

atores institucionais aqueles que as (re) produzem e/ou transformam. Sendo assim, para analisar os epifenômenos de configuração logística e sistêmica de redes de AE, em âmbito regional, importa identificar atores sociais proativos e implicados em tal cenário, assim como os principais meios estratégicos utilizados, as principais estratégias institucionais dinamizadas.

A análise estratégica situacional de Carlos Matus (1996), tomada como referencial teórico e metodológico no caso deste estudo, busca evidenciar as distintas leituras de atores institucionais implicados em determinadas tramas e cenário de regionalização de serviços especializados de saúde, assim como os principais meios estratégicos utilizados por eles.

Existem muitas publicações, nacionais e internacionais, acerca de estudos de regionalização de sistemas e serviços de saúde. Alguns com ênfase em revisões históricas e conceituais (MELLO; VIANA, 2012), outros com enfoques em análises de estratégias institucionais, notadamente programáticas (LEMONS ET AL., 2003) e análises conjunturais. Também são abundantes as publicações de estudos empíricos correlatos, com relatos de experiências (ARAÚJO; FERREIRA; NERY, 1973), estudos de casos (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010), inclusive sobre processos de consorciamentos regionais (JUNQUEIRA; MENDES; CRUZ, 1999) e processos decisórios Intergestores de âmbito regional (REIS; CÉSSE; CARVALHO, 2010).

Conforme antecipado, a presente publicação busca evidenciar aspectos significativos de uma análise estratégica acerca de processo decisório e configuração logística de rede de serviços especializados e de âmbito regional. Espera-se, assim, contribuir para a produção de mais conhecimentos sobre essa temática e para o intercâmbio de estudos e análises afins.

Aspectos metodológicos

Trata-se de estudo exploratório, com ênfase em análise estratégica (MATUS, 1996) sobre determinado espaço e processo decisório

intergovernamental, a partir de abordagem predominantemente qualitativa.

O continente territorial considerado no estudo corresponde a 13 municípios da região sul do Rio Grande do Sul (região Centro-Sul), articulados em uma instância decisória própria, sob a égide do Cosems-RS. A partir dessa instância, instituiu-se um Consórcio Intermunicipal de Direito Privado, em busca de melhor oferta e maior resolubilidade na assistência de serviços com procedimentos de MC.

Por ocasião do estudo, a maioria dos municípios selecionados possuía pequeno porte populacional (menos de 20 mil habitantes), sendo que os mesmos estavam vinculados a duas microrregiões geopolíticas: Costa Doce Sul – Amaral Ferrador, Arambaré, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Chувиска, Cristal, Dom Feliciano, Sentinela do Sul e Tapes; Costa Doce Norte – Barra do Ribeiro, Guaíba, Mariana Pimentel e Sertão Santana.

Nos termos e critérios de seleção para amostragem intencional de abordagem qualitativa, a população do estudo foi composta por atores sociais, de âmbito institucional, implicados diretamente na gestão governamental de saúde: gestão municipal: secretários e ex-secretários de Saúde (AMI-15); gestão regional: dirigentes de serviços regionais de saúde (AR1-3); e gestão estadual: dirigentes da CRS-SES/RS (AE1-3).

A coleta de informações ocorreu por meio de 21 entrevistas semiestruturadas, realizadas entre outubro de 2010 e abril de 2011. Os roteiros eram distintos, de acordo com os âmbitos de gestão dos entrevistados e continham questões sobre a implementação de serviços descentralizados nos municípios e na região, a participação regional e estadual no planejamento regional de saúde, o foco na atenção de MC, os fluxos de referência, além dos obstáculos e facilidades da consolidação do processo de regionalização. Realizou-se, também, uma análise documental com foco em registro de dados e informações referentes às tomadas de decisão na região e ênfase no processo em estudo.

As entrevistas foram gravadas e transcritas literalmente. O material proveniente das entrevistas e dos documentos foi processado com o auxílio do programa NVivo 7. O material processado a partir dos documentos e das entrevistas, inicialmente, foi ordenado em categorias explicativas, a partir de utilização do método de Análise de Conteúdo do tipo categorial e temática (BARDIN, 2011). Em seguida, as categorias temáticas identificadas foram ordenadas em escopo e na perspectiva da análise estratégica.

Considerada a caracterização de elementos “fixos” e “fluxos”, proposta por Milton Santos (1988, p. 77), após análise temática do material processado, constituíram-se duas logísticas principais: (1) Logística de elementos fixos: limites territoriais, recursos e infraestrutura de estabelecimentos e serviços, com suas respectivas estratégias organizativas e programáticas; (2) Logística de processos de fluxos: programações de referenciamentos assistenciais, regulação de acesso a serviços, Pactos de Saúde e Pacto de Gestão.

Assim, os elementos fixos estão constituídos como pontos de acesso na rede regional de serviços, a partir da definição de estabelecimentos assistenciais com referenciamentos para procedimentos de MC, no âmbito regional, o que requer estratégias institucionais, notadamente administrativas e programáticas (TESTA, 1995). Os fluxos estão constituídos como roteiros e itinerários programados para os referenciamentos e a acessibilidade aos serviços especializados.

A partir da definição das logísticas e variáveis, realizou-se a análise estratégica do espaço e do processo decisório em questão, considerado o referencial teórico e metodológico proposto por Carlos Matus (1996), com ênfase na análise de “meios estratégicos” utilizados para o alcance de viabilidade e sustentabilidade política, administrativa e técnica.

O estudo referido neste artigo é um componente derivado de um projeto de pesquisa mais abrangente, o qual foi aprovado pelo

Comitê de Ética da Pesquisa da UFRGS (Processo 2006634). No decorrer do mesmo, foram observados os preceitos e efetuados os trâmites e procedimentos de natureza ética para pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a, então vigente, Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde.

Descrição sumária de resultados

O Consórcio Intermunicipal Centro-Sul, em sua abrangência e confluência territoriais, em sua configuração de fixos e fluxos reticulares, denota a complexidade do processo de regionalização da saúde.

No âmbito territorial em foco, os 13 municípios consorciados provêm de distintas conformações e divisões regionais. Por exemplo, 11 dos municípios consorciados estavam vinculados à 2ª Coordenadoria Regional (CRS) da SES-RS, e os dois restantes estavam vinculados à 3ª CRS. Em outra configuração, das atuais ‘regiões de saúde’, os primeiros 11 municípios consorciados estão associados a outros oito municípios (região 9); e os outros dois municípios consorciados estão vinculados a outra região, a 21. Em outros termos e no caso em questão, as definições de abrangência administrativa estadual (CRS) e o PDR não contemplam os arranjos intermunicipais e as dinâmicas cooperativas ascendentes.

Na atual configuração de regiões de saúde, houve ênfase em fluxos centrípetos para fixos de Média e Alta Complexidade assistencial, de acordo com a oferta de tais serviços e procedimentos (‘capacidade instalada’) existentes em municípios de maior porte populacional e abrangência macrorregional.

Apesar da existência de um PDR com a definição de fixos e fluxos para os referenciamentos da assistência de MC, alguns entrevistados alegam tratar-se, predominantemente, de definições figurativas, de pouca acessibilidade e baixa efetividade.

[...] Pelo mapa, nós teríamos acesso de Média e de Alta complexidade a quase todas as redes para o atendimento integral do usuário. Agora, a crítica que a Assedisa tem é que esse mapa, possivelmente, 70 a 80% dele, não saiu do papel [...]. (AE1).

As dificuldades para a viabilização de referenciamentos programados, para a garantia da acessibilidade e para a realização efetiva de serviços de MC são mais enfatizadas em algumas áreas especializadas. Como exemplo desse tipo de dificuldade, há o relato da crítica de um entrevistado (AE3) sobre os referenciamentos programados para serviços especializados de traumatologia e ortopedia em um município localizado fora da microrregião consorciada, que, segundo ele, habilitou e dispôs tais procedimentos especializados com a anuência da Secretaria Estadual de Saúde, sem contar com condições mínimas para garantir a acessibilidade e a efetivação dos mesmos.

Convém realçar que parte considerável dos referenciamentos para a assistência ambulatorial de MC, tanto nas configurações do PDR como do Consórcio ICS, estava programada para a capital do estado. *“Estou para te dizer que mais de oitenta por cento das consultas e procedimentos são encaminhados para Porto Alegre [...]”* (AM9).

Assim, Porto Alegre se torna o principal polo referencial para os fluxos assistenciais especializados, principalmente aqueles de Alta Complexidade, além de operar como a principal instância de controle e regulação para a acessibilidade afim. Alguns entrevistados criticam a sistemática e os critérios de regulação para a acessibilidade aos serviços especializados adotados pela capital, uma vez que tenderiam mais a uma *“distribuição de cotas”* (AE2) do que propriamente a um modo de regulação coordenada.

Alguns dos entrevistados enfatizam a necessidade de diminuir a dependência acerca dos referenciamentos programados para Porto Alegre, alegando a possibilidade de estruturação de serviços compatíveis no âmbito

da própria microrregião. Muitos dos entrevistados apontam a necessidade de investimentos para a viabilização dos municípios de Camaquã e de Guaíba como polos de referenciamento microrregional para a assistência ambulatorial especializada e para a hospitalar (AM2, AM3, AM5, AM9, AM12, AE1 e AE3). Tal pretensão foi exaustivamente referida na análise documental e em muitas entrevistas, inclusive com proposições sobre as potencialidades de incremento e viabilização de hospitais regionais (de Barra do Ribeiro, Camaquã, Guaíba e Tapes) como fixos referenciais na microrregião dos municípios consorciados (AM3, 8, 13-14 e AE3).

A organização do Consórcio Intermunicipal Centro-Sul (Consórcio ICS) decorreu da pretensão de se diminuir a dependência para com serviços especializados e programados fora do entorno dos 13 municípios em questão, além do reconhecimento das potencialidades de apoio mútuo em tal âmbito. Segundo alguns dos entrevistados, na definição de abrangência territorial e de confluências funcionais para o Consórcio ICS, houve ênfase em fluxos colaterais para fixos microrregionais, levando-se em conta os hábitos de utilização de serviços especializados por parte das populações dos 13 municípios consorciados.

Os secretários de saúde dos municípios consorciados se mobilizaram e programaram fixos de referência assistencial especializada e fluxos de demandas no seu âmbito de abrangência. Eles esperavam auxílio financeiro em termos de investimentos e custos, entretanto, mostraram-se frustrados com a falta de iniciativa e apoio por parte do governo estadual. Em um trecho de ata, descrito abaixo, pode-se observar que os secretários municipais de Saúde, implicados na organização do Consórcio ICS, aguardavam apoio financeiro do governo estadual:

A [representante da 2ª CRS] diz que o Consórcio, tem por finalidade, reduzir custos e criar competitividade. Mas um gestor diz que o repasse da

verba [estadual] não tem vindo e está com dificuldades no Consórcio. A representante da 2ª CRS diz que anteriormente existia compromisso da parte do Ex-Secretário Estadual de Saúde para com o Consórcio, mas agora não, pois a governadora diz que não tem recursos e verba para isso.
(ASSEDISA CENTRO-SUL, 2010, N.P.).

Alguns entrevistados enfatizam que, desde o período da ‘municipalização’ (década de 1980), os governos estaduais perderam a capacidade e condição de agentes financiadores, sendo que a União permaneceu como a grande financiadora e, portanto, indutora de estratégias institucionais para as políticas (inter)governamentais de saúde. Em decorrência dessa tendência, os governos estaduais terminaram por se desonerar e se desresponsabilizar pelas iniciativas de organização, incremento e sustentação financeira dos processos de regionalização de serviços assistenciais especializados.

A respeito dos fluxos referenciais programados, alguns entrevistados (AM8 e AM15) realçaram a importância de viabilizar funcionalmente um instrumento formal estabelecido: a Programação Pactuada e Integrada (PPI). Outros referiram a necessidade de atualização constante e periódica dos Planos Diretores de Regionalização (AR3). Nos discursos, evidencia-se uma preocupação em se considerar as necessidades reais e prioritárias de fluxos e acessibilidade de usuários aos serviços especializados no âmbito regional. Entretanto, para muitos, os processos de programação continuam centrados na logística de ofertas e contingenciamento de recursos (financeiros, físicos, tecnológicos). Por exemplo: alguns entrevistados referem que o Cosems-RS vinha trabalhando em programações regionais para referenciamentos dimensionados por necessidades reais, todavia, os procedimentos, assim como seus respectivos valores de custeio, não eram cobertos pelos recursos financeiros disponíveis, notadamente,

pelas transferências federais programadas para o custeio.

Na perspectiva da formalização de pactos intermunicipais para a garantia de acesso aos serviços assistenciais especializados (contexto do ‘Pacto de Gestão’), muitos entrevistados expuseram o receio de que seus municípios fossem arcar com maiores responsabilidades, especialmente com relação ao financiamento com orçamento próprio (AM1, AM4, AM7, AM11, AM14 e AM15), uma vez que havia a constatação do descumprimento dos termos de financiamento estadual e federal, estabelecidos na, então vigente, Emenda Constitucional 29. Apesar disso, alguns também consideravam promissores os termos estabelecidos na legislação sobre o financiamento, sobretudo a partir da possibilidade de maior autonomia municipal para a utilização dos recursos financeiros transferidos, com maior poder de negociação e ‘compra’ de serviços (AE2, AM3, AM5, AM9, AM10, AM12-13).

Mesmo com algumas expressões de desconfiança relatadas, havia uma expectativa positiva acerca da implantação do ‘Pacto de Gestão’ como fator incremental para a viabilização dos processos de regionalização de serviços assistenciais especializados. As melhores expectativas decorriam de apostas na reorganização dos sistemas de saúde de âmbito microrregional, o que, em tese, tornaria os municípios mais participativos e proativos na organização de novas formas de gestão compartilhada, na organização de serviços mais eficientes, em melhores monitoramento e avaliação dos mesmos (AR2-3 e AE3).

Discussão

A diversidade e a sobreposição de distintas configurações e logísticas estabelecidas para os territórios regionais de saúde produzem importantes fragmentações, dissociações e tensões nas relações intergovernamentais

de poder e autonomia. Tais características dificultam sobremaneira as discussões, negociações e pactuações acerca dos fixos e fluxos assistenciais especializados regionais. Particularmente, torna-se difícil a programação procedimental sem um planejamento estratégico concomitante, que leve em conta o perfil e as prioridades relativas aos problemas, necessidades e demandas reais para o referenciamento na região, o que corrobora evidências similares em outros estudos correlatos (VIANA; LIMA, 2011).

O descompasso e a dissociação entre os desenhos das regiões também provocam desorganização e descontinuidades a partir dos processos decisórios intergestores no âmbito regional, impossibilitando a consolidação de parcerias e a inovação de estratégias institucionais compatíveis.

Muitos municípios integram distintos arranjos regionais, desarticulados entre si, condição que dificulta a vinculação efetiva e inviabiliza a consolidação do processo de descentralização política, administrativa e funcional – especialmente quando se refere ao planejamento ascendente e aos modos de gestão compartilhada nas regiões de saúde. Tal dissociação tende a induzir a comportamentos mais voluntaristas e eventuais por parte de gestores municipais de Saúde, em busca de menores ônus (políticos, orçamentários etc.) e melhores oportunidades para a garantia de acesso de seus munícipes aos serviços especializados de abrangência regional.

Alguns relatos e discursos analisados evidenciam dificuldades funcionais e operativas de coordenação e problemas na garantia de acessibilidade aos serviços referenciados, especialmente na capital do estado. Denota-se uma concentração unipolar e a dependência dos municípios, que preestabeleceram programações físicas e transferências financeiras para a capital, a uma sistemática vertical e unilateral de regulação da acessibilidade.

No que se refere aos casos referenciados para a AE na capital, os problemas e as dificuldades de acessibilidade tendem a

repercutir mal, principalmente nos municípios de pequeno porte populacional, dada a maior proximidade e a visibilidade do poder público. Em muitos casos, em virtude da predominância de expectativas de ‘senso comum’ acerca de manejos de cunho ‘clientelista’ para as demandas de acessibilidade aos serviços públicos, as repercussões negativas ocasionadas por interdições (‘portas fechadas’) ou demandas reprimidas tendem a provocar desgastes políticos.

Os dirigentes governamentais dos municípios de menor porte populacional, por terem pouca governabilidade sobre as condições de oferta de serviços especializados e sobre a regulação de sua acessibilidade, expressam descrédito acerca das normativas de programação e das sucessivas reciclagens de normas operacionais estabelecidas a partir do poder central.

Por sua vez, os dirigentes governamentais dos municípios de maior porte populacional e de maior oferta de serviços especializados precisam lidar tanto com a escassez dos recursos programados para o custeio quanto com demandas não programadas. Os mesmos tendem a se queixar da inoperância ou da debilidade da Secretaria Estadual de Saúde, em termos de apoio (técnico e financeiro) e coordenação. Diante da repercussão negativa dos problemas de acessibilidade aos serviços especializados, referem que há pouca resolubilidade clínica por parte dos municípios menores e excesso de encaminhamentos desnecessários (o que denominam, em termos irônicos, como ‘ambulancioterapia’).

Os dirigentes do governo estadual referem dificuldades financeiras para justificar o pequeno aporte de recursos próprios no apoio aos serviços especializados de referência regional. Os mesmos são discursivamente propensos a se queixar da inoperância ou da debilidade do Ministério Saúde, em função da concentração federal de recursos financeiros e da verticalidade na definição das respectivas programações.

No contexto e no entorno dos 13 municípios consorciados em âmbito microrregional, a análise das estratégias (inter)institucionais adotadas no decorrer do processo de organização de fixos (estabelecimentos referenciais) e fluxos (SANTOS, 1988) para a acessibilidade aos serviços assistenciais de MC leva em conta pelo menos três lugares institucionais e seus respectivos atores governamentais (MATUS, 1996): (1) Municípios demandantes de assistência especializada, geralmente de pequeno porte populacional e com predominância de serviços de Atenção Básica à Saúde (ABS), associados ao Cosems-RS; (2) Municípios demandados, geralmente de maior porte populacional e com oferta e programação pactuada (PPI) de serviços especializados de MC, também associados ao Cosems-RS; (3) Secretaria Estadual de Saúde e sua Coordenadoria Regional correspondente.

Definidos o cenário e o drama estratégico em foco e, principalmente, os atores governamentais implicados, resta a caracterização dos tipos de operações e meios estratégicos adotados (MATUS, 1996). De um modo geral, adotaram-se como meios estratégicos preponderantes a ‘direcionalidade normativa’, a ‘premiação por adesão’, a ‘motivação’ e a ‘negociação cooperativa e de soma positiva’. Como operações estratégicas predominantes: a busca de melhor comunicação intergovernamental, de comprometimentos políticos interinstitucionais e de viabilidade administrativa (notadamente, financeira) e técnica (inovação tecnológica: o consorciamento) (MATUS, 1996).

A ‘direcionalidade normativa’ implica dinâmicas estratégicas estabelecidas a partir da definição de normas administrativas e programáticas e dos sucessivos marcos regulatórios para o referido processo de regionalização. Em razão de tais normativas programáticas e operacionais, há uma expectativa generalizada de comportamentos regrados, de ênfase em competências normativas. Em alguns aspectos, a ‘direcionalidade

normativa' opera por imposição e atividades verticais descendentes (mais técnicas e administrativas), respaldadas na dependência e contrapartida de recursos financeiros para os municípios, principalmente aqueles de menor porte populacional e menor capacidade de oferta de serviços especializados. A 'direcionalidade normativa' também opera por indução prescritiva, o deve-ser respaldado pelo discurso tecnocrático (normas técnicas e programáticas), que repercute nos municípios com menor capacidade autóctone de formulação técnica e programática (MATUS, 1996).

De acordo com alguns proferimentos discursivos em análise, a 'direcionalidade normativa' para a regionalização da AE emana de um lugar distante (o 'planalto central'), embora seja produzida por consensos políticos intergestores (pelo menos, em termos procedimentais) acerca de normas administrativas e programáticas. As negociações e os consensos intergestores estabelecidos nos âmbitos estadual e regional (Comissão Intergestores Bipartite, estadual e regional) não dispunham de caráter diretivo, mas somente procedimental, adaptativo.

No caso analisado, os dirigentes estaduais e municipais tenderam a interpretar a 'direcionalidade normativa' com cautela e desconfiança e a representá-la como algo necessário, mas insuficiente para dar conta das especificidades da região. Gradualmente, buscaram adesão às normativas administrativas e programáticas, mas com o intuito primordial de garantir o aporte de recursos financeiros provenientes das transferências federais.

Por sua vez, o MS operou mais com o meio estratégico de 'premiação por adesão' (MATUS, 1996), buscando, na medida de seus limites de oferta orçamentária, o intercâmbio de interesses políticos conciliáveis. Na região analisada, não se observa linha de atuação direta do MS, seja política ou administrativa, ou seja, importou mais a intermediação da SES-RS, principalmente a partir de sua CRS. Assim, embora a SES-RS

não tenha operado com o meio de 'premiação por adesão', porque quase não ofertou recursos financeiros complementares, atuou como intermediadora e avalizadora da estratégia ministerial.

Preocupados com as deficiências de oferta de serviços especializados e com problemas afins de acessibilidade, os gestores das Secretarias Municipais de Saúde da região analisada tomaram a iniciativa de organizar uma rede própria, pela via de uma inovação tecnológica e administrativa: o Consórcio Intermunicipal de Direito Privado. Entretanto, para viabilizar e consolidar tal iniciativa, necessitavam de um aporte de recursos financeiros para investimentos e complementos para o custeio, uma vez que era insuficiente a programação financeira convencional de custeio a partir de transferências federais. A estratégia adotada pelo conjunto desses atores municipais era de persuasão da SES-RS e do MS, buscando meios de 'motivação' de ambos, em razão de seus distintos focos de atenção, de sua indiferença (MATUS, 1996). A partir da 'motivação' de dirigentes estaduais e federais para as suas demandas de inovação, os gestores municipais da região esperavam o 'comprometimento' dos mesmos, em termos de financiamento complementar e apoio técnico, mas não obtiveram o sucesso desejado. Em parte, pela mudança de conjuntura política no âmbito estadual (mudança de governo), e, em parte, pela manutenção da 'indiferença' do governo federal.

A criação de uma regional do Cosems e do Consórcio ICS demonstrou a necessidade que os gestores municipais tinham com relação ao planejamento regional e de efetivar estratégias autônomas para que o processo se desenvolvesse. Assim, as estratégias implementadas pelos gestores municipais na região estudada não possibilitaram que as redes pudessem se constituir como fixos viáveis (SANTOS, 1988). Também não houve viabilidade para a expectativa de que o 'planejamento regional' pudesse auxiliar no

‘desengessamento’ dos respectivos fluxos, uma vez que prevaleceu a lógica programática e normativa vertical.

Considerado o contexto extrínseco à região analisada, convém realçar que os municípios não podem estar confundidos pelas mesmas disposições estratégicas ou naturalmente alinhados politicamente. Dadas as regras do cenário e o jogo estratégico em questão, segundo Matus (1996), há interesses destoantes, disposições diversas e disputas entre os municípios maiores e menores (em termos populacionais e de capacidade de oferta assistencial especializada). Por exemplo, a capital do estado, na sua relação com o MS e a SES-RS, opera com maior autonomia financeira e técnica, com busca constante de negociações de soma positiva (MATUS, 1996). Na sua relação com os municípios da região analisada, em razão de conveniências e interesses muitas vezes destoantes, mas sem ânimo de confronto, a capital opera com propósitos estratégicos de ‘intermediação’ e meios de ‘arbitragem’, em termos de regulação da acessibilidade aos serviços especializados ofertados, independentemente da programação (física e financeira) acordada previamente (PPI).

A expectativa das competências normativas é de que a regulação da assistência ajuste a oferta de serviços especializados às necessidades dos cidadãos de maneira ‘equânime, ordenada, oportuna e racional’, com pressuposto de que os gestores municipais já dispusessem de avaliação acerca das necessidades, além de um planejamento compatível com dispositivos de regulação assistencial e delegação de autoridade sanitária ao regulador.

Todos os atores governamentais em questão sempre buscaram a ‘negociação cooperativa’ em jogos de soma positiva (todos buscando ganhar algo), em razão de objetivos comuns e interesses, eventualmente ou conjuntamente, distintos (MATUS, 1996). Entretanto, a disposição assimétrica de capitais e recursos de poder financeiro e técnico restringiu sobremaneira a autonomia organizativa dos municípios da região, apesar de sua iniciativa e inovação.

Considerações finais

Considerada a abrangente produção bibliográfica acerca de processos de regionalização de sistemas e serviços de saúde, o presente estudo reporta uma perspectiva de análise de estratégias interinstitucionais em dado contexto e sucessivas conjunturas.

A análise proporcionou observar que existe uma configuração territorial – em que os fixos e fluxos estão colocados – diversa e, por vezes, sobreposta. Essa situação dificulta negociações e pactuações regionais, visto que promove fragmentações, dissociações e tensões nos espaços decisórios. Por consequência disso, a gestão compartilhada na região fica comprometida.

Somada a essa questão, evidenciou-se que predominam negociações intergovernamentais cooperativas, porém, a partir de disposições políticas distintas e meios estratégicos diversos, em razão da assimetria no controle de capitais e recursos e de margens de autonomia organizacional. Espera-se que esta análise possa contribuir para o debate sobre os processos de regionalização em curso e subsidiar outros estudos similares. ■

Referências

ARAÚJO, J. D.; FERREIRA, E. S. M.; NERY, G. C. Regionalização dos serviços de Saúde Pública: a

experiência do estado da Bahia. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 1-19, 1973.

- ASSEDISA CENTRO-SUL. *Livro de Atas das Reuniões*. Tapes: Assedisa Centro-Sul, 2010.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Presidência da República. 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. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 20 set. 1990, v. 128, n. 182, seção 1, p. 18055-18059.
- _____. Presidência da República. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 29 jun. 2011, v. 148, n. 123, seção 1, p. 1-3.
- CARVALHO, G. A. Inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciê. Saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 435-44, 2001.
- ELIAS, P. E. M. Descentralização e saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 17-34, 1996.
- FERLA, A. A. *et al.* Regionalização da atenção à saúde na experiência de gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Org.). *O fazer em Saúde Coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Da Casa, 2002.
- JUNQUEIRA, A. T. M.; MENDES, A. N.; CRUZ, M. C. M. T. Consórcios intermunicipais de saúde no estado de São Paulo: situação atual. *Rev. Adm. Emp.*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 85-96, 1999.
- LEMOS, M. B. *et al.* A nova configuração regional brasileira e sua geografia econômica. *Estud. Econ.*, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 665-700, 2003.
- MATUS, C. *Estratégias políticas: Chimpanzé, Maquiavel e Gandhi*. São Paulo: Fundap, 1996.
- MELLO, G. A.; VIANA, A. L. D. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. *Hist. Ciê. Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1219-39, out./dez. 2012.
- REIS, Y. A. C.; CÉSSE, E. A. P.; CARVALHO, E. F. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, v. 10, supl. 1, p. s157-s172, 2010.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. *Plano Diretor de Regionalização da Saúde*. Porto Alegre: SEGRAC, 2002.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. *Resolução n.º 555/12 – CIB/RS*. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. Porto Alegre, 2012. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1348591506_cibr555_12.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2015.
- SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. *SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros*. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.
- SANTOS, M. *Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da geografia*. São Paulo: Hucitec, 1988.
- SPEDO, S. M.; PINTO, N. R.S.; TANAKA, O. Y. *A regionalização intramunicipal do Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo de caso do município de São Paulo-SP, Brasil*. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 533-546, 2010.
- TESTA, M. *Pensamento estratégico e lógica da programação: o caso da Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.
- VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das comissões Intergestores Bipartites. In: _____. (Org.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios no planejamento do Sistema Único de Saúde. *Ciên. Saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1565-1577, 2009.

Recebido para publicação em junho de 2015

Versão final em setembro de 2015

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Institucionalidade e governança da regionalização da saúde: o caso da região Sul Mato-Grossense à luz das atas do colegiado de gestão

Institution conformation and governance of the health regionalization: the case of the Southern region in Mato Grosso through the records of the management collegiate

Ruth Terezinha Kehrig¹, Edinaldo Santos de Souza², João Henrique Gurtler Scatena³

RESUMO O artigo trata das formas de fazer a regionalização da saúde, objetivando analisar as dimensões da institucionalidade e governança na sua gestão. Fez-se pesquisa qualitativa retrospectiva em base documental (1995-2009). A política estadual de saúde foi indutora da regionalização. A institucionalidade constituiu-se nas instâncias consolidadas: Comissão Intergestores Bipartite Regional, transformada em Colegiado de Gestão Regional; representação da secretaria estadual; central de regulação; consórcio intermunicipal; e hospital regional. Refém de interesses diversos, a governança da regionalização revelou-se incipiente e o planejamento restrito à aplicação normativa de instrumentos legais do SUS.

PALAVRAS-CHAVES Sistema Único de Saúde; Regionalização; Gestão em saúde.

ABSTRACT *This article deals with the ways of doing the regionalization of the health. Objective: to analyze the dimensions of the institution conformation and governance in the regional health management. It is a qualitative study based on retrospective documentary research (from 1995 to 2009). The state health policy was an inductor of the regionalization process. The institutional conformation built in consolidated regional bodies: the Bipartite Intermanagerial Board Regional, transformed into Regional Management Collegiate, the decentralized instance of Department of Health; the regulation center; the inter-municipal consortium of health and the regional hospital. Hostage diverse interests, the regional governance appears to be incipient and the regional health planning is restricted to the application of normative instruments set up by the SUS.*

KEYWORDS *Unified Health System; Regional health planning; Health management.*

¹Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT) – Cuiabá (MT), Brasil.
ruth.kehrig@gmail.com

²Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso – Cuiabá (MT), Brasil.
Secretaria Municipal de Saúde de Rondonópolis – Rondonópolis (MT), Brasil.
edisanantos@hotmail.com

³Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT) – Cuiabá (MT), Brasil.
jhscatena@gmail.com

Introdução

O Ministério da Saúde tem induzido a regionalização no Sistema Único de Saúde (SUS) via atos normativos: primeiramente as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Noas) (BRASIL, 2002), seguidas do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), a Portaria de Redes (BRASIL, 2010) e o Decreto 7.508 (BRASIL, 2011). Coerentemente com os princípios organizativos de descentralização, regionalização e participação dos cidadãos no SUS, sua normativa é resultado de negociação política entre os dirigentes de saúde das três esferas governamentais, representados nas Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB), e os atores sociais do Conselho Nacional de Saúde.

Apesar do respaldo legal, as ações para implementar a regionalização têm sido marcadas por desafios e dificuldades. Em toda a década de 1990, fortaleceu-se o movimento de municipalização da saúde, o que contribuiu para a expansão da atenção primária à saúde e para ampliar a universalidade do acesso aos serviços de saúde. Todavia, a grande quantidade de pequenos municípios no País, com poucos serviços de saúde de média complexidade e quase nenhum de alta complexidade, mostrou a necessidade de a descentralização ser acompanhada por estratégias de coordenação e cooperação intergovernamental, para enfrentar as desigualdades regionais e a fragmentação dos serviços nos municípios (BRASIL, 2006; VIANA ET AL., 2008). A regionalização tem sido uma dessas estratégias, ao qualificar o processo de descentralização dos serviços no SUS.

A Noas/2002 formalizou o reconhecimento da necessidade de regionalização da saúde para implementação do SUS (BRASIL, 2002), trazendo conceitos gerenciais, definindo micro e macrorregiões e instituindo instrumentos ainda vigentes de planejamento e organização do SUS na região: o Plano Diretor de Regionalização (PDR),

para o planejamento sistêmico na região de saúde; o Plano Diretor de Investimentos (PDI), que dimensiona os recursos financeiros necessários para atingir os objetivos da organização regional expressa no PDR e explicita a participação das esferas de governo no processo; como também reiterou as Programações Pactuadas e Integradas (PPI), enquanto instrumentos de execução, controle e monitoramento das ações e serviços, contemplando as metas físico-financeiras e os acordos estabelecidos entre os municípios e destes com a Secretaria de Estado de Saúde (SES).

O Pacto pela Saúde manteve os instrumentos de planejamento instituídos anteriormente, mas inovou ao considerar a regionalização como uma diretriz central e eixo estruturante do SUS (BRASIL, 2006). Assim, ampliou-se a visão da regionalização, abrangendo, além da assistência, a organização de sistemas regionais de saúde. Após a instituição do Pacto pela Saúde, a estratégia da regionalização apareceu reiteradamente nas normas do SUS e iniciou-se processo de retomada dos seus instrumentos gerenciais, da conformação das regiões de saúde e das pactuações intergovernamentais. Regionalizar implica relações intergestores mais cooperativas para responder às demandas dos cidadãos por serviços de saúde (VIANA ET AL., 2008).

Na perspectiva do Pacto de Gestão (BRASIL, 2006), a constituição de 'redes de atenção regionalizada à saúde' faz-se mediante 'pactuação entre os gestores envolvidos' para definição das responsabilidades compartilhadas ou não, como ocorre na atenção básica e nas ações de vigilância em saúde a cargo dos municípios. As ações complementares à assistência de saúde e os meios para a sua realização formam o conjunto de responsabilidades compartilhadas com estados e União.

O desenho da região é definido e sua clientela é demarcada territorialmente, ensejando responder a necessidades que não se restringem à capacidade de resposta

no âmbito municipal. Dadas as diversidades locais, regiões de saúde assumem diferentes desenhos e não seguem outras divisões regionais utilizadas por diversos órgãos e setores. De acordo com o Decreto 7.508/2011, uma região de saúde deve possuir pelos menos ações e serviços de: “atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde” (BRASIL, 2011). A região de saúde tem por finalidade de ordem mais gerencial “integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (BRASIL, 2011). O Decreto 7.508 não se prendeu aos instrumentos formais de planejamento regional, ao mesmo tempo em que instituiu o Mapa da Saúde, que identifica necessidades, serviços e ações (BRASIL, 2011).

A regionalização da saúde tem por pressuposto que as ações levem em conta problemas, riscos e necessidades da população, e busquem maior utilização dos recursos existentes, assim como o equilíbrio na sua distribuição entre os níveis de atenção, sem privilegiar os de maior densidade tecnológica. A estratégia de redes visa compatibilizar a ação local e municipal de acordo com as especificidades e necessidades sociais na região (CONASEMS, 2009). Há também um pressuposto de maior qualidade das ações regionalizadas de saúde, em razão de mais adequada estruturação dos serviços.

Frente aos desafios da política de regionalização da saúde, cabe aos municípios incorporar formas inovadoras de gestão e organização de redes de serviços mediante construção coletiva institucional. Tal processo demanda debates e estratégias cotidianas, o que necessita ser compreendido nas especificidades regionais (MACHADO ET AL., 2009).

A gestão colegiada e integrada do sistema de saúde na região ancora-se tanto na institucionalidade quanto na governança e práticas gestoras implicadas (KEHRIG ET AL., 2014). Entende-se por institucionalidade

da regionalização o que é apreensível nas instâncias regionais como sendo legalidade, desenho da região, robustez e conteúdo das instâncias regionalizadas, assim como estratégias de regulação, de forma a melhorar a efetividade da regionalização (VIANA; LIMA, 2011). A governança é explicitada na viabilização do projeto político regional de saúde mediante inter-relação das instâncias e atores envolvidos. Os processos de gestão regionalizada em saúde compreendem os atos de planejar e implementar as intervenções em saúde e as estratégias gerenciais e ações implicadas. A institucionalidade e a governança da regionalização da saúde implicam considerar novos arranjos de gestão para o sistema de saúde se constituir como resolutivo (KEHRIG ET AL., 2014).

Este estudo visa apreender um processo de regionalização da saúde sob o recorte das suas dimensões de institucionalidade e governança. À luz dos pressupostos conceituais e normativos vigentes, afirma-se a potencialidade dessas dimensões na consolidação de uma região de saúde. A questão respondida é: como ocorreu o processo gestor de implantação e efetivação da regionalização da saúde na região de saúde Sul Mato-Grossense?

Objetiva-se analisar um processo gestor de implementação da regionalização da saúde com enfoque na sua institucionalidade, a partir da caracterização das instâncias regionais envolvidas, e na governança, mediante a inter-relação de atores e instâncias, ambas mediadas pela gestão colegiada regional de saúde.

Assim, o artigo aborda o processo de gestão regional da saúde em uma região específica do estado de Mato Grosso segundo o documentado na respectiva instância colegiada, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) Regional nos seus onze anos de existência (1995-2006) e em seu sucessor, o Colegiado de Gestão Regional (CGR), em três anos (2007-2009), e que, após 2011, foi renomeado como Comissão Intergestores Regional (CIR).

¹As atas constituíram a base empírica documental dessa pesquisa. Suas fontes são: 1) Comissão Intergestores Bipartite (CIB) Regional Sul Mato-Grossense de Saúde, Atas nº 001 a 111, de reuniões realizadas no período de outubro de 1995 a dezembro de 2006; 2) Colegiado de Gestão Regional (CGR) Sul Mato-Grossense de Saúde, Atas nº 112 a 145, de reuniões realizadas no período de fevereiro de 2007 a dezembro de 2009.

Método

Trata-se de pesquisa qualitativa, que cobre os anos 1995 a 2009, período em que o processo de regionalização existente na região de estudo encontrava-se registrado em base documental pertinente. A região Sul Mato-Grossense é composta por 19 municípios, a maior do estado em número de municípios.

Como técnica de coleta dos dados, utilizou-se exclusivamente o levantamento documental nas instâncias de saúde, sobretudo as atas¹ das reuniões da CIB Regional ou CGR, e, de forma complementar, regulamentos, regimentos internos, instrumentos de planejamento e de gestão. Na apresentação dos resultados constam em itálico as partes que correspondem à transcrição literal dos registros em atas, seguidas na indicação numérica da respectiva ata.

Cada ata contém, como prática instituída, uma numeração sequencial, acompanhada da data de reunião realizada. Optou-se por informar apenas o número das atas citadas nos resultados do estudo, pois sua data está contemplada no contexto da descrição dos dados. A partir da leitura das 145 atas recuperadas no período de estudo, foram selecionados os trechos aqui apresentados, por conter algum elemento pertinente às categorias de estudo.

Foi possível depreender a periodicidade mensal das reuniões do colegiado gestor pelas atas respectivas. No que diz respeito ao tempo, este estudo reporta-se muito mais ao período da CIB Regional do que ao do CGR. As 111 atas da CIB Regional levantadas em um período de onze anos e três meses (de out. 1995 a dez. 2006) registram uma periodicidade média de dez reuniões por ano. Nos meses de dezembro e janeiro de cada ano era muito rara a ocorrência de alguma reunião da CIB Regional.

A regularidade das reuniões mensais manteve-se no período de transição, nas regiões, para a instituição do Pacto pela Saúde na gestão do SUS – o ano de 2007 e a primeira metade de 2008. Como a CIB

Regional era atuante na região de estudo, embora já existissem diversos CGR operando em outros lugares, nos 18 meses aqui considerados como período CGR, a regularidade e lógica de funcionamento foi de continuidade da CIB Regional, havendo onze reuniões em 2007 (Atas 112 a 122) e seis no primeiro semestre de 2008 (Atas 123 a 128). Uma vez instituído oficialmente o CGR, a regularidade foi a mesma: seis reuniões na segunda metade de 2008 (Atas 129 a 134) e onze reuniões no ano de 2009 (Atas 135 a 145).

Os registros documentais das reuniões são abrangentes, com descrições cuidadosas e detalhadas das falas espontâneas dos participantes do colegiado gestor, revelando inegável qualidade e detalhamento das informações contidas nas atas.

No processamento dos dados registrados, eles foram inicialmente organizados em ordem cronológica e depois categorizados de acordo com a análise temática de seu conteúdo (BARDIN, 2011). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa mediante protocolo nº 681/CEP-HUJM/09 (Of. nº 079/CEP-HUJM/2011).

A pesquisa documental foi orientada por uma matriz de coleta, processamento e análise de dados, construída segundo pressupostos conceituais e normativos da regionalização no SUS (VIANA; LIMA, 2011; KEHRIG ET AL., 2014). A partir das dimensões da institucionalidade e governança na gestão da regionalização, foram elaboradas as categorias de análise capazes de demonstrar a situação que visava ao alcance dos objetivos propostos.

Como aproximações à institucionalidade da regionalização da saúde (Dimensão 1), duas grandes categorias foram consideradas: 1) A constituição, papel e modos de funcionamento das instâncias regionais: polo e escritório regional de saúde; CIB Regional e CGR; consórcio intermunicipal de saúde; central de regulação e hospital regional; e 2) As estratégias de estruturação dos serviços de âmbito regional. Os aspectos de governança da regionalização da saúde

(Dimensão 2) compreenderam as seguintes categorias: padrões de relacionamento interinstâncias;; relações políticas e processos de negociação; *mix* público privado; programação e alocação dos recursos financeiros na região; e estratégias e práticas regionais organizativas de saúde.

Resultados e discussão

O conjunto do material analisado revela inicialmente que houve uma forte indução da regionalização derivada da política estadual de saúde, destacadamente nos oito primeiros anos de existência da CIB Regional. A prioridade da regionalização da saúde, mantida em duas gestões consecutivas do governo estadual em Mato Grosso – de 1995 a 2002, implicou a implementação precursora de estratégias e ações em caráter regional, relacionadas à reorganização da atenção, fortalecimento das instâncias regionais, maior relação intergovernamental e incentivos financeiros da SES aos municípios.

Estudos anteriores destacam algumas estratégias de fortalecimento das regiões adotadas pela SES naquele período, o que deixou resultados positivos nas regiões: apoio à construção de novos modelos assistenciais; maior oferta em consultas especializadas de referência via consórcios intermunicipais; definição de um sistema de referência; reforço do papel dos Polos Regionais de Saúde no apoio e cooperação técnica aos municípios, adoção de mecanismos de gestão colegiada, a credibilidade do espaço regional como suporte ao planejamento e avaliação das ações; e a disseminação de informações junto aos conselhos de saúde (BORTOLOTTI; MARTINS, 2000; MARTINELLI, 2002).

Na constituição dos territórios regionalizados, foi importante: organizar os consórcios intermunicipais de saúde; criar as CIB Regionais e câmaras de compensação para Autorização de Internação Hospitalar (AIH) em todas as regiões; instituir

câmaras de auditoria e sistema de controle e avaliação. O pioneirismo mato-grossense na institucionalidade da regionalização seguiu a trajetória da então política estadual de saúde.

Aproximações à institucionalidade da regionalização

Nessa dimensão, foram identificados alguns antecedentes e caracterizados os papéis e as diferentes instâncias do SUS naquele processo de regionalização: Polo ou Escritório Regional de Saúde, CIB Regional e CGR, consórcio intermunicipal de saúde, hospital regional e central de regulação.

O desenho da região de saúde Sul Mato-Grossense obedeceu às divisões administrativas adotadas desde a década de 1980. Fluxos existentes, malha viária, reservas indígenas e áreas de preservação ambiental também contribuíram para a sua conformação.

Denominados Polos Regionais de Saúde até meados de 2001, os Escritórios Regionais representam a SES nas regiões. Estruturados em número de 16, localizam-se nos municípios-sede das Regiões de Saúde (Resolução CIB/MT nº 065 de 03 de abril de 2012). O Escritório da região sul do estado foi pioneiro no processo de programação de atividades de caráter regional e se instituiu como espaço de apoio aos municípios, sobretudo na atualização frente às normativas de implementação do SUS. Sua atuação inicia-se no apoio institucional aos municípios para o fortalecimento da gestão das secretarias municipais de saúde.

Técnicos do Polo, em reunião da CIB Regional de 1997, esclareciam aos secretários municipais os ‘critérios para habilitação às formas de gestão previstas na Norma Operacional Básica’ – de 1996 (Ata 20). A partir de 1998, todos os municípios da região foram habilitados à gestão plena da atenção básica.

Mediante apoio institucional da SES, os Polos Regionais receberam e deram apoio técnico e tiveram seu papel fortalecido: realizavam capacitação, ações de vigilância sanitária e ambiental e pactuações com os municípios; prestavam assessoria na elaboração dos instrumentos de gestão, como, por exemplo, o plano municipal de saúde e o relatório de gestão; faziam supervisão de contas hospitalares; desenvolviam programas estratégicos e seleção de servidores (MÜLLER NETO; CALHAO, 2002; GONZAGA, 2002).

Na sua origem, aquele Polo Regional de Saúde elaborou, ao final de 1987, uma proposta de modelo assistencial em perspectiva regionalizada que pretendia: “realizar ações sanitárias de modo racional, com base em prioridades estabelecidas, e atingir de forma democrática as pessoas onde elas vivem” (MATO GROSSO, 1987, p. 5). Importante especificidade constatada é a de que, enquanto no Brasil se iniciava a discussão da implantação de Distritos Sanitários (MENDES, 1993), na região em estudo, na década anterior, já se havia feito um projeto para implantar tal modelo em sua área de abrangência (MATO GROSSO, 1987).

A CIB Regional foi instituída em reunião da CIB estadual, realizada na própria região, ao final de 1995, com a presença de representante do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e técnicos do Polo Regional (Ata 01). Composta pelos gestores das secretarias municipais de saúde e representantes da SES na região, foi criada inicialmente para discutir e pactuar referências de AIH, lógica que se manteve por muito tempo. Era dada certa relevância aos fluxos já existentes, mediante arranjos dos municípios para encaminhamento de seus usuários aos níveis complementares de assistência ambulatorial e hospitalar.

Nas primeiras reuniões da CIB Regional, houve negociações para resolver problemas de distribuição de AIH como forma de pagamento dos prestadores, sendo decidido então que as AIHs somente ‘seriam retiradas na SES pelo coordenador da CIB Regional’.

Isso se justificava em constatações da natureza político-partidária das práticas vigentes (Ata 02): ‘o médico teve que trazer um vereador para ter acesso nas AIH. Com as AIH, saúde virou comercialização e negociação, o que se deve ao per capita defasado, baixo teto orçamentário e falta de critério e controle para a glosa por parte do Ministério da Saúde. Os erros das AIH também podem ser dos faturistas [...], [que além de seu] salário, ganham 3% do valor das AIH, e então acrescentam mais coisa para obter mais retorno’.

Tais problemas, tanto de ingerência política como de postura profissional, afetam a institucionalidade da CIB Regional no seu primeiro papel assumido naquela região.

Dados os problemas dos gestores na distribuição de AIH, e frente à disputa entre a centralização na capital ou distribuição pelo Polo Regional, foi criada uma câmara de compensação de AIH para coordenar essa distribuição. Como pauta privilegiada nos primeiros anos de atuação da CIB Regional, esse mecanismo foi precursor das práticas de regulação da assistência no estado.

No início de funcionamento da câmara de compensação de AIH, detectou-se o encaminhamento de usuários para municípios do estado vizinho, bem como o atendimento, nessa região, de usuários daquele estado, suscitando a necessidade de regulação interestadual. O sistema de referência era mencionado desde 1998 ‘diante da necessidade de organizar os serviços existentes, o município polo elaborou um projeto de sistema de referência e contrarreferência para organizar os fluxos’ (Ata 37). Todavia não houve registros de sua implementação.

Em 1997, a direção do Polo esclarecia que nas reuniões da CIB Regional ‘não se poderia discutir somente distribuição das AIH, mas, também, outros aspectos relevantes sobre a política de saúde da região’ (Ata 16). Após três anos havendo câmara da compensação, técnicos da SES questionavam sua efetividade, pois, enquanto ‘em outras regionais sobravam AIH, ali sempre

faltava. Apesar da ampla ‘habilitação dos municípios, não acontecia uma reversão do modelo assistencial’, ou a esperada ruptura com o ‘excesso de internação’ (Ata 02).

No ano 2000, as ações voltavam-se para implantar outro arranjo da central regional de regulação, com a discussão de instrumentos legais e a definição e pactuação dos fluxos. A SES priorizou a implementação das centrais regionais de regulação em cogestão, articulando com os gestores municipais as estratégias para a sua organização. Um gestor municipal reafirma (em 2003) a ‘possibilidade de colocar para funcionar juntas, as centrais de regulação do estado e do município sede, para melhor atender aos municípios na região’ (Ata 69). Dois anos após, aquela região foi precursora da gestão ‘compartilhada entre SES e SMS’ (Ata 72), mantendo-se a cogestão por três anos, mas que se desfez por motivos políticos. A central regional foi então transformada em macrorregional (2008), sob gestão estadual, e com a finalidade de coordenar a regulação dos serviços e procedimentos de alta complexidade. Tratava-se de um novo arranjo organizacional.

A central regional de regulação trouxe avanços na gestão, ao ordenar e melhorar os fluxos de serviços, gerando informações para subsidiar decisões. Os processos regulatórios seriam realizados com base na PPI. Para esse pressuposto do discurso oficial da coordenação da CIB Regional, não se encontrou registro de que tal prática ocorresse. Aspectos organizacionais da regulação eram orientados pelo Escritório Regional, reiterando que, além de ‘desenvolver ações de regulação, controle e avaliação, os responsáveis pela regulação municipal precisavam conhecer os protocolos de regulação, as pactuações e a importância de manter atualizado o cadastro dos estabelecimentos e fazer a contratualização dos prestadores’ (Ata 125). Porém, na operacionalização do sistema de referência da região, sequer os formulários de encaminhamentos de pacientes aos serviços de referência

continham dados suficientes, conforme relatado na CIB Regional.

A criação do consórcio intermunicipal de saúde em 2002 veio responder a necessidades presentes na região desde a década de 1990. Nas atividades de assessoria aos Polos Regionais, o Cosems foi importante nas discussões sobre a implantação do consórcio para ‘resolver o problema das especialidades médicas’ (Ata 03) e ‘atender à alta complexidade’ no hospital filantrópico do município-polo, onde seria ‘mais fácil negociar’ (Ata 05). Em 1997, foi formada uma ‘comissão de gestores’ (Ata 17) para organizar um primeiro consórcio, envolvendo alguns municípios da região com a Santa Casa (hospital filantrópico).

Frente aos questionamentos sobre o fato de os recursos do consórcio não serem aplicados em um hospital regional, em 2001, foi constituída ‘comissão composta por prefeitos e representante do Escritório Regional’, assumindo uma posição: ‘os municípios só aceitariam a formação do consórcio sem a Santa Casa e com a construção do hospital regional’ (Ata 58). A direção do Escritório Regional se preocupava com os aspectos legais de extinção do consórcio anterior e solicitou aos gestores ‘documento declarando que aquele consórcio não tinha funcionado e não possuía patrimônio, apesar dos recursos transferidos’ (Ata 59). Em reunião com todos os prefeitos da região, o Escritório Regional esclareceu os benefícios para os municípios que justificavam a formação do novo consórcio e o gestor da SES apresentou ‘um histórico do consórcio anterior e do que já se fazia nos municípios’. Ficou definido que ‘a ideia básica do novo consórcio seria garantir os atendimentos especializados’ (Atas s/n de abril/2002).

Havia um incentivo financeiro estadual – o Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde – e o gestor da SES afirmava que, ao funcionar, o consórcio iria ‘incorporar novos serviços e novas especialidades’. Esclarecia quais atendimentos

cabiam à 'rede básica' por 'município' e ao 'hospital Santa Casa', 'preservando a entrada no hospital regional' para os 'atendimentos de referência'. Um gestor municipal alegava a necessidade de 'mais dinheiro no consórcio para garantir as internações, pagando adicional para os médicos, sempre exigindo' desembolso 'dos pacientes' em 'internação e cirurgias'. O gestor estadual trazia 'a ideia de consórcio para associar os grandes compradores de serviços' (no âmbito do poder público) e 'regular o preço de compra, desestruturando a lógica dos prestadores privados' (Ata 64). Assim emergia um esforço de controle do *mix* público privado na saúde.

Também se ressaltava a importância de os municípios organizarem seus serviços, para dar conta dos cuidados primários à saúde da população, senão 'o consórcio não aguentaria' (Ata 64). Ao atuar na complementaridade do sistema, o consórcio veio suprir a necessidade de especialidades médicas. Seu principal papel seria auxiliar o hospital regional para garantir a referência. Gestores municipais viam o consórcio como 'importante instrumento para o município dispor dos serviços não existentes' na sua rede (Ata 135).

O hospital regional teve sua proposta inicial de construção no projeto de implantação dos Distritos Sanitários naquela região (MATO GROSSO, 1987). E, após dez anos, encontraram-se relatos de apenas dois terços da obra concluída. Em 1999, a direção do Polo Regional noticiou a licitação para aquisição dos equipamentos. No ano seguinte, solicitava 'auxílio na luta pela conclusão do hospital regional', utilizando o argumento de 'viabilizar o consórcio' (Ata 36). Finalmente, em 2001, após concurso público e treinamento dos servidores, foi nomeada uma equipe para iniciar os trabalhos do hospital, inaugurado em 2002, após quinze anos.

O gestor da SES reafirmava o modelo de gestão e o papel do hospital regional no território: 'a ideia era tocar o hospital com a parceria entre estado, municípios e consórcio'. A equipe do Escritório Regional demonstrou

satisfação com a implantação do hospital regional e ampliação do número de leitos, como hospital de 'referência em urgência e emergência, traumatologia-ortopedia, serviço de apoio e diagnóstico, tudo organizado e pactuado. Técnicos da SES acrescentavam: desta forma saímos das mãos dos médicos e somos patrões' (Ata 64).

A SES utilizou-se dos critérios da Noas para a conformação de módulos assistenciais por região de saúde – conforme o PDR de 2001 –, configuração mantida no PDR atualizado em 2005 e ainda vigente passada uma década. Por esse documento, além do município polo da região, havia cinco municípios-sede de módulo assistencial, e ainda outros três municípios módulos, atendendo exclusivamente à própria população. Os demais têm como referência os respectivos municípios sede de módulo.

Após dez anos da sua instituição, em 2005, a CIB Regional teve seu regimento aprovado e organizou calendário de reuniões. A representação nessa instância era garantida aos técnicos do Escritório Regional, indicados 'em número igual ao quantitativo dos gestores municipais de saúde' (Ata 100), por definição regimental (no caso, 19 gestores e 19 técnicos da SES). No entanto, não se detectaram mecanismos de conferência de tal pretensão paridade. Sua importância era reconhecida desde a implantação da CIB Regional, inclusive com cobranças à CIB estadual e reivindicação de 'maior protagonismo na região' (Ata 114). Em 2007, o vice-presidente regional do Cosems reclamou da 'falta de resposta às proposições enviadas para a CIB' (Ata 114), fato reforçado pela direção e equipe do Escritório Regional. Gestores municipais afirmavam que a CIB Regional pouco propunha à CIB/MT e reiteravam que essa instância decisória deveria 'discutir e propor políticas de saúde e não se ater a discussão de ofícios' (Ata 114).

A importância de maior institucionalidade da CIB Regional se explicitou com a sua transformação em Colegiado de Gestão

Regional – o CGR –, de acordo com o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006). A CIB/MT foi convincente sobre a necessidade de mudar a denominação de CIB Regional para CGR, sob o argumento de ‘maior institucionalidade’ (Ata 129). Na condição de CGR, teria ‘poderes para homologar resoluções’. Seu regimento foi alterado e criada uma câmara técnica. Não houve dificuldades na implantação do CGR. O regimento foi aprovado em Resolução CIB (nº 08/2008). Outra Resolução CIB (nº 11/2009) reduziu ‘de cinco para uma as câmaras temáticas’ (Ata 141) naquele CGR. Todavia, não se identificou registro de nenhuma câmara técnica lá atuando.

Aspectos de governança da regionalização

A institucionalidade construída nas instâncias regionais de serviços de saúde demandava que a governança dessa regionalização implicasse na interação entre atores e instâncias no âmbito da gestão regional da saúde.

Reconhecida como finalidade da regionalização, a ampliação do acesso a ações e serviços de saúde, mediante definição dos fluxos e pactuações, houve, em 1998, a elaboração da primeira PPI na região. O planejamento regional e a alocação dos recursos financeiros giravam em torno desse instrumento, respeitando os critérios para uso dos recursos repassados pelo governo federal. Na pactuação das ações regionalizadas, tanto a PPI como os indicadores da atenção primária eram ‘consensuados com municípios no Escritório Regional’ (Ata 59) e depois apresentados no CGR para aprovação. Elementos identificados demonstraram limitações desse mecanismo para elaboração de programação conjunta. Na elaboração da PPI da assistência, cada município trazia as informações necessárias para a pactuação e participava de reunião pré PPI com técnicos do Escritório Regional. ‘O processo de pactuação nos municípios de gestão plena levava

mais de cinco meses para concluir’ (Ata 94). Em ‘repactuação da PPI da Assistência’, com a presença de ‘médicos autorizadores’, central de regulação, hospital regional e técnicos da SES, foram elaboradas as ‘revisões da programação’ (Ata 98).

Reiteradamente, os gestores expressavam dificuldades pela pouca alocação de recursos para sua população e reivindicavam aumento do teto financeiro. Somente no ano de 2001 identificou-se a alocação de recursos destinados à ‘compensação de desigualdades’ intrarregionais, relacionada a projetos de reforço para o SUS (Reforsus) e de vigilância em saúde (Vigisus). Embora as estratégias de incentivo à regionalização adotadas pela SES fossem valorizadas, elas ocorriam à margem das instâncias regionais: mesmo um ‘estado pioneiro na concessão de incentivo fundo a fundo’ à atenção primária de saúde e à ‘microrregionalização’ (Ata 141), a definição e os critérios de sua alocação não eram discutidos na região.

Identificaram-se estratégias de negociação entre as instâncias, estabelecidas principalmente no âmbito da CIB Regional. Ainda no período de vigência da Noas, existiu um ‘conselho de gestão regional’ (Ata 63), articulado pelo Escritório Regional com o gestor do município sede, hospital regional e algumas instâncias da região, que se reunia ‘semanalmente para tratar de assuntos dos serviços de saúde’ (Ata 64). Dada a situação informada pelo representante do consórcio – os procedimentos que o hospital regional tinha pactuado com os municípios e a SES não estavam sendo realizados –, a CIB Regional deveria fazer uma resolução e encaminhar à SES para que fossem contratados serviços de terceiros. Essa situação demonstra o papel da CIB Regional na viabilização de estratégias para resolver o problema.

Dada a ocupação total de seus leitos, o hospital regional passou por reestruturação em 2004, quando contratou novos profissionais de urgência e emergência. Frente às dificuldades vivenciadas, o consórcio e a

secretaria de saúde do município sede ajudavam na compra de medicamentos e material médico hospitalar. Havia sobrecarga de responsabilidades no hospital regional, por ‘atender situações que deveriam ser resolvidas no município de origem’ (Ata 109). Os gestores municipais reclamavam ‘que os atendimentos de exames e cirurgias eletivas pactuados com o município sede não eram realizados, comprometendo, assim, suas metas’ (Ata 109).

Diversas vezes o hospital regional deixou de realizar procedimentos pactuados com os municípios, como ocorreu com cirurgias eletivas, chegando a uma ‘situação crítica’, com ‘serviços paralisados, mesmo em casos em que a ‘situação do paciente não poderia esperar’ (Ata 102). Os gestores pediram interferência da SES e do consórcio junto ao hospital devido à ‘falta de material médico hospitalar e medicamentos, recursos humanos e estrutura física’ (Ata 109). Em reunião com presença do governador do estado e representantes da SES, da secretaria de saúde do município sede, do consórcio e da Santa Casa, fez-se proposta de reestruturação do hospital, para não mais atender ações de baixa complexidade, mas ‘somente pacientes regulados’ (Ata 110). Após três anos, em 2007, a não realização de cirurgias eletivas era ainda justificada por falta de ‘insumos’, equipamentos, como ar condicionado em metade das salas de cirurgia, e ‘dificuldades com os pregões’ (Ata 113). O hospital regional informou que: ‘assim... as cirurgias ocorriam (apenas) dentro do possível’ (Ata 115). A situação arrastou-se de tal forma que dois anos depois ainda persistiam os problemas de contratação de médicos em certas especialidades, estrutura física inadequada e equipamentos quebrados.

O *mix* público-privado sempre permeou, com maior ou menor intensidade, as relações entre instâncias e atores envolvidos na regionalização da saúde, como, por exemplo, no caso de o diretor do Polo comunicar a ‘impossibilidade de seu médico auditor

continuar exercendo o cargo, por estar ao mesmo tempo como diretor clínico’ do prestador filantrópico (Ata 142). Já no início do funcionamento da câmara de compensação, houve situações como a do gestor municipal questionar o prestador filantrópico, porque as ‘gestantes que faziam cesarianas permaneciam apenas dois dias no hospital’, sendo que essa cirurgia requeria cinco dias de internação. O prestador alegava como ‘motivo o pagamento baixo da cirurgia e poucos leitos cadastrados’ (Ata 78). Um gestor referiu que, por conta do baixo orçamento da saúde, os hospitais ‘não querem prestar alguns serviços e pessoas ficam girando sem assistência’ (Ata 02). Outro gestor destacou a ‘transferência de recursos da SES para um hospital filantrópico’ (Atas 14 e 21), o que ilustra o financiamento público da filantropia. Em municípios onde predomina o caráter privado dos estabelecimentos prestadores de serviços, havia dificuldade na alocação de recursos e pactuação da assistência à saúde, sendo ‘necessário pagar diferenças da tabela SUS para os hospitais’ (Ata 78).

A influência política no processo de regulação dos usuários da região explicitou-se quando o vice-presidente regional do Cosems comunicou a decisão do gestor da SES de ‘avisar aos gestores municipais para não liberar ambulâncias para transportar usuários para tratamento na capital a pedido de políticos’ (Ata 107), bem como a necessidade de observação das normas de regulação. Um gestor municipal confirma que essa situação é rotineira e que os ‘políticos conseguem vaga para o paciente, e os secretários, não’ (Ata 107), ficando estes em dificuldades perante a comunidade, situação ratificada pelos demais gestores. Espaços políticos de negociação regional para a estruturação da rede assistencial emergiram quando determinado político reivindicava investimento para atender certa necessidade, como a construção do novo ‘Pronto Socorro’ ou realização de ‘audiência pública’ (Ata 61), para discutir fatores ligados ao hospital regional.

As diretrizes do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) traziam o pressuposto de governança e gestão regional. O Pacto foi apresentado na região pela secretaria executiva da CIB/MT em 2005, antes da publicação dessa normativa. Ao final de 2006, a CIB Regional discutiu as orientações e os fluxos para preenchimento do Termo de Compromisso de Gestão Municipal. Os municípios foram alertados para ‘não se comprometer em pactuar compromissos que não pudessem honrar’, mas eram induzidos à adesão, pois, se ‘não assinassem o Termo, teriam dificuldades de conseguir novos recursos’ do SUS (Ata 111). Na mesma oportunidade, o vice-presidente regional do Cosems ressaltava como ‘prazo de adesão ao Pacto – até 2007, o que impunha a necessidade de os municípios organizarem a central de regulação e a importância da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), para evitar problemas nos créditos’.

Destaca-se aqui o papel de assessoria do Escritório Regional e do Cosems na atualização sobre as normativas do SUS e apoio à habilitação no sistema de saúde. Por iniciativa do Cosems, houve um seminário regional que discutiu a implantação do Pacto. A SES aderiu ao Pacto pela Saúde em 2007, ao passo que, nos municípios, o processo de adesão deu-se a partir de 2008, alcançando “92,2% em 2010” (COSEMS/MT, 2009). Na primeira reunião do CGR de 2009, dada a ‘rotatividade de gestores em função das eleições municipais do ano anterior’ (Ata 135), um técnico rerepresentava a legislação e normativa do SUS até chegar ao Pacto.

Eleições municipais associadas à precarização dos vínculos de trabalho foram fatores políticos que repercutiram no padrão de relacionamento e na condução do processo de regionalização. Isto, tanto pela rotatividade dos gestores municipais, como pela interrupção de vínculos, levando à descontinuidade das ações de saúde e da organização dos serviços. Fato este reiterado pelo gestor estadual de saúde, que citou o problema de troca de

prefeito como uma dificuldade enfrentada. A direção do Escritório Regional relatou que um prefeito recém-empossado ‘demitiu todos os funcionários e, por isso, não havia nenhum representante na reunião’ (Ata 114).

Quanto aos padrões de relacionamento entre as instâncias envolvidas na regionalização – relações políticas, processo de negociação e relação público-privado –, observou-se o papel preponderante da representação da SES na região, sobretudo na atualização dos gestores municipais sobre as normativas do SUS. Desde a sua instituição, em 1995, ao integrar a CIB Regional, esse papel do Escritório Regional foi incorporado também nessa instância colegiada. Além da atuação individual dos gestores municipais de saúde, destacou-se o importante papel articulador da rede do Cosems de apoio ao SUS no processo de regionalização da saúde nessa região.

Os problemas de gestão regional foram discutidos em oficina no início de 2008, em cujo relatório destacaram-se: dificuldades de pactuação com a SES, gestores municipais sem autonomia, pouco suporte técnico, ausência de procedimentos e serviços de referência pactuados, baixa responsabilização, atraso do repasse financeiro do estado aos municípios, ausência de protocolos de regulação, profissionais sem capacitação, falta de participação dos usuários e conselheiros de saúde no processo gestor e dificuldades na alocação de recursos financeiros (COSEMS/MT, 2009).

No contexto da instituição do Pacto pela Saúde, aprovou-se, em 2007, não só a PPI da Assistência, como a Pactuação de Ações Prioritárias da Vigilância em Saúde para os municípios da região. Houve dificuldades e reclamações recorrentes de gestores sobre as bases e os ‘critérios utilizados para estabelecer a população dos municípios, principalmente porque sempre estava diminuindo’ (Ata 115), o que refletia na respectiva PPI feita pelo Escritório Regional. Um gestor municipal afirma que a PPI feita pela SES ‘deveria ser usada só como modelo’ (Ata 33).

Segundo o responsável pelas ações de monitoramento dos indicadores no Escritório Regional, muitos municípios estavam abaixo das metas pactuadas. Orientou-se o ‘acompanhamento e a socialização’ dos indicadores visando ao compromisso com a meta, pois, em visita a algumas unidades, constatou-se que os ‘servidores não sabiam dessas metas’ (Ata 57 e 116).

Como suporte à gestão do trabalho e ‘educação permanente’, foi criada a Comissão Integrada de Ensino e Serviço (Cies) em 2009 (Atas 101 e 142). A qualificação profissional dependia da alocação de recursos federais. Destaca-se a contribuição do Cosems/MT (2009) para a descentralização da política de educação permanente em saúde, propiciando cursos de capacitação na região com vistas ao ‘fortalecimento do processo de regionalização’ do SUS (Ata 144); formação para conselheiros de saúde, gestores e técnicos de saúde da família e em planejamento.

Considerações finais

O pioneirismo do processo de regionalização da saúde em MT, com forte indução da SES no período de 1995 a 2002, propiciou melhor organização e maior provisão dos serviços de saúde, criando as bases para a estruturação do sistema de saúde na região. Destacou-se o papel da representação desconcentrada da SES como instância indutora da regionalização da saúde.

O histórico de reuniões intergestores facilitou inclusive a implementação do CGR na continuidade da CIB Regional. Tais colegiados têm se constituído em instância fundamental na construção de pactuações e relações intergestores, locus privilegiado das discussões sobre a saúde na região.

A institucionalidade da regionalização opera nas próprias instâncias regionais de saúde. A região estudada sobressaiu-se no estado por ter implantado pioneiramente tais instâncias: CIB Regional, central de

regulação, hospital regional e consórcio intermunicipal de saúde. A indefinição de papéis das instâncias, no entanto, suscitava a necessidade de melhor caracterizar e definir suas responsabilidades.

A consistente atuação da representação da SES na região lhe confere uma maior institucionalidade. Todavia, é na relação gestora entre os gestores municipais, propiciada pela comissão intergestores regional e destes com representações da gestão estadual e outras instâncias atuantes na região, que a institucionalidade e a governança regional têm seu locus mais substantivo. O estudo identifica que, inclusive nessa instância colegiada (CGR, hoje CIR), o Escritório Regional operava ‘sobre’ e não ‘com’ os gestores municipais, como seria de esperar em uma real cogestão. Configurou-se nessa relação intergestora um limite onde se espera uma potencialidade, como pressuposto da efetividade da gestão regional.

As relações entre gestores e instâncias tinham um caráter relativamente democrático. Os padrões observados de relacionamento entre as instâncias envolvidas permitem afirmar que após 2002 não houve por parte da SES movimento de construir maior governança junto aos gestores municipais para decisões coletivas e tampouco na condução do hospital regional ou do consórcio intermunicipal de saúde. Os dados sugerem, hipoteticamente, que a instância decisória regional de representação da esfera estadual na região esteve confortável apenas com a própria governança interna, ao não expressar movimentos voltados à construção da governança da regionalização com o conjunto dos gestores municipais. Por outro lado, o protagonismo do Cosems se incrementava gradativamente como ator social estratégico na assessoria e apoio institucional aos municípios na perspectiva da construção da governança necessária em um processo de regionalização da saúde.

Persistem desafios a superar na relação entre gestores e instâncias, frente à ainda

incipiente governança regional. O *mix* público-privado evidenciado na região influenciava as decisões, prevalecendo a lógica privada na prestação de alguns serviços de saúde.

Não se apreenderam quaisquer iniciativas concretas de planejamento regional, sequer para fazer o diagnóstico situacional regional e tampouco com enfoque na conformação de redes de saúde, voltadas a fazer frente as desigualdades intrarregionais. Identificaram-se atividades restritas à programação de serviços existentes, cumprimento de normas estabelecidas, execução de metas e orçamentária, discussão de interesses pontuais e aprovação de propostas ou projetos. Em nome do planejamento em saúde, observou-se certa obediência ao que é normatizado pelo nível central estadual e mesmo federal, deixando, assim, de contemplar as especificidades locais e regionais. Dentre os fatores que dificultam a gestão da regionalização da saúde na realidade estudada, destacaram-se: a indefinição de responsabilidades entre as esferas de governo e as instâncias existentes na região; a rotatividade dos gestores como fator negativo na condução do processo; e o predomínio de aspectos político-partidários influenciando negativamente a institucionalidade e a governança da regionalização da saúde.

O processo de decisão foi fortalecido e os gestores que compõem o colegiado gestor regional sentem-se mais amparados para discutir e enfrentar as dificuldades de execução da política de saúde em níveis municipal e regional. No entanto, são muitos os desafios a superar para a efetivação do SUS por meio da regionalização da saúde. Se este estudo identifica avanços nesse sentido, maiores ou de igual magnitude são as dificuldades. Cabe aos envolvidos no processo – políticos, gestores, trabalhadores, provedores e usuários – a decisão sobre os enfrentamentos dos obstáculos para o fortalecimento da institucionalidade e governança da gestão do SUS na região.

Colaboradores

Edinaldo Santos de Souza foi o responsável pela coleta e processamento dos dados relativos à sua dissertação de mestrado. Os três autores responsabilizaram-se pela concepção e elaboração do artigo, incluindo o processamento e a análise dos dados aqui apresentados. Ruth Terezinha Kehrig e João Henrique Gurtler Scatena encarregaram-se da discussão dos dados e da revisão final do artigo. ■

Referências

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2011.

BORTOLOTTI, I. M.; MARTINS, A. S. (Org.). *Avaliação da política de saúde de Mato Grosso 1995-1998*. 3. ed. Cuiabá: SES, 2000.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível

em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 25 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 24 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. [Sem descrição]. *Diário Oficial*

[da] União, Brasília, DF, 28 fev. 2002. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 24 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 22 fev. 2006. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 24 nov. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). *Reflexões aos novos gestores municipais de saúde*. Brasília, DF: Conasems, 2009. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjnktaejK7JAhUHqJAKHVBTD78QFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fbvmsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Freflexoes_novos_gestores_municipais.pdf&usg=AFQjCNE0ak6ZzAtVeYLrSSRdmnBPbuMcng&sig2=ubj3pZA5yMNckUswCqx7C7Q>. Acesso em: 25 out. 2015.

CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE MATO GROSSO (COSEMS/MT). *Relatório final da oficina sobre o Pacto pela Saúde da região Sul Mato-Grossense*. Cuiabá: Cosems/MT, 2009. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjnktaejK7JAhUHqJAKHVBTD78QFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fbvmsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Freflexoes_novos_gestores_municipais.pdf&usg=AFQjCNE0ak6ZzAtVeYLrSSRdmnBPbuMcng&sig2=ubj3pZA5yMNckUswCqx7C7Q>. Acesso em: 26 out. 2015.

GONZAGA, A. A. O papel dos Escritórios Regionais de Saúde no processo de descentralização e regionalização do SUS em Mato Grosso. In: MÜLLER NETO, J. S. (Org.). *A regionalização da saúde em Mato Grosso*: em busca da integralidade da atenção. Cuiabá: SES, 2002, p. 67-87.

KEHRIG, R. T. *et al.* Aproximações à institucionalidade, governança e gestão na regionalização de saúde. In: SCATENA, J. H.; KEHRIG, R.T.; SPINELLI, M. A. *Regiões de Saúde: diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso*. São Paulo: Hucitec, 2014, p. 47-83.

MACHADO, R. R. *et al.* Entendendo o Pacto pela Saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. *Rev Eletrônica Enfermagem*, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 181-187, 2009.

MARTINELLI, N. A regionalização e a Comissão Intergestores Bipartite Regional. In: MÜLLER NETO, J. S. (Org.). *A regionalização da saúde em Mato Grosso*: em busca da integralidade da atenção. Cuiabá: SES, 2002, p. 88-91.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. *Modelo Assistencial do Polo Regional de Saúde de Rondonópolis*. Cuiabá: SES/MT, 1987.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. *Resolução CIB nº 02/1998*, de 17 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre a aprovação dos pleitos de habilitação dos municípios do estado de Mato Grosso. Cuiabá, 1998. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/legislacao?origem=19&p=&num=02&mes=&ano=1998>>. Acesso em: 30 fev. 2015.

MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993.

MÜLLER NETO, J. S. CALHAO, A. C. Planejamento e a regionalização da saúde. In: MÜLLER NETO, J. S. (Org.). *A regionalização da saúde em Mato Grosso*: em busca da integralidade da atenção. Cuiabá: SES, 2002, p. 113-119.

VIANA, A. L. A. *et al.* Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008.

VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D. O processo e regionalização da saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In: _____. (Org.). *Regionalização e Relações Federativas na Política de Saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011, p. 11-24.

Recebido para publicação em abril de 2015
Versão final em setembro de 2015
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Planejamento regional compartilhado em Minas Gerais: avanços e desafios

Shared regional planning in Minas Gerais: progresses and challenges

Nilo Bretas Junior¹, Helena Eri Shimizu²

RESUMO O objetivo do estudo foi analisar o planejamento regional em saúde de Minas Gerais, a fim de verificar os principais avanços e desafios. Foi realizado um estudo de caso do planejamento regional no período de 2007 a 2012. Analisaram-se os documentos: atas, relatórios e outros produzidos no processo de planejamento regional. Utilizaram-se como referencial teórico as categorias: direcionalidade, compartilhamento e prestação de contas. Verificou-se que a direcionalidade tem sido prejudicada, pois as questões cotidianas se sobrepõem. O grau de compartilhamento das decisões mostrou-se elevado. Por fim, a petição e prestação de contas mostraram-se bastante frágeis.

PALAVRAS-CHAVE Planejamento em saúde; Gestão em saúde; Regionalização.

ABSTRACT *The study aimed to analyze regional health planning in Minas Gerais in order to verify the main progresses and challenges. It was conducted a case study of regional planning in 2007-2012. Analyzed documents were: minutes, reports, and others produced in the regional planning process. Categories used as theoretical framework were: directionality, sharing and accountability. It was found that the directionality has been hampered because daily matters overlap. The degree of sharing of decisions was high. And, finally, the petition and accountability were quite fragile.*

KEYWORDS *Health planning; Health management; Regional health planning.*

¹Universidade de Brasília (UnB) - Brasília, DF, Brasil. nilo@conasems.org.br

²Universidade de Brasília (UnB), Departamento de Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Brasília, DF, Brasil. shimizu@unb.br

Introdução

Entre os maiores desafios à construção do Sistema Único de Saúde (SUS) está a necessidade da regionalização solidária e cooperativa entre entes federados com a integração e o compartilhamento da gestão nas regiões de saúde por meio dos Contratos Organizativos de Ação Pública (Coap). Ganha centralidade, assim, a discussão a respeito do planejamento em saúde e como torná-lo instrumento de tomada de decisão por gestores nas regiões de saúde.

Pensadores, incluindo o argentino Mario Testa, apontaram críticas ao planejamento em saúde na América Latina, tais como: a omissão de aspectos políticos inerentes ao setor saúde, o subfinanciamento, a falta de coordenação dos serviços, a baixa capacidade de regulação do Estado, a incipiente capacidade de governo, alto nível de privatização dos sistemas de saúde, caracterizando-o como excessivamente tecnocrático, dominado pelo paradigma do planejamento normativo, fundamentado no pensamento econômico e administrativo (RIVERA; ARTMANN, 2012). Essa análise crítica enseja a defesa de um planejamento em saúde que extrapole a lógica econômica e apoie a formulação de políticas de saúde por meio da definição de estratégias, de diagnóstico setorial, de análise institucional, de programação regional e de monitoramento (PAIM; TEIXEIRA, 2006; RIVERA; ARTMANN, 2012; JESUS; TEIXEIRA, 2014).

Tal esforço consolida-se nas décadas de 1980 e 1990 no que se denominou planejamento estratégico, e vem sendo utilizado amplamente no setor saúde, inclusive no Brasil, por meio das três vertentes de pensamento que, partindo de referencial comum contrário à postura normativa, dão ênfase a aspectos distintos: o planejamento estratégico situacional de Carlos Matus, o pensamento estratégico de Mário Testa e o enfoque estratégico de saúde para todos de Bornechea, Trujillo e Chorny (RIVERA; ARTMANN, 2012). Diversos autores elaboraram críticas

no sentido de seu aperfeiçoamento, desde a superação de obstáculos de aplicação metodológica até a necessidade de maior contextualização de seu uso, de maior abrangência de modelos explicativos de causalidades dos problemas de saúde e de incorporação de conteúdos comunicativos capazes de alavancar mudanças (RIVERA; ARTMANN, 2012; JESUS; TEIXEIRA, 2014).

Com a evolução da implementação do SUS, verifica-se um novo desafio de aperfeiçoamento, a construção regionalizada de políticas de saúde e com ação integrada entre entes federados autônomos (LIMA ET AL., 2012). Sem abrir mão da unicidade de princípios diretivos e organizativos do sistema, a atual política de construção do SUS, representado pelo Decreto nº 7.508 que regulamenta a Lei nº 8.080, exige diversidade de estratégias e de ação para o enfrentamento dos problemas de saúde (BRASIL, 2011).

Assim, este estudo tem o objetivo geral de analisar o planejamento regional compartilhado em saúde de Minas Gerais desenvolvido no período de 2007 a 2012, a fim de verificar os principais avanços e desafios.

Método

Foi realizado um estudo de caso, da experiência de planejamento macrorregional desenvolvido em Minas Gerais pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado (Cosems/MG), durante os anos de 2007 a 2012. A escolha metodológica justifica-se, pois o estudo de caso permite ao investigador aprofundamento em relação ao fenômeno estudado, revelando nuances singulares dos processos (YIN, 2005).

O Cosems/MG, partindo da análise estratégica do processo de regionalização estadual, de forma compartilhada com toda a sua diretoria e com a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG), pactuou na Comissão Intergestores Bipartite estadual (CIB/MG) sua corresponsabilidade

na condução da implementação do processo de desenvolvimento do planejamento regional, com foco nas Macrorregiões de Saúde do Estado.

Assim sendo, o Cosems/MG, em função da necessidade de articular sua presença nas diversas regiões assistenciais, organizou-se em Cosems regionais, compondo o sistema de governança dessas regiões. Nas Microrregiões, participam as Comissões Intergestoras Regionais (CIR) em conjunto com regional da SES/MG e com participação de todos os secretários municipais de saúde da microrregião. Nas macrorregiões participam as Comissões Intergestoras Regionais Ampliadas (Cira), com participação das várias regionais da SES que estão no território. A quantidade de Cosems regionais difere da quantidade de micro ou macrorregiões por não se tratar de divisão assistencial, e sim de representação política dos municípios, divididos em polos de representação. Como resultados desse processo, foram definidos 25 Cosems Regionais.

Ademais, a partir de 2009, com o propósito de fortalecer o princípio da Regionalização Solidária e Cooperativa nos espaços de gestão regional, foi criado o Projeto Apoiador Cosems (MOTA, 2012). Neste Projeto, um profissional técnico acompanha as atividades de duas a seis microrregiões de saúde, e no mínimo um Cosems Regional ajuda na disseminação de informação, bem como provoca a mobilização regional dos gestores municipais para ações de fortalecimento da gestão em cada região.

Minas Gerais possui 22 apoiadores. Todos eles têm como principal atividade o apoio técnico aos Cosems regionais, subsidiando as ações regionais, a fim de enfrentar os problemas advindos da assimetria de informação, fragmentação institucional do Cosems e fortalecimento da capacidade técnica municipal, auxiliando no processamento técnico-político dos problemas e possibilidades de enfrentamento.

Tomando o Projeto Apoiador como forma de organização, o Cosems/MG desenvolveu a experiência de planejamento regional. Foram realizadas 125 oficinas macrorregionais, envolvendo apoiadores regionais do Cosems, secretários municipais de saúde e convidados das regionais da SES e algumas universidades. Também foram realizadas 7 oficinas centralizadas com apoiadores regionais do Cosems, equipe técnica de assessores do Cosems e, em alguns momentos, de dirigentes tanto do Cosems como da SES, para preparar as oficinas macrorregionais e para consolidar seus resultados. Essas oficinas resultaram em relatórios temáticos de planejamento e no alinhamento de estratégias em relatórios de pactuação nos fóruns intergestores CIR, Cira e CIB.

Dessa feita, foi realizada análise documental dos seguintes documentos produzidos no âmbito dos Cosems no período acima referido: 26 relatórios e 125 atas.

Para a análise, utilizou-se o referencial teórico do planejamento estratégico, em especial da Teoria das Macro-organizações e do Sistema de Direção Estratégica de Carlos Matus, com destaque para as seguintes regras: a Direcionalidade/Sistema de Conformação da Agenda do Dirigente e a Responsabilidade/Sistema de Petição e Prestação de Contas por Resultados (MATUS, 1993).

Foi elaborada uma matriz analítica do planejamento regional integrado em saúde contendo três dimensões: a 'direcionalidade', que visou identificar se a configuração da agenda dos dirigentes de saúde confere direção ao processo de planejamento regional; a 'responsabilização', que consistiu em verificar a assunção das responsabilidades pactuadas e a prestação de contas no âmbito regional; e, por fim, o 'compartilhamento', que teve como propósito averiguar o processo de cogestão nas regiões de saúde. Cabe mencionar que essas categorias representam uma adaptação do trabalho de Lima (2003).

Resultados e discussão

Em relação à categoria de análise da direcionalidade, os relatórios temáticos do planejamento regional trazem a missão claramente enunciada:

Construir um plano de ação que propicie a aglutinação dos municípios nas macrorregiões para uma ação coletiva e uma postura de co-gestão, com vistas à organização da rede interfederativa de forma complementar à organização microrregional. (BRASIL, 2008, P. 3).

Tal enunciado evidencia a clareza do papel dos gestores municipais, porém a análise dos relatórios de pactuação das CIRs e Ciras demonstra a predominância de discussões fragmentadas que, embora incidam sobre as ações planejadas, ocupam grande parte das agendas dos dirigentes a alocação de novos recursos ou as exigências de cumprimento das normas federais ou estaduais.

Essas agendas têm pautas que privilegiam os ritos da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e CIBs em detrimento dos problemas locais. Em um único mês, fevereiro de 2011, produziram-se 383 deliberações sobre temas pautados nessas instâncias, que foram encaminhados pelas diversas regiões para homologação na CIB/MG. Em julho de 2011, foram 130, sendo que nesse mês foi um dos poucos momentos que se discutiram metas e indicadores de ações planejadas para as regiões.

Ainda quanto à categoria de análise da direcionalidade, as CIRs também apresentam diversidade de realidades. As Câmaras Técnicas, embora tenham sido regulamentadas por meio dos regimentos das CIRs em Minas Gerais, não funcionam como unidade de processamento prévio de problemas em todas as regiões. Tal situação pode ser observada em atas nas quais algumas discussões a respeito de um tema em pactuação têm opiniões emitidas diretamente pelos gestores, sem a exposição ou problematização nos âmbitos das CIRs e da Cira, o que acarreta

em longa discussão e em alguns casos de postergamento das decisões.

Em realidade, observou-se que esses espaços de cogestão CIR e Cira, por vezes, têm sido conduzidos de modo burocrático e cartorial, sem um amplo debate por parte dos gestores envolvidos, o que pode resultar em baixa ou nenhuma repercussão nas práticas institucionais vigentes (VIANNA; LIMA, 2013).

Observa-se ainda que a CIR tem dificuldade para conferir direcionalidade à agenda de decisões, o que Matus (1996) denomina de Sistema de Configuração da Agenda do Dirigente. Este sistema contém o recurso mais crítico para os dirigentes: o tempo; além de ser responsável por manter o foco de atenção destes sobre aquilo que é prioritário.

Uma análise do Sistema de Agenda do Dirigente exige a verificação do quanto da sua atenção está voltado para assuntos e problemas relacionados com a missão, e não com problemas rotineiros e emergências e imprevistos. A preocupação de Matus (1996) com a racionalização da agenda do dirigente decorre da constatação de que, diante da enorme quantidade de problemas que normalmente surgem no cotidiano da gestão, há necessidade de se regular o tempo e o foco da atenção, caso não se deseje que a organização perca o rumo ante a demanda diária de problemas. As pressões que o dirigente sofre em sua gestão cotidiana contrariam o planejamento, a regulação racional do foco de atenção e o uso inteligente do tempo.

Desse modo, algumas questões são importantes para que a agenda de pactuações na CIR seja ordenada pela direcionalidade da missão de forma eficaz. É fundamental que a composição da pauta se baseie na missão enunciada e no plano de ação regional elaborado, no qual devem estar contidas as prioridades da gestão. Para isso, dois elementos devem ser destacados no Sistema de Direção Estratégica: a existência de uma Unidade de Processamento Técnico-Político e o entorno do dirigente (MATUS, 1996). A Câmara Técnica das CIRs deve ordenar a pauta em coerência

com as prioridades do plano, e isso não parece ter ocorrido observando os relatórios de pactuação.

Alguns estudos feitos por Matus (1993; 1996) apontam que cerca de 10% do tempo do dirigente de países da América Latina são destinados a problemas importantes do governo. Mesmo sem poder realizar comparações entre seus estudos e a realidade das CIRs, pelas diferenças de metodologia e contexto situacional, percebe-se que o excesso de demanda oriunda das agendas Tripartite e Bipartite acaba por impedir esses momentos de planejamento e avaliação, fazendo com que a possibilidade de se perder o rumo aumente, uma vez que esse tipo de comportamento gera cegueira situacional (MATUS, 1996). Claro que demandas oriundas das agendas Tripartites e Bipartite sempre existirão; a questão é como orientá-las ou oportunizar a discussão das prioridades locais por meio dessa demanda externa, ao invés de simplesmente tentar respondê-las.

Quanto ao entorno dos dirigentes, é de crucial importância o trabalho desenvolvido pelos apoiadores regionalizados do Cosems e o papel cumprido pelo sistema de informação do Projeto Apoiador (PINHEIRO ET AL., 2013). Os apoiadores, orientados pelo escritório central do Cosems/MG, acabam direcionando os problemas que devem ou não serem dirigidos à pauta da CIR.

Quanto à categoria de análise do compartilhamento, verifica-se que ocorre o envolvimento de todos os gestores municipais no processo de discussão das questões relativas à região e também à forte presença dos mecanismos de comunicação do Cosems/MG. O fórum do Projeto Apoiador desenvolvido pelo Cosems tem grande número de informações relativas a essa comunicação com gestores municipais de saúde.

Tomando como referência o Postulado de Coerência de Mário Testa, que diz que a viabilidade de qualquer proposta irá depender da coerência entre três elementos fundamentais: os propósitos de governo, os

métodos de planejamento e a organização (TESTA, 1987), o desafio pode ser traduzido em como estruturar as organizações – instâncias de gestão no SUS de forma coerente com os propósitos colocados. A implementação do SUS não foi acompanhada por mudanças nos métodos e estruturas das organizações de saúde (MENDES, 1996). O principal exemplo dessa rigidez de estruturas está diretamente relacionado com o espaço de atuação regional que são as instâncias regionais das SES, quase sem função, a não ser como repassadores de papel dos níveis centrais para os municípios e espaços de barganha política (SILVA; GOMES, 2013).

Quando Matus (1996) falou de descentralização, referiu-se a poder, capacidade de decisão, e não apenas de descentralização de responsabilidades. Nesse sentido, o apoio ao planejamento regional desenvolvido pelos Cosems contribuiu para fortalecer a construção da autonomia, do espaço regional. Entretanto, cabe ressaltar que não foram discutidos no espaço da CIR as responsabilidades de cada ente federado para com as ações planejadas, demonstrando grande fragilidade no processo de governança regional. Como consequência, não foram contempladas as decisões acerca do financiamento, da regulação e da gestão do trabalho.

É importante ressaltar que, com regulamentação da Lei nº 8.080, de 1990, o desafio de realizar a integração regional dos sistemas municipais ganhou novo impulso. Na Carta de Maceió, elaborada em 2012 (CONASEMS, 2012), o Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde propõe uma agenda política para todos os 26 Cosems e todas as Secretarias Municipais de Saúde do Brasil em relação à regionalização que contempla: fortalecer a cogestão regional do sistema de saúde, rompendo o caráter excessivamente normativo do planejamento, possibilitando o planejamento ascendente e investindo na autonomia e capacidade de decisão das CIRs; reafirmar a direção única sobre pres-tadores em cada esfera de governo como um

princípio inegociável no SUS e pré-condição para a governança regional da rede de atenção à saúde; pactuar uma política de financiamento equitativo que assegure o desenvolvimento de ações e serviços de saúde com base nas especificidades regionais, contribuindo com a redução das iniquidades no País.

Todavia, há que se considerar que entre os maiores desafios para a operacionalização do planejamento regional compartilhado está a questão do centralismo federal, sobretudo estimulado pela forma de repasses de recursos financeiros, e o gerenciamento centralizado da habilitação de serviços (SANTOS, 2015). Dessa feita, é fundamental que a CIR desenvolva o planejamento regional em seu sentido completo, com estabelecimento, especialmente de financiamento que extrapole os limites da população municipal.

Nesse sentido, não se pode conceber o processo de regionalização do sistema de saúde sem participação efetiva da esfera estadual, especialmente porque tem a responsabilidade de articulação e integração dos municípios. Ademais, tem a responsabilidade de apoio técnico e financeiros, que não podem ser genéricos e imprecisos, pois podem gerar sobreposições ou lacunas de atuação.

No que tange à categoria de análise responsabilização, dada a própria incipiência das CIRs, verifica-se grande fragilidade no Sistema de Petição e Prestação de Contas. Todas as 28 ações contidas no relatório consolidado de planejamento macrorregional têm responsabilidade atribuída a instituições ou ao Cosems/MG, e apenas 9 não contêm demandas a outras esferas de governo. O estatuto do Cosems/MG prevê a discussão e aprovação de relatórios de gestão do próprio Cosems, bem como dos Cosems regionais, de forma que essa dinâmica compõe o Sistema de Petição e Prestação de Contas. Também contribui para o Sistema de Petição e Prestação de Contas uma iniciativa do Cosems/MG denominada Prêmio Cosems em Ação. Este prêmio, criado em 2008, foi

instituído para contemplar os Cosems regionais cujos gestores se empenharem em desenvolver atividades, visando à melhoria da qualidade da participação na implementação e proposição de políticas públicas no SUS em Minas Gerais. O prêmio objetiva incentivar e valorizar resultados dos Cosems regionais na melhoria da capacidade de aglutinação dos municípios sob sua jurisdição, na discussão da política estadual no contexto regional, na capacidade de trazer propostas para discussão no nível central, na agilidade na disseminação das informações, na maior interlocução com o escritório central do Cosems e no comparecimento nas reuniões ordinárias mensais do Cosems/MG. Os critérios de avaliação são publicados anualmente por edital, a avaliação é realizada por comissão constituída para essa finalidade e os resultados são amplamente divulgados. Pelo prêmio, é atribuído um valor financeiro ao Cosems regional que funciona como estímulo ao desenvolvimento do seu plano de ação.

Matus (1996) enfatiza que o alicerce do Sistema de Direção Estratégica do Planejamento Estratégico Situacional está no Sistema de Petição e Prestação de Contas. Segundo ele, somente por intermédio de mecanismos eficazes de petição e prestação de contas é possível considerar uma organização de alta responsabilidade, condição mínima para a implementação de ações descentralizadas e eficientes. No SUS, observa-se um déficit de responsabilidade, uma vez que a descentralização se deu de forma incompleta, por repasses de responsabilidades sem meios para serem cumpridas, com forte normatização centralizada de aspectos técnicos e de alocação de recursos financeiros e com competências vagas para a união e os estados: no que diz respeito à cooperação técnica e financeira (LIMA ET AL., 2012).

Em Minas Gerais, a única avaliação que consta das publicações diz respeito às expectativas colocadas pelos gestores no início do processo em 2007. Dos 19 objetivos do planejamento regional, apenas 7 não tiveram

respostas, mas acordou-se em estabelecer estratégias para respondê-las. São eles: construir um sistema de planejamento integrado; facilitar o diálogo com o mundo jurídico e com o poder judiciário; estabelecer complementariedade com o planejamento microrregional (Cosems e SES estabeleceram a homologação na CIB das pactuações, embora precise ser aperfeiçoado); aperfeiçoar o planejamento intramunicipal, utilizando o planejamento regional; desenvolver cultura de planejamento como instrumento de gestão; implementar o sistema de planejamento em todos os níveis da atenção; unificar o sistema de planejamento, rompendo com fragmentações de programas.

Fica claro que para responder a esses problemas é necessário aperfeiçoar os instrumentos de planejamento e a sincronicidade dos processos intramunicipal, regional, estadual e nacional (BRASIL, 2011; 2012A). Os relatórios de gestão, por exemplo, precisam dialogar com as estratégias planejadas e necessitam de critérios para sua avaliação, para muito além do cumprimento da exigência legal de serem apresentados. Por isso, os resultados precisam ser pactuados e conhecidos por todos os membros da CIR. O estabelecimento de objetivos, metas, indicadores e instrumentos para verificá-los ampliam a responsabilidade de todos.

No entanto, os indicadores de avaliação pactuados na época do estudo, hoje pactuados pela Resolução CIT nº 5 (BRASIL, 2012B), que informam as prioridades nacionais, por exemplo, dizem respeito muito mais a processos e meios, além de estarem fortemente associados à cultura de controle e repasse de recursos financeiros, dado o entendimento que o dinheiro é federal enquanto deveria ser considerado nacional. Isso resulta em uma visão um tanto quanto taylorista da administração pública, ao não se preocupar com os resultados.

A Lei Complementar 141, de 2012, que regulamenta a Emenda Constitucional 29, corrobora este fato ao fortalecer o Relatório Anual de Gestão (RAG) e os mecanismos de publicização

da prestação de contas como os instrumentos para o sistema de planejamento. Verificando a situação dos RAGs em Minas Gerais à época do estudo, apenas em 3,28% dos municípios a informação da existência ou não do RAG não foi encontrada, embora não seja possível verificar se as ações referentes à região de saúde estão contidas neles. O próprio Ministério da Saúde (MS) não apresenta regularidade nos instrumentos do sistema de planejamento ao longo da história do SUS. O Plano Nacional de Saúde para o período 2008 a 2011 só foi apresentado e discutido pelo Conselho Nacional de Saúde em outubro de 2009.

Esses fatos vão ao encontro de duas observações importantes de Matus (1996), para aumentar a responsabilidade do sistema de saúde. A primeira e mais importante é a que a prestação de contas deve ser feita publicamente, ou difundida até a população. A divulgação realizada pelas páginas da Internet do MS, da SES/MG, do Cosems/MG e de vários municípios mostra o empenho nessa direção. Também é visível o esforço que o Cosems/MG vem fazendo ao desenvolver atividades de educação permanente voltadas para a cultura da prestação de contas públicas. Tendo em vista não haver no SUS uma instância de controle social regional, até por não se constituir a região em ente federado, é fundamental estabelecer mecanismos de articulação interconselhos, para que a alta responsabilidade a que Matus se refere possa ser característica da organização do SUS, ampliando a visibilidade da gestão no âmbito do sistema regional de saúde.

O segundo ponto que vai ao encontro das recomendações de Matus (1996) diz respeito à regularidade da prestação de contas. A regularidade contribui para gerar uma cultura de responsabilidade, pois cria hábito naqueles que devem prestar contas das suas ações a atuarem com mais visibilidade em seus atos, sendo que a Lei 141 determina que a programação anual de saúde, que inclui ações regionais, deva também ser

submetida previamente aos conselhos de saúde (BRASIL, 2012A).

Na Lei 141, estão previstas punições, como suspensão de receitas tributárias dos fundos de participação dos estados e municípios, suspensão de transferências voluntárias da união, entre outras, embora os mecanismos da aplicação das punições às responsabilidades compartilhadas nas regiões de saúde ainda precisem ser melhor esclarecidas, da mesma forma às responsabilidades da União. Segundo Matus (1996), em um sistema de alta responsabilidade, como deve ser o SUS, todos devem se sentir responsáveis por prestar contas a todos.

Os planos de ação regionais construídos e pactuados precisam ser aprimorados tanto para diminuir a responsabilização difusa já mencionada, quanto para objetivar mais prioridades, metas, indicadores e, principalmente, quanto ao que Matus (1993) formulou como momento estratégico e momento tático operacional.

Segundo Campos (1990), a possibilidade de tornar a administração pública brasileira *accountable* estaria diretamente relacionada com as chances das seguintes ocorrências, as quais, como podem ser verificadas, guardam certa interdependência e estão diretamente relacionadas com a democracia: a) organização dos cidadãos para exercer o controle político do governo; b) descentralização e transparência do aparato governamental; e c) substituição de valores tradicionais por valores sociais emergentes. Tem-se no País uma democracia muito nova, e esse exercício da democracia ainda irá desenvolver em muito as organizações públicas e a relação com a sociedade.

O Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento (Clad) alertou para o fato de que a realização do valor político da *accountability* depende de dois fatores: um deles é o desenvolvimento da capacidade dos cidadãos de agir na definição das metas coletivas de sua sociedade, já que uma população indiferente à política inviabiliza tal processo; o outro é a construção

de mecanismos institucionais que garantam o controle público das ações dos governantes ao longo de todo o seu mandato. Ainda se está ‘engatinhando’ nessa prática no SUS, embora a saúde seja a política pública com maior participação da população no território nacional.

Conclusões

A Teoria das Macro-organizações e o Sistema de Direção Estratégica elaborados por Carlos Matus (1994) foram muito pertinentes para a realização da análise do planejamento regional em Minas Gerais. Isso porque o espaço de análise correspondia, de fato, a uma Macro-organização. Esse referencial permitiu uma análise aprofundada baseada em grandes categorias de análise do planejamento como instrumento de gestão. Possibilitou ainda a verificação do funcionamento do sistema de planejamento e como aplicar seus conceitos em prol da cogestão regional do sistema.

Quanto à capacidade da agenda dos dirigentes de conferir direcionalidade ao processo de planejamento regional, verificou-se que, embora as agendas ainda sejam fragmentadas, as discussões são potencializadas da participação dos gestores nas CIR.

No que tange ao compartilhamento das decisões na região de saúde, pode-se afirmar que é ampla a participação dos gestores e que os mecanismos de comunicação do Cosems são bastante eficazes para dar visibilidade aos processos atinentes ao planejamento regional. Contudo, é preciso destacar que a CIR prescinde de condições para exercer governança, tanto política como executiva, que ainda se encontram bastante limitadas.

Em relação à prestação de contas das ações pactuadas, a experiência do Cosems/MG, inconclusa porque ainda em desenvolvimento, apresenta essa falha, pois não foram identificados mecanismos de avaliação de resultados, tal como sugerido pela Teoria das Macro-organizações.

O processo de planejamento compartilhado em Minas Gerais logrou alguns avanços, sobretudo a criação de espaços de cogestão que visam à discussão dos problemas e necessidades locais. Todavia, é preciso fortalecer a direcionalidade do planejamento regional, que requer ações de monitoramento e avaliação, que devem contar inclusive com a participação mais direta da população.

Além disso, é necessário ressaltar a importância de fortalecer os espaços de controle social.

Por fim, em relação à experiência de planejamento compartilhado de Minas Gerais, acredita-se que pode, tanto pelos seus aspectos mais inovadores e positivos quanto pelas deficiências identificadas, ajudar a aprimorar o processo de planejamento regional no País. ■

Referências

- BRASIL. Oficinas de Planejamento Regional – PlanejaSUS. *COSEMS MG*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 1-4, abr./ago., 2008.
- _____. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação, e das outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 11 dez. 2015.
- _____. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 11 dez. 2015.
- _____. Ministério de Saúde. Resolução CIT nº 5, de 19 de janeiro de 2012. Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0005_19_06_2013.html>. Acesso em: 5 dez. 2015.
- CAMPOS, A. M. Accountability: quando podemos traduzi-la para o português? *Rev Adm Pub*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 30-50, fev./abr., 1990.
- CONSELHO NACIONAL DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). *Carta de Maceió*. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/site/index.php/comunicacao/ultimas-noticias/2373-carta-de-maceio>>. Acesso em: 17 jan. 2013.
- JESUS, W. L. A.; TEIXEIRA C. F. Planejamento governamental em saúde no estado da Bahia, Brasil: atores políticos, jogo social e aprendizado institucional. *Cienc. saude coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3839-3848, set. 2014.
- LIMA, J. C. *Gestão estratégica de sistemas de saúde: estudo de caso de uma região de saúde à luz da teoria das macroorganizações*. 2003. 182 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
- LIMA, L. D. *et al.* Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Cienc. saude coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, nov. 2012.

- MATUS, C. *Política, planejamento & governo*. Tomos I e II. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993.
- . *El Metodo PES, Reingenieria Publica y La Teoria de Las Conversaciones: Trabas y Problemas*. Santa Fé, Colômbia: Fondo Editorial Altadir, 1994.
- . *Adeus, senhor presidente: Governantes Governados*. São Paulo: Fundap, 1996.
- MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MOTA P. S. *A contribuição do projeto apoiador do COSEMS/MG no espaço de gestão regional de saúde do Estado de Minas Gerais no período de 2009 a 2011*. 2012. 142 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Escola de Governo Dr. Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2012.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. esp., p.73-78, ago. 2006.
- PINHEIRO, R. *et al. Apoiadores regionais: uma experiência brasileira*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/COSEMS RJ/OPAS, 2013.
- RIVERA, F. J. U; ARTMANN, E. *Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- SANTOS, L. Regionalização em Debate. São Paulo. *Cadernos COSENS/SP*, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 54-59, 2015.
- SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais, *Saude soc*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1106-1116, dez. 2013.
- TESTA, M. Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud: parte I. *Cuadernos médico sociales*, Rosario, v. 38, n. 4, p. 3-24, mar. 1987.
- VIANNA, R. P.; LIMA, L. D. Colegiados de Gestão Regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1025-1049, out./dez., 2013.
- YIN R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bockman, 2005.
-
- Recebido para publicação em maio de 2015
Versão final em agosto de 2015
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná

Emergency Care Units (UPAs): management features to the care networks in Paraná

Liza Yurie Teruya Uchimura¹, Ana Luiza d'Ávila Viana², Hudson Pacífico da Silva³, Nelson Ibañez⁴

RESUMO As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) são classificadas, segundo a Política Nacional de Atenção às Urgências, de acordo com a capacidade física instalada, o número de leitos disponíveis, gestão de pessoas e a capacidade diária de realizar os atendimentos médicos. Objetivou-se identificar as características estruturais e de planejamento do serviço das UPAs às redes de atenção no Paraná. É um estudo de casos com entrevistas semiestruturadas com os coordenadores das UPAs, realizadas em 2012. Os dados foram armazenados e analisados em frequências absolutas e relativas. As UPAs necessitam estar integradas em uma política de Redes de Atenção à Saúde para ampliar a sua resolutividade.

PALAVRAS-CHAVE Atenção secundária à saúde; Serviços de saúde; Emergências.

ABSTRACT The *Emergency Care Units (UPAs)* are classified from the National Policy of Emergency Care, according to the installed physical capacity, the number of beds available, people management, and the ability to perform daily medical consultations. This study aimed to identify the structural characteristics and of service planning of the UPAs of the Paraná care networks. It is a case study with semi-structured interviews carried out with UPAs coordinators, in 2012. The data were stored and analyzed in absolute and relative frequencies. The UPAs need to be integrated into a health care network policy to expand its resoluteness.

KEYWORDS Secondary Care; Health services; Emergencies.

¹Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.
lytuchimura@gmail.com

²Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.
analuizaviana@usp.br

³École de Santé Publique de l'Université de Montréal – Montreal (Quebec), Canadá.
hudsonpacifico@gmail.com

⁴Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.
nelson.ibanez@butantan.gov.br

Introdução

O comprometimento social com a melhoria do atendimento de urgências e emergências de populações e comunidades proposto pelo sistema de saúde do Brasil enfrenta desafios decorrentes do envelhecimento da população, aumento da morbidade de causas externas, crescente incorporação tecnológica e aumento da demanda por serviços de saúde (RYCHETNIK, 2004). Em 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) com o objetivo de garantir a universalidade, a equidade e a integralidade no atendimento às urgências. A PNAU foi reformulada em 2011, com a instituição da Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde. As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas são componentes da rede, que deve ser implementada gradativamente em todo território nacional com base em critérios epidemiológicos e de densidade populacional (IBAÑEZ, 2013A).

Segundo Dourado (2013), a construção da rede de urgências e emergências no cenário nacional pode ser delimitada em três períodos: o primeiro, com predomínio da implementação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o atendimento de Urgências e Emergências (priorização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu como estratégia); o segundo, focado na implantação das UPAs; e o terceiro, insere a rede de urgências e emergências em uma rede de atenção, conforme a política nacional de conformação de redes.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), estabelecidas em 2010, são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, destacando que a atenção às urgências deve estar organizada dessa forma. As redes são uma garantia

do direito à saúde por intermédio da ampliação do acesso, amenizando as desigualdades sociais (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Diretrizes das UPAs foram estabelecidas para a implantação no País:

Art. 2º – Definir como Unidade de Pronto Atendimento (UPA) o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS)/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, associada a uma rede organizada de atenção às urgências. (BRASIL, 2009, p. 33).

De acordo com o porte das UPAs, foram estabelecidas normativas para a capacidade física instalada, o número de leitos disponíveis, gestão de pessoas e a capacidade diária de realizar os atendimentos médicos. Em junho de 2011, foi publicado o Decreto Federal nº 7.508, com o importante papel de regulamentar a Lei nº 8.080 nas questões relativas a: organização do SUS, planejamento da saúde, assistência à saúde e articulação interfederativa. Sequencialmente, a PNAU foi reformulada com a criação da Rede de Atenção às Urgências no SUS. O documento definiu as diretrizes da rede, sua estrutura hierarquizada, descrevendo de forma pormenorizada seus componentes e os objetivos a serem alcançados com a regionalização dos atendimentos (BRASIL, 2011).

As UPAs foram criadas para atuar como porta de entrada aos serviços de urgência e emergência; e dependendo do caso atendido, eles poderiam ser solucionados no local, estabilizados e/ou encaminhados para os hospitais ou redirecionados às UBS. De acordo com as suas atribuições, as UPAs deveriam funcionar 24 horas por dia, realizar a classificação de risco dos pacientes, resolver os casos de baixa e média complexidade, estabilizar os casos de pacientes graves e possuir estrutura física, recursos humanos e tecnológico suficientes para o atendimento da população de sua área de abrangência (SILVA ET AL., 2012).

Passados mais de dez anos da instituição da PNAU, evidências sugerem que os esforços

para sua implementação ainda não foram suficientes para resolver um grande contingente de problemas na saúde, como a superlotação dos serviços e atendimento de condições sensíveis à atenção primária (IBAÑEZ, 2013A).

O presente artigo utiliza parte dos dados da pesquisa multicêntrica “Rede de atenção às urgências e emergências: avaliação da implantação e desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPA)” (IBAÑEZ, 2013B, p. 122), sob a coordenação do Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (Cealag) da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, e tem como objetivo central identificar as características das UPAs e a sua inserção nas Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no estado do Paraná.

A escolha do Paraná para este estudo está justificada por ser um dos estados que concentrava 80% das UPAs em 2012 no Brasil e por apresentar um contexto estadual – do ponto de vista histórico-estrutural (com um sistema de urgência e emergência incipiente na década de 1990), político-institucional (apresentar um processo de regionalização em ampla discussão no estado) e conjuntural (atuação do Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência – Siate e Samu com ampla abrangência estadual) – favorável à implantação das UPAs.

Métodos

Esta pesquisa realizou um estudo de casos do processo de construção da RUE no Paraná, por meio de entrevistas semiestruturadas com os coordenadores das UPAs desse estado. Foram utilizados como dados secundários desta pesquisa o Plano Estadual de Saúde do Paraná 2012-2015 (PARANÁ, 2013) e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Em 2010, o Paraná possuía 399 municípios e uma população de 10.444.526 habitantes. Curitiba, Londrina, Maringá, Ponta Grossa, Cascavel, São José dos Pinhais, Foz do Iguaçu e Colombo são os municípios com

populações superiores a 200 mil habitantes. Atualmente, o estado apresenta 4 Regiões Metropolitanas (RM): Curitiba (29 municípios), Maringá (25 municípios), Umuarama (23 municípios) e Londrina (18 municípios).

No ano de 2012, o estado do Paraná contava com 14 UPAs segundo o CNES, e para a pesquisa, foram selecionados 7 serviços, abrangendo 50% do universo mesmo com uma amostra intencional. Foram estabelecidos como critérios de inclusão da amostra: localização, porte e abrangência regional das UPAs. Estas deveriam representar a região metropolitana (4 UPAs) ou do interior (3 UPAs), acrescentando-se que os serviços deveriam representar diferentes municípios e regionais de saúde. A amostra ficou constituída de UPAs situadas em 6 municípios do Paraná – Curitiba (2 UPAs), Castro (1), Foz do Iguaçu (1), Cascavel (1), Maringá (1) e Sarandi (1) – e 5 regionais de saúde – 2ª regional (2 UPAs), 3ª regional (1), 9ª regional (1), 10ª regional (1) e 15ª regional (2). Quanto ao porte, apresentaram porte I (1 UPA), porte II (2 UPAs) e porte III (4 UPAs). Foram excluídas da amostra as UPAs com menos de 6 meses de funcionamento.

As entrevistas semiestruturadas foram previamente agendadas e realizadas pelo pesquisador com todos os coordenadores das UPAs no período de dezembro de 2012 a março de 2013. O questionário foi realizado com perguntas abertas e fechadas, e o entrevistado poderia discorrer sobre o tema proposto. Foram analisadas as informações sobre o porte da unidade, população de abrangência atendida, serviços de apoio diagnóstico disponíveis, origem dos pacientes atendidos nas UPAs, relação entre a demanda e a capacidade de atendimento, frequência dos atendimentos pediátricos, capacidade de resolução dos serviços, faixa etária dos pacientes com maior taxa de atendimento, frequência dos pacientes encaminhados pela Atenção Básica (AB) e Samu, serviços de encaminhamento disponíveis, forma de encaminhamento para a AB e serviços ambulatoriais e hospitalares.

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica no formato *Microsoft Excel* e posteriormente analisados no *Stata 11*. Sequencialmente, foi realizada a análise estatística dos dados descritivos, apresentados na forma de frequências absolutas e relativas.

O estudo foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, conforme a Resolução 196/96-CNS, e teve parecer favorável sob o nº 303.421/2011. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado a todos os profissionais antes da entrevista, o qual foi formalizado com a assinatura, posteriormente à apresentação e descrição dos objetivos da pesquisa.

Resultados

Contexto das redes de urgência e emergência no Paraná

No Paraná, a Rede de Atenção às Urgências (RAU) foi implantada em 1998 com a regulação médica de urgência e de um sistema de transporte inter-hospitalar de pacientes. Anteriormente, o sistema de urgência e emergência era composto apenas por hospitais filantrópicos e pelo Hospital da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Apesar disso, a RAU obteve recursos orçamentários e uma organização administrativa somente a partir de janeiro de 2011, com a implantação da Rede Paraná Urgência, que tinha como principal objetivo a integração macrorregional das situações de urgência e emergência do estado por meio de ações e serviços destinados ao atendimento de todas as regiões de saúde. A Rede Paraná Urgência é formada pelos seguintes componentes: promoção, prevenção e vigilância; atenção primária na saúde; Samu/Siate; atendimento aeromédico; sala de estabilização; UPAs 24 horas; hospitais/porta de urgência hospitalar; atenção domiciliar; complexo regulador;

e a telemedicina com linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e trauma.

As ações da promoção, prevenção e vigilância se apresentam concentradas em serviços intersetoriais, campanhas educativas e no VigiaSUS (campanhas de vigilância e prevenção). Para a atenção primária, foi determinada a competência pelo primeiro atendimento para todos os graus de urgência, com um atendimento resolutivo para os casos de gravidade de baixo risco, implantação de kits de emergência nas UBS/Estratégia Saúde da Família (ESF) e sua integração à classificação de risco de Manchester. Por fim, o sistema de Regulação do Paraná, que é composto por sete Centrais Regionais de Leitos e Consultas (Curitiba, Londrina, Maringá, Ponta Grossa e Cascavel) e quatro Centrais Municipais.

O Paraná possui 22.420 leitos hospitalares, ofertados em 458 hospitais públicos, filantrópicos ou privados que atendem o SUS, dos quais 72,3% têm menos de 50 leitos. Foi criado o Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS Paraná (HOSPSUS) para qualificar a resposta hospitalar em todas as regiões de saúde, contribuindo para o desenvolvimento social e sanitário, essencial para atender às necessidades da população do estado, a partir de uma estratégia ligada à regionalização. Atualmente, existem 49 hospitais cadastrados no HOSPSUS, que possuem no mínimo 100 leitos ofertados ao SUS e que são referenciados na região para a média e alta complexidade; eles atendem no mínimo 25,0% de pacientes referenciados de sua região de abrangência e são indicados como hospitais de referência regional e/ou macrorregional (PARANÁ, 2013).

A Rede Paraná Urgência tem como diretrizes gerais: a organização da atenção primária em todos os municípios paranaenses; a implantação da classificação de risco de Manchester em todos os níveis de atenção à saúde; o estabelecimento de critérios de atendimento com associação ao tempo-resposta (principalmente para atendimentos

cardiovascular, neurovascular e trauma); o estabelecimento de competências dos vários níveis de atenção à saúde; a definição dos atendimentos por linhas de cuidado e dos pontos regionalizados com implantação de transferência sob regulação; implementação de pactuações interestaduais; e implantação de Programa de Educação Permanente em Atenção às Urgências às equipes de saúde (SCARPELINI, 2007).

Desde 1990, o Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências (Siate) funciona no Paraná por intermédio da parceria com o Corpo de Bombeiros, Secretaria Estadual de Saúde (Sesa) e municípios, com atendimento especializado ao trauma e regulação médica. A partir de 1995, o Siate se expandiu para o interior do estado e atualmente está implantado pelo modelo integral em Curitiba, São José dos Pinhais, Campo Largo, Ponta Grossa, Londrina, Maringá, Foz do Iguaçu e Cascavel. Além desses municípios, o Siate realiza cobertura em outras sete cidades de maneira parcial, ou seja, sem regulação e intervenção médica próprias. Semelhantemente ao que ocorre em muitos municípios brasileiros, o Siate Paraná possui um sistema misto de urgência e emergência, ou seja, utiliza ambulâncias equipadas para o atendimento com socorristas como o modelo americano ou com médicos de acordo com o modelo francês (SCARPELINI, 2007).

O Samu foi implantado inicialmente, em 2004, em Curitiba, e até o final de 2011 estava presente em 15 municípios, tendo como população de abrangência 44,0% dos habitantes do estado. O PDR 2012-2015 propõe que, até o fim desse período, 100,0% da população seja atendida pelo Samu e que 50,0% das internações de urgência e emergência sejam reguladas pela Central de Regulação (PARANÁ, 2013).

Caracterização geral das UPAs

As UPAs estavam localizadas na região metropolitana de Curitiba (Pinheirinho e Sítio Cercado), na região metropolitana

de Maringá (Zona Sul e Sarandi), em Foz do Iguaçu (João Samek), em Cascavel (Tancredo Neves) e em Castro (Moacir Elias Fadel). Segundo o modelo de gestão atuante nas UPAs, todas referiram possuir administração direta, ou seja, por meio das respectivas Secretarias Municipais de Saúde.

A UPA Sítio Cercado, em Curitiba, é a mais antiga e foi implantada em 2000; era originalmente o Centro Municipal de Urgências Médicas (CMUM) e foi transformada em UPA em 2012. Da mesma forma, a UPA Pinheirinho, também em Curitiba, foi inaugurada como CMUM em 2006 e transformada em UPA em 2012. As UPAs de Curitiba foram implantadas anteriormente à política nacional, seguindo os critérios populacionais, fluxo de pacientes preestabelecidos e condições técnicas para implantação do serviço; desde então, possuíam o objetivo de dar atendimento a casos de média complexidade. Nesse período, o gerenciamento dos CMUMs era realizado por contratos com hospitais do município. A mudança para UPAs já havia sido discutida em outras gestões, mas sempre houve resistência devido à afirmação da identidade local em anos anteriores. A fim de modificar esse panorama e seguir o proposto pelo Ministério da Saúde, a partir de 2012, o município de Curitiba padronizou suas diretrizes de acordo com a Política Nacional de Urgência e Emergência.

A UPA Tancredo Neves, em Cascavel, criada em 2002, foi inaugurada como Pronto Atendimento Continuado (PAC), sendo posteriormente transformada em UPA em 2011. O processo de transformação do PAC de Cascavel em UPA ocorreu em consequência de negociações entre a promotória geral, gestores estaduais e municipais, para descentralizar os atendimentos de urgência e emergência da macrorregião de Cascavel para o Pronto-Socorro do Hospital Universitário da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste).

Segundo o gestor municipal da UPA de Castro, a implantação do serviço foi

justificada apenas na questão da organização da RAU da região. Até o momento da realização da pesquisa, em dezembro de 2012, Castro era o único município da 3ª Região de Saúde que possuía uma UPA funcionando para atendimentos. Com uma população de 67 mil habitantes, esse município, de acordo com a classificação da Portaria nº 1.601, necessitaria apenas de uma UPA de porte I; entretanto, por intervenção da Secretaria Estadual de Saúde, foi implantado um serviço de maior capacidade, a fim de ampliar os atendimentos para os municípios próximos a Castro.

As UPAs Zona Sul (Maringá), Sarandi, Moacir Elias (Castro) e a João Samek (Foz do Iguaçu) foram inauguradas, a partir do ano de 2010, após a portaria federal de criação dos serviços de UPA.

As justificativas referidas para a implantação das UPAs no Paraná foram diversas: para quatro delas (57,1%), estariam ligadas a condições socioeconômicas, ao tamanho e à concentração de população na área; 71,4% referiram insuficiência de serviços de saúde; 85,7% que a implantação estava relacionada à organização da RAU na região; 42,8% pela reivindicação da população/comunidade; 57,1% pela atuação de políticos/parlamentares; 14,3% revelaram que a implantação no território estaria vinculada aos indicadores de violência e mortalidade.

Com relação à disponibilidade dos cursos de capacitação em urgência/emergência oferecidos aos médicos que atuam nas UPAs, 4 (57,1%) dos entrevistados referiram que não há cursos disponíveis para os médicos. A capacitação voltada aos enfermeiros que trabalham nesses serviços possui as mesmas frequências que os cursos para os médicos. Para os demais profissionais de saúde, a disponibilidade dos cursos de capacitação foi referida por 57,1%; entre estes profissionais, constam: auxiliar de serviços gerais, administrador e técnico de enfermagem.

Entre os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) oferecidos nas UPAs, constam: o serviço de radiologia em 85,7%; eletrocardiograma em 100%; laboratório de análises clínicas em 85,7%; ultrassonografia em 28,8%; ecocardiografia e endoscopia em 14,3%.

Com relação à capacidade de resolução dos problemas de saúde atendidos, 57,1% dos coordenadores das UPAs a avaliam como adequada, para 28,57% foi avaliada como razoável e 14,28% não souberam informar a capacidade de resolução de seu serviço.

As avaliações das UPAs eram realizadas de várias maneiras, sendo 14,3% pelo Ministério da Saúde ou Secretaria do Estado de Saúde; 28,6% pela Secretaria Municipal de Saúde e 42,9% relataram que as avaliações eram realizadas pelo Conselho de Saúde (*quadro 1*).

Quadro 1. Características da amostra de UPAs no Paraná, 2013

UPAs	Município	Região de Saúde	Localização	Porte	Gestão
Pinheirinho	Curitiba	2ª	Metropolitana	II	Municipal
Sítio Cercado	Curitiba	2ª	Metropolitana	III	Municipal
Zona Sul	Maringá	15ª	Metropolitana	III	Municipal
Sarandi	Sarandi	15ª	Metropolitana	I	Municipal
João Samek	Foz do Iguaçu	9ª	Interior	III	Municipal
Tancredo Neves	Cascavel	10ª	Interior	III	Municipal
Moacir Elias Fadel	Castro	3ª	Interior	II	Municipal

Fonte: PARANÁ, 2013.

Em três UPAs, os mecanismos de avaliação estavam implantados no serviço, sendo 57,1% por intermédio de reuniões com os gestores do SUS (Ministério da Saúde, Secretaria Municipal e/ou Estadual); 71,4% por meio da supervisão de atividades do Conselho de Saúde (CS) e/ou Secretaria

Municipal de Saúde (SMS) e 57,1% por meio de relatórios de gestão. Essas avaliações ocorrem em 14,3% dos serviços de maneira mensal ou quadrimestral, ou anual, ou com todas estas frequências associadas, enquanto 42,8% não souberam informar a periodicidade da avaliação (*quadro 2*).

Quadro 2. Sistema de gerenciamento das UPAs. Paraná, 2013

UPAs	Modelo Gestão	Avaliações	Mecanismos de avaliação	Periodicidade
Pinheirinho	Municipal	Sesa + SMS + CS	Supervisão	Mensal
Sítio Cercado	Municipal	-	-	Não informou
Maringá	Municipal	Pouco tempo de funcionamento	Relatórios de gestão	Anual
Sarandi	Municipal	SMS + CS + equipe	Reuniões de gestores+ Supervisão pelo CS + Relatórios de gestão	Semanal + Mensal + Anual
Foz do Iguaçu	Municipal	MS + CS	-	Quadrimestral
Cascavel	Municipal	-	-	Não informou
Castro	Municipal	-	-	Não informou

Fonte: PARANÁ, 2013.

A partir das informações dos gestores entrevistados, no conjunto das UPAs da amostra, a origem dos pacientes atendidos nos serviços se divide em: 71,2% com referência de todo o município e 28,8% com referência de uma região dentro do município (situação identificada nas unidades de Curitiba). Em relação à demanda e à capacidade de atendimento das UPAs, foi referido por seis dos serviços (85,7% da amostra) que a demanda é superior à capacidade de atendimento; apenas um serviço foi referido que a demanda é compatível com a capacidade de atendimento.

Segundo a Portaria nº 1.601, de julho de 2011, que estabeleceu diretrizes para implantação das UPAs, os atendimentos pediátricos também devem ser preconizados de maneira regular, porém, em 14,3% dos serviços, estes atendimentos são realizados de forma esporádica, diferentemente dos outros serviços

que ocorrem com frequência. Observou-se ainda que, em 42,9% das UPAs, a faixa etária de maior demanda dos pacientes atendidos eram de 20 a 39 anos.

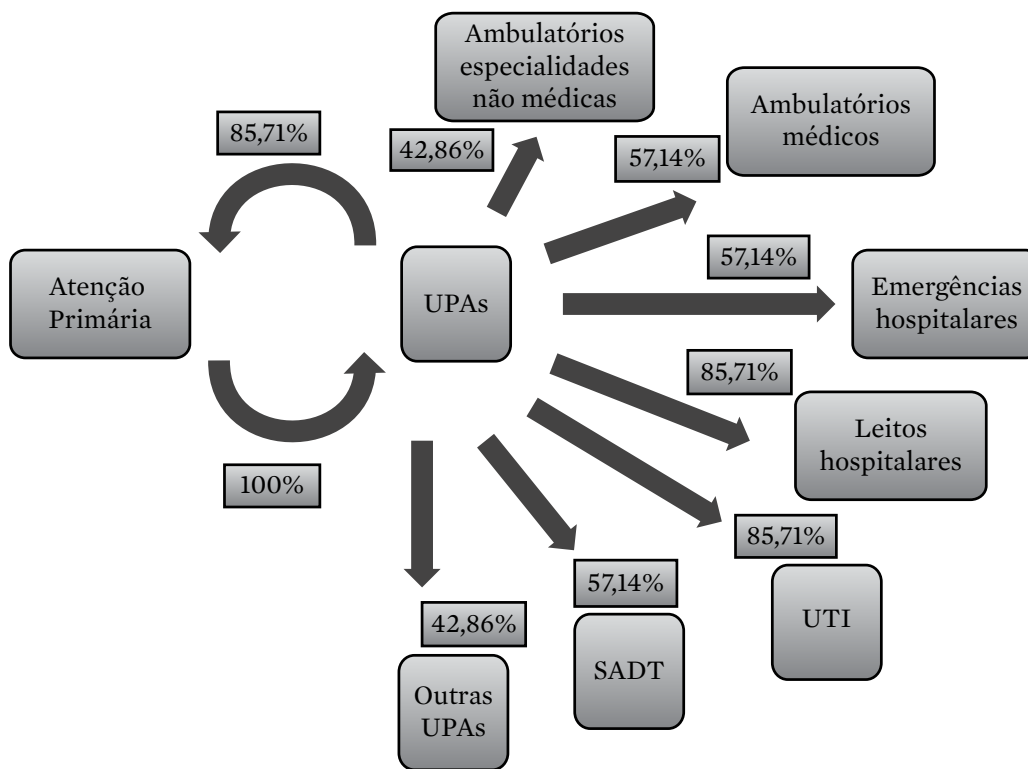
Integração das UPAs com os componentes da Rede de Atenção às Urgências

De acordo com os coordenadores, em 85,7% das UPAs está disponível o encaminhamento de pacientes atendidos no serviço para as unidades de saúde da AB e unidades de saúde com ESF. O encaminhamento de pacientes das unidades de saúde para as UPAs está disponível em todos os serviços. Em 57,1% dos serviços existe a disponibilidade para encaminhamento aos ambulatórios de especialidades médicas e em 42,8% aos ambulatórios de especialidades não médicas, como a fisioterapia, odontologia e

psicologia. Para pacientes com remoção necessária, há disponibilidade em 42,8% dos serviços de encaminhamento para outras unidades de pronto atendimento e para os SADT em 57,1% dos serviços. Em 57,1% das UPAs há estabilização e atendimento

precoce de pacientes transportados pelo Samu e em 42,8% os pacientes são frequentemente encaminhados pelo serviço de atendimento móvel. Para os atendimentos mais graves, os serviços de emergências hospitalares ficam disponíveis para o

Figura 1. Percentual de disponibilidade de referenciamento/contrarreferenciamento das UPAs à atenção primária, secundária e terciária segundo coordenadores das UPAs. Paraná, 2013



Fonte: PARANÁ, 2013.

referenciamento em 57,1% das UPAs, enquanto para leitos hospitalares e Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) em 85,7% dos casos (figura 1).

Em todos os serviços da atenção primária e nas UPAs de Curitiba, existe um sistema eletrônico (E-saúde), desde 2000, que interliga as unidades e propicia acesso aos prontuários eletrônicos, exames de diagnóstico e relatórios de gestão e planejamento. Com essa facilidade de comunicação, é possível acessar os atendimentos a pacientes de

qualquer uma dessas unidades. Este sistema funciona como instrumento de referência e contrarreferência dos componentes da RAS, mas ele depende dos profissionais de saúde para a realização do registro. O serviço de referência e contrarreferência entre a atenção hospitalar e as UPAs é realizado por meio de relatórios médicos impressos.

O serviço de referenciamento para a atenção terciária é realizado de formas diferentes: em alguns, o encaminhamento é realizado para outras cidades próximas, pois existe

apenas um hospital particular na cidade; para outros, o encaminhamento de pacientes para a AB é realizado por meio de contato telefônico, mas para o encaminhamento de pacientes para serviços ambulatoriais especializados, é utilizado o formulário de pacientes e a Central de Regulação municipal, destacando-se que o encaminhamento de pacientes para os hospitais é realizado por contato pessoal, central de regulação e Samu. Outros serviços referiram ainda que apesar da disponibilidade de encaminhamento para os outros níveis de atenção à saúde, a referência e a contrarreferência não funcionam, no município, pela falta de adesão dos médicos aos protocolos ou a não concordância com o diagnóstico de outros profissionais.

O principal motivo para a permanência de pacientes nas UPAs por mais de 24 horas se pontuou na inexistência de vagas em todos os serviços, exceto em um, que relatou a falta de serviços para o encaminhamento. Também foi relatado como causa: a deficiência no seguimento do protocolo de fluxo dos pacientes e a dificuldade de contratação de médicos no serviço. Todos os coordenadores negaram que os motivos estariam ligados à deficiência de transporte por mecanismos formais de encaminhamento.

Com relação ao retorno de pacientes atendidos previamente com as mesmas queixas, duas UPAs referiram que este procedimento é frequente, para quatro UPAs o retorno dos pacientes ocorre em alguns casos e para uma UPA este fato é raro.

Discussão

A implantação das primeiras propostas organizadas de oferta de serviços regionalizados de Urgência e Emergência em ambiente não hospitalar em Curitiba, no Paraná, ocorreram por intermédio dos CMUMs antes mesmo da normatização, pois já possuíam serviços capacitados e com funções específicas para o

atendimento entre a atenção primária e a hospitalar. O'Dwyer (2010), em seu estudo, questiona a implantação das UPAs no processo decisório político, pois refere que essa estratégia seria pontuada como uma necessidade técnica ou como um impacto político eleitoral. Mesmo com a implantação prévia de três unidades para o atendimento da atenção secundária no Paraná, a distribuição dos recursos orçamentários e a formalização administrativa somente ocorreram a partir de janeiro de 2011, dando início à Política de Urgência do Estado.

O federalismo atual, ao mesmo tempo que exige responsabilidades, disponibiliza incentivos para políticas cooperativas com os estados e os municípios, porém a dependência do financiamento federal pode criar situações conflitivas, prejudicando as possíveis políticas cooperativas (O'DWYER, 2010).

Novaes (2004) destaca a importância de avaliações em saúde como um item essencial para as tomadas de decisões na gestão e a identificação dos impactos da tecnologia ou estrutura para o sistema de saúde, contribuindo para o aprimoramento do objeto avaliado. Os mecanismos de avaliações nas UPAs do Paraná estavam presentes em três serviços e eram realizados com baixa frequência.

Sobre a relação demanda e a capacidade de atendimento, nas UPAs do Paraná, 71,2% dos pacientes eram procedentes do próprio município, aumentando a demanda desses serviços e, conseqüentemente, caracterizando um baixo caráter regional nos atendimentos. A demanda das UPAs do Paraná era maior do que a sua capacidade, e a aparente facilidade de acesso desses serviços e a garantia de recursos (consultas, exames, medicamentos) no momento da procura são fatores considerados importantes para a população e indiretamente contribuem para um excesso de atendimentos de acordo com a sua capacidade (GOMIDE; PINTO; FIGUEIREDO, 2012).

A constante busca pelo serviço de urgência para o atendimento da atenção primária pode demonstrar uma falha no vínculo do sistema de saúde. Assim como demonstrado no estudo de Gomide, Pinto e Figueiredo (2012) em Ribeirão Preto, São Paulo, nas UPAs do Paraná, exceto as de Curitiba, o usuário busca o seu atendimento no local onde satisfaz suas necessidades sem levar em consideração a localização geográfica do serviço. Acrescenta ainda, como fatores do aumento da demanda nas UPAs, a difícil acessibilidade organizacional nas UBS e a questão sociocultural de como o indivíduo entende o processo saúde-doença.

Konder (2013) relata que a atenção primária apresenta dificuldades em atender demandas espontâneas diante das responsabilidades preestabelecidas ou, em alguns casos, existe a falta de qualificação dos profissionais. Jimenez, Simão e Shimazaki (2003) discorrem que a capacitação profissional é considerada um eixo estratégico para ampliar a resolutividade da atenção primária e evitar que os casos não urgentes se tornem atendimentos excessivos para as UPAs. Além disso, relata que a falta de valorização do médico de família e comunidade por outros profissionais de saúde, na sociedade e na universidade, também é considerado um obstáculo para a confiança dos usuários na conduta médica.

Segundo Hartz e Contandriopoulos (2004), o princípio da integralidade do SUS se refere à integração dos serviços por meio das várias relações, a fim de proporcionar o melhor ciclo de vida aos seus usuários, determinando um 'sistema sem muros' em que as barreiras de acesso para os vários níveis de atenção são eliminadas, sendo estes apenas conectados por um eficiente sistema de informação.

Giovanella *et al.* (2002) relatam que o conceito da integralidade se estende também a uma oferta organizada de assistência com garantia de referência e contrarreferência na rede e acrescentam ainda que essas garantias são consideradas etapas de um estágio mais

avançado de articulação entre os diversos níveis de atenção.

Em Curitiba, um elemento facilitador para esse conceito de integralidade está no sistema de prontuários do município, pois ele possibilita o acesso às informações de consultas, exames laboratoriais, uso e dispensação de medicamentos, participação de atividades de promoção de saúde e de internamentos nas unidades básicas/ESE, nas UPAs e na SMS. Além disso, é possível obter relatórios periódicos sejam eles por doenças, faixa etária dos pacientes, profissionais de saúde e área de abrangência das equipes de saúde da família, observando, no entanto, que o sistema será eficaz quando o profissional comprometido fizer o registro dos dados de forma adequada. No período da pesquisa, uma UPA estava implantando o sistema próprio de informação que integra os serviços de saúde municipais, faltando apenas a conectividade com quatro UBS e o Hospital Municipal. Acrescente-se que os serviços de referência e contrarreferência ainda não estavam estabelecidos nas UPAs dos municípios do interior do estado. Fato não específico somente dos municípios do interior, no qual foi comprovado no estudo de Almeida, Fausto e Giovanella (2011) que quatro centros urbanos em 2008 não possuíam um sistema de contrarreferência apesar de os fluxos estarem estabelecidos.

Almeida *et al.* (2010) afirmam que a falta de integração da rede se deve à falta de comunicação entre os diferentes prestadores, à insuficiência de fluxos preestabelecidos para a atenção terciária e à ausência de políticas para a média complexidade.

A atenção secundária com as consultas especializadas e com os atendimentos de urgências e emergências nas UPAs necessitam de reformulações em sua política nacional e na efetivação em cada município. As dificuldades na organização da atenção secundária devem ser elencadas e discutidas nos níveis federais, estaduais e municipais a fim de obterem melhores práticas em saúde.

Embora haja experiências pontuais com sucesso (JIMENEZ; SIMÃO; SHIMAZAKI, 2003) por

intermédio das redes temáticas no Paraná, como acontece com o Programa Mãe Curitibana, precedente do Programa Mãe Paranaense, ao pensar em RAS, o sistema se apresenta obsoleto com baixa regionalização e hierarquização dos serviços. Mesmo com um Siate e uma regulação estadual de leitos incipiente desde a década de 1990, a organização e administração dos serviços de saúde de urgência e emergência no Paraná não funcionam totalmente integradas e possuem grandes diferenças estruturais por municípios. O Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (Comsus) propõe amenizar essas diferenças e qualificar os municípios para a atenção secundária, fortalecendo, dessa maneira, a Rede Paraná Urgência (PARANÁ, 2013).

O governo estadual do Paraná reconhece as UPAs como um componente da rede de extrema importância, no entanto, não possui mecanismos de avaliação e gestão, assim como não auxilia os municípios com os repasses oriundos da esfera federal na questão do financiamento. Dessa forma, é necessário que o estado amplie sua participação na implantação e gestão destes serviços.

Referências

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

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, DC, v. 2, n. 2, p. 84-95, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600 de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 8 jul. 2011.

Conclusão

As UPAs no Paraná apresentaram diferentes problemas em cada município, evidenciando-se, entretanto, que há uma integração parcial das UPAs com as RAS, principalmente em relação à Rede Paraná Urgência. Apesar dos fluxos estarem estabelecidos pela Rede Paraná Urgência, há entraves na prática que dificultam o seguimento destes protocolos sejam eles por falta de profissionais capacitados ou pelas dificuldades estruturais de referencia/contrarreferência de pacientes na macrorregião.

As UPAs necessitam estar integradas em uma política de RAS para ampliar a sua resolatividade, com uma maior participação da esfera estadual em seu processo de implementação, revisando e reformulando os critérios de localização dos territórios. A elaboração de um sistema informatizado nas macrorregionais reduziria a demanda nos serviços e facilitaria os fluxos assistenciais. Além disso, a padronização nos mecanismos de avaliação facilitaria no processo de planejamento, e, dessa forma, as funções dos sistemas de saúde estariam presentes garantindo o direito à saúde para todos. ■

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020 de 13 de maio de 2009. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes localregionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. *Diário oficial [da] União*, Brasília, DF, 15 maio 2009.

DOURADO, E. M. R. *Análise da Política Nacional de Atenção às Urgências: uma proposta*. 2013. 154 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2013.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para

avaliação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, 37-61, 2002.

GOMIDE, M. F. S.; PINTO, I. C.; FIGUEIREDO, L. A. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. *Acta Paul Enferm.*, São Paulo, v. 25, n. spe. 2, p. 19-25, 2012.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. S331-S336, 2004.

IBAÑEZ, N. (Coord.). Rede de Atenção às Urgências e Emergências: avaliação da implantação e desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). *Relatório Final – Dados Gerais*. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, set., 2013b, 122 p.

IBAÑEZ, N. Os hospitais e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências: desafios. *Rev Conselho Nacional Secretários Saúde*, Brasília, DF, v. 3, n. 7, p. 39-43, 2013a.

JIMENEZ, E. J. B.; SIMÃO, M. B. G.; SHIMAZAKI, M. E. Programa Mãe Curitibana: avançando na humanização da atenção materno-infantil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 26, p. 21-29, 2003.

KONDER, M. T. *Atenção às urgências: a integração das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro*. 2013. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

NOVAES, H. M. D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. S147-S173, 2004.

O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2395-2405, 2010.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Conselho de Estado da Saúde. *Plano Estadual de Saúde Paraná 2012-2015*. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013.

RYCHETNIK, L. *et al.* A glossary for evidence based public health. *J Epidemiol Community Health*, London v. 5, n. 7, p. 538-45, 2004.

SCARPELINI, S. A organização do atendimento às urgências e trauma. *Medicina, Ribeirão Preto*, Ribeirão Preto, v. 40, n. 3, p. 315-320, 2007.

SILVA, G. S. *et al.* Redes de atenção às urgências e emergências: pré-avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) em uma região metropolitana do Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 12, n. 4, p. 445-458, 2012.

Recebido para publicação em julho de 2015
Versão final em outubro de 2015
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Avaliação do desempenho da Atenção Básica nos municípios brasileiros com indicador sintético

Performance evaluation of Primary Care in Brazilian municipalities with Synthetic Indicator

Paula Vitali Miclos¹, Maria Cristina Marino Calvo², Claudia Flemming Colussi³

RESUMO O objetivo foi avaliar o desempenho da Atenção Básica nos municípios brasileiros. Utilizou-se o indicador sintético proposto pelo modelo de avaliação da Atenção Básica – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde. Avaliou-se a dimensão de Provimento da Atenção Básica para os ciclos de vida utilizando-se os critérios de eficácia, relevância e efetividade com dados secundários de 2012. A região Sul contém 31,57% dos municípios satisfatórios enquanto a região Norte apresenta-se com 7,8% de municípios nessa condição. Os resultados evidenciam as discrepâncias entre as regiões do País, apontando a necessidade de reestruturação desse nível de atenção nos municípios com piores desempenhos.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde; Atenção Primária à Saúde; Gestão em saúde; Brasil.

ABSTRACT *The aim was to evaluate the performance of Primary Care in Brazilian municipalities. We used the synthetic indicator proposed by the Evaluation Model of Primary Care – Nepas. We evaluated the size of the Provision of Primary Care for the life cycles using the criteria of efficacy, relevance, and effectiveness, using secondary data from 2012. The South contains 31.57% of satisfactory municipalities while the North is presented with 7.8% of municipalities in such condition. The results show discrepancies between the regions of the country, pointing out the need to restructure this level of attention in the municipalities with the worst performances.*

KEYWORDS *Health evaluation; Primary Health Care; Health management; Brazil.*

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Florianópolis (SC), Brasil.
pvmiclos@gmail.com

²Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Departamento de Saúde Pública e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Florianópolis (SC), Brasil.
cristina.clv@gmail.com

³Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Departamento de Saúde Pública e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Florianópolis (SC), Brasil.
claudia.colussi@ufsc.br

Introdução

A Atenção Básica (AB) à saúde no Brasil é considerada a porta de entrada preferencial para o usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). A avaliação desse nível de atenção é estratégica para identificar as fragilidades persistentes que dificultam sua organização e operacionalização em direção à resolubilidade desejada para o serviço.

A necessidade de avaliação é também evidenciada pela escassez de recursos financeiros em vista do alto custo da atenção em saúde, recomendando racionalidade e eficiência na utilização dos investimentos para garantir serviços adequados às necessidades de saúde da população (TANAKA; MELO, 2000; BODSTEIN, 2002; FACCHINI ET AL., 2008).

O desempenho desigual dos serviços na AB decorre de questões demográficas, sociais e epidemiológicas observadas nos territórios, mas também pode ser associado às escolhas locais de prioridades para suprir a demanda de uma população. A descentralização político-administrativa, com ênfase na municipalização, fez com que o município assumisse a responsabilidade pela gestão do sistema de saúde em níveis de maior ou menor complexidade, com progressiva transferência de responsabilidades pela execução direta de ações e serviços de saúde (CASTRO; MACHADO, 2010; VIEIRA; GARNELO; HORTALE, 2010). Dadas as desigualdades de oferta, demanda e necessidade nos diversos municípios brasileiros, identificar pontos fracos e fortes no nível de atenção sob responsabilidade prioritária do gestor municipal pode constituir importante ferramenta de decisão local.

Em 2004, no estado de Santa Catarina, o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf) orientou o fortalecimento da avaliação da AB por meio do desenvolvimento institucional de um modelo de avaliação para os municípios catarinenses. A parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e o Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde

(Nepas) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) resultou na proposta de um indicador sintético para avaliar o desempenho da gestão da AB dos municípios catarinenses. A primeira aplicação desse modelo de avaliação aconteceu no ano de 2006, e desde então os municípios são avaliados bianualmente, com consequente classificação de desempenho segundo porte populacional (NICKEL ET AL., 2014).

O presente estudo teve por objetivo avaliar o desempenho de todos os municípios brasileiros quanto à dimensão de Provimento da Atenção Básica à Saúde.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, transversal, com abordagem quantitativa, sobre o desempenho do Provimento da Atenção Básica nos municípios brasileiros, utilizando-se um indicador sintético desenvolvido pelo Nepas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Esse indicador sintético é proveniente de um modelo de avaliação da gestão municipal da AB, constituído por uma matriz avaliativa dividida em duas dimensões: Gestão do Sistema Municipal de Saúde e Provimento da Atenção Básica à Saúde. Essas dimensões representam o dever do município de tornar igualitário e universal o acesso aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde e de reduzir o risco de doenças e de outros agravos. A metodologia completa com a matriz avaliativa, os racionais, a descrição das medidas e cálculos dos indicadores estão disponíveis na página eletrônica do Nepas (<http://www.nepas.ufsc.br>).

Para este estudo, foi selecionada a dimensão de Provimento da Atenção Básica à Saúde que avalia o desempenho da AB nos ciclos de vida (criança, adolescente, adulto e idoso), considerando-se ações de 'promoção e prevenção' e de 'diagnóstico e tratamento', utilizando-se os critérios

de eficácia, efetividade e relevância. Neste estudo, os conceitos utilizados foram: a eficácia refere-se ao cumprimento das metas e protocolos estabelecidos; a efetividade reflete a capacidade em satisfazer as necessidades e expectativas de atenção à saúde – maximização dos resultados; e a relevância está em decisões que atendam expectativas da sociedade em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS) – maximização do impacto (SCARATTI, 2007).

O universo da pesquisa foi composto pelos 5.565 municípios brasileiros e teve 2012 como ano de referência para a coleta dos dados.

Na matriz avaliativa original, a dimensão de Provimento da Atenção Básica é composta por 24 indicadores que utilizam dados primários e secundários. Pela viabilidade dessa pesquisa, foram utilizados os 21 indicadores com fonte de dados secundários (*quadro 1*).

Quadro 1. Indicadores utilizados na composição da dimensão Provimento da Atenção Básica à Saúde, de acordo com os ciclos de vida. Brasil, 2012

	Critério	Indicador (Medida)	Fonte	
Criança	PP	Relevância	Taxa de sobrevivência infantil no último triênio	SIM / IBGE
		Efetividade	Cobertura vacinal com a vacina tetravalente ou pentavalente em crianças menores de 1 ano de idade.	SI-PNI / IBGE
		Eficácia	Nascidos vivos com IG >= 37 semanas	Sinasc
	DT	Relevância	Taxa de não internação hospitalar de crianças <5 anos no triênio	SIH / IBGE
		Efetividade	Taxa de consultas de menores de 10 anos	SIAB / IBGE
		Eficácia	Taxa de não internação em crianças <5 anos por diarreia	SIH / IBGE
Adolescente	PP	Relevância	Taxa de não mortalidade de adolescentes por causas externas no último triênio	SIM / IBGE
		Efetividade	Taxa de adolescentes não grávidas no último triênio	Sinasc / IBGE
		Eficácia	Percentual de gestantes adolescentes com 7 ou mais consultas de pré-natal no último triênio	Sinasc
	DT	Relevância	Taxa de adolescentes acompanhados pelo Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (Sisvan) no último ano	Sisvan
		Efetividade	Taxa de consultas de adolescentes na Atenção Básica	SIAB / IBGE
		Eficácia	Taxa de primeira consulta odontológica para adolescentes	SIA / IBGE
Adulto	PP	Relevância	Sobrevivência Materna	SIM / Sinasc
		Eficácia	Acompanhamento pré-natal das gestantes adultas	Sinasc
	DT	Relevância	Taxa de não internação de adultos por doenças sensíveis à Atenção Básica	SIH / IBGE
		Efetividade	Taxa de não internação por AVC ou ICC	SIH / IBGE
Idoso	PP	Relevância	Cobertura vacinal contra influenza em idosos	SI-PNI / IBGE
		Eficácia	Taxa de idosos não internados por fratura de colo do fêmur	SIH / IBGE
		Relevância	Taxa de idosos não internados por doenças sensíveis à Atenção Básica	SIH / IBGE
	DT	Efetividade	Taxa de consulta de idosos	SAI / IBGE
		Eficácia	Oferta de prótese dentária	PMA Complementar

Fonte: Matriz Avaliativa - Provimento da Atenção Básica. Nepas (2006).

Nota: PP – Promoção e Prevenção; DT – Diagnóstico e Tratamento.

Nos indicadores ‘Taxa de adultos não internados por doenças sensíveis à Atenção Básica’ e ‘Taxa de idosos não internados por doenças sensíveis à Atenção Básica’, as doenças sensíveis à AB são representadas pelas enfermidades diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível, insuficiência cardíaca, pneumonia e asma (HENRIQUE; CALVO, 2009).

Quanto ao indicador ‘Oferta de prótese’, foi utilizada a variável ‘Instalação de Prótese Dentária’ do Sistema de Informação de Atenção Básica – PMA Complementar. Não há possibilidade de tabulação desse dado por faixa etária, e, por esse motivo, optou-se por dicotomizar o indicador, considerando-se a realização ou não desse procedimento, independentemente da quantidade registrada no sistema e da idade. A identificação de existência de registro desse procedimento no município estaria indicando a oferta do serviço, sendo os idosos os principais beneficiados.

A coleta de dados foi realizada nos diversos subsistemas do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datapus), e foi utilizado o *Microsoft Excel* 2013 para a construção de planilha eletrônica de dados. Foi realizada a análise de consistência dos dados para detectar possíveis erros nas informações registradas nos bancos de dados.

Para efeito do cálculo dos indicadores, os municípios foram estratificados de acordo com o porte populacional, considerando-se o padrão de cobertura previsto na Estratégia Saúde da Família (ESF). Os 7 estratos foram divididos em: porte 1 com municípios de até 3.000 habitantes (n= 501); porte 2 com municípios de 3.001 a 6.000 habitantes (n= 1123); porte 3 com municípios de 6.001 a 10.000 habitantes

(n= 884); porte 4 com municípios de 10.001 a 20.000 habitantes (n= 1388); porte 5 com municípios de 20.001 a 50.000 habitantes (n= 1055); porte 6 com municípios de 50.001 a 100.000 habitantes (n= 326); e o porte 7 com municípios a partir de 100.001 habitantes (n= 288).

Após o cálculo dos indicadores, a próxima etapa consistiu na conversão desses valores no intervalo de 0 a 1, dentro de cada porte. Na distribuição de cada indicador, foram identificados os *outliers* (média +/- 3DP) para definir os valores mínimo e máximo, que passam a ser, respectivamente, 0 e 1. Com todos os indicadores tendo variação positiva, foi possível fazer a soma ponderada dos indicadores, por ciclo de vida, e do total de indicadores (indicador sintético), para avaliar o desempenho dos municípios. Ainda no conjunto de municípios de mesmo porte populacional, foi estabelecido o juízo de valor a partir da distribuição quartílica dos valores. Os municípios com valores abaixo ou igual ao primeiro quartil foram considerados insatisfatórios, os municípios com valores acima ou igual ao terceiro quartil foram considerados satisfatórios e aqueles com valores intermediários (entre o primeiro e o terceiro quartil) foram considerados regulares. Após essa classificação, os municípios foram reagrupados por estados e regiões para comparação do desempenho global e por ciclo de vida.

Resultados

Como pode ser observado nas *tabelas 1* e *2*, os 5.565 municípios brasileiros foram avaliados de acordo com os ciclos de vida (criança, adolescente, adulto e idoso) por meio do indicador sintético proposto pelo Nepas.

Tabela 1. Distribuição do número de municípios de acordo com o juízo de valor do desempenho do Provimento da Atenção Básica, dos ciclos de vida da criança e do adolescente. Brasil, 2012

Regiões (UF)	CRIANÇA				ADOLESCENTE			
	S n (%)	R n (%)	I n (%)	Total n (%)	S n (%)	R n (%)	I n (%)	Total n (%)
SUL	375 (31,56)	595 (50,08)	218 (18,36)	1188 (100,00)	420 (35,35)	631 (53,11)	137 (11,53)	1188 (100,00)
Santa Catarina	124 (42,32)	150 (51,20)	19 (6,48)	293 (100,00)	115 (39,25)	152 (51,88)	26 (8,87)	293 (100,00)
Paraná	139 (34,84)	184 (46,11)	76 (19,05)	399 (100,00)	126 (31,58)	210 (52,63)	63 (15,79)	399 (100,00)
Rio Grande do Sul	112 (22,58)	261 (52,62)	123 (24,80)	496 (100,00)	179 (36,09)	269 (54,23)	48 (9,68)	496 (100,00)
SUDESTE	498 (29,86)	876 (52,52)	294 (17,62)	1668 (100,00)	659 (39,51)	844 (50,60)	165 (9,89)	1668 (100,00)
Espírito Santo	24 (30,77)	33 (42,31)	21 (26,92)	78 (100,00)	16 (20,51)	44 (56,41)	18 (23,08)	78 (100,00)
São Paulo	204 (31,63)	344 (53,33)	97 (15,04)	645 (100,00)	217 (33,64)	373 (57,83)	55 (8,53)	645 (100,00)
Minas Gerais	237 (27,78)	456 (53,46)	160 (18,76)	853 (100,00)	399 (46,78)	380 (44,55)	74 (8,68)	853 (100,00)
Rio de Janeiro	33 (35,87)	43 (46,74)	16 (17,39)	92 (100,00)	27 (29,35)	47 (51,09)	18 (19,57)	92 (100,00)
NORTE	45 (10,02)	215 (47,89)	189 (42,09)	449 (100,00)	22 (4,90)	118 (26,28)	309 (68,82)	449 (100,00)
Acre	2 (9,10)	10 (45,45)	10 (45,45)	22 (100,00)	0 (0,00)	4 (18,18)	18 (81,82)	22 (100,00)
Amapá	1 (6,25)	8 (50,00)	7 (43,75)	16 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	16 (100,00)	16 (100,00)
Amazonas	11 (17,74)	39 (62,90)	12 (19,36)	62 (100,00)	0 (0,00)	20 (32,26)	42 (67,74)	62 (100,00)
Pará	6 (4,20)	62 (43,36)	75 (52,44)	143 (100,00)	2 (1,40)	25 (17,48)	116 (81,12)	143 (100,00)
Rondônia	7 (13,46)	23 (44,23)	22 (42,31)	52 (100,00)	5 (9,62)	24 (46,15)	23 (44,23)	52 (100,00)
Roraima	0 (0,00)	3 (20,00)	12 (80,00)	15 (100,00)	0 (0,00)	2 (13,33)	13 (86,67)	15 (100,00)
Tocantins	18 (12,95)	70 (50,36)	51 (63,31)	139 (100,00)	15 (10,79)	43 (30,94)	81 (58,27)	139 (100,00)
NORDESTE	347 (19,34)	862 (48,05)	585 (32,61)	1794 (100,00)	202 (11,26)	919 (51,23)	673 (37,51)	1794 (100,00)
Alagoas	1 (0,99)	46 (45,10)	55 (53,91)	102 (100,00)	5 (4,90)	31 (30,39)	66 (64,71)	102 (100,00)
Bahia	48 (11,51)	163 (39,10)	206 (49,39)	417 (100,00)	37 (8,87)	198 (47,48)	182 (43,65)	417 (100,00)
Ceará	68 (36,96)	96 (52,18)	20 (10,86)	184 (100,00)	52 (28,26)	112 (60,87)	20 (10,87)	184 (100,00)
Maranhão	35 (16,13)	107 (49,31)	75 (34,56)	217 (100,00)	18 (8,29)	88 (40,55)	111 (51,15)	217 (100,00)

Tabela 1. (cont.)

Paraíba	50 (22,42)	125 (56,05)	48 (21,53)	223 (100,00)	39 (17,49)	147 (65,92)	37 (16,59)	223 (100,00)
Piauí	39 (17,41)	111 (49,55)	74 (33,04)	224 (100,00)	14 (6,25)	100 (44,64)	110 (49,11)	224 (100,00)
Pernambuco	22 (11,90)	98 (52,98)	65 (35,12)	185 (100,00)	8 (4,32)	117 (63,24)	60 (32,43)	185 (100,00)
Rio Grande do Norte	50 (29,94)	79 (47,30)	38 (22,76)	167 (100,00)	27 (16,17)	96 (57,49)	44 (26,35)	167 (100,00)
Sergipe	34 (45,33)	37 (49,33)	4 (5,34)	75 (100,00)	2 (2,67)	30 (40,00)	43 (57,33)	75 (100,00)
CENTRO-OESTE	128 (27,48)	235 (50,43)	103 (22,09)	466 (100,00)	96 (20,60)	253 (54,29)	117 (25,11)	466 (100,00)
Goiás	54 (21,95)	133 (54,06)	59 (23,99)	246 (100,00)	57 (23,17)	136 (55,28)	53 (21,54)	246 (100,00)
Mato Grosso	54 (38,30)	58 (41,13)	29 (20,57)	141 (100,00)	29 (20,57)	80 (56,74)	32 (22,70)	141 (100,00)
Mato Grosso do Sul	20 (25,64)	43 (55,13)	15 (19,23)	78 (100,00)	10 (12,82)	36 (46,15)	32 (41,03)	78 (100,00)
Distrito Federal	0 (0,00)	1 (100,00)	0 (0,00)	1 (100,00)	0 (0,00)	1 (100,00)	0 (0,00)	1 (100,00)
TOTAL	1393 (25,03)	2783 (50,01)	1389 (24,96)	5565 (100,00)	1399 (25,14)	2765 (49,69)	1401 (25,18)	5565 (100,00)

Fonte: laboração própria.

Nota: S - Satisfatório; R - Regular; I - Insatisfatório.

Tabela 2. Distribuição do número de municípios de acordo com o juízo de valor do desempenho do Provimento da Atenção Básica, dos ciclos de vida do adulto e do idoso. Brasil, 2012

Regiões (UF)	ADULTO				IDOSO			
	S n (%)	R n (%)	I n (%)	Total n (%)	S n (%)	R n (%)	I n (%)	Total n (%)
SUL	384 (32,32)	532 (44,78)	272 (22,90)	1188 (100,00)	228 (19,19)	594 (50,00)	366 (30,81)	1188 (100,00)
Santa Catarina	88 (30,03)	135 (46,08)	70 (23,89)	293 (100,00)	73 (24,91)	154 (52,56)	66 (22,53)	293 (100,00)
Paraná	98 (24,56)	171 (42,86)	130 (32,58)	399 (100,00)	81 (20,30)	177 (44,36)	141 (35,34)	399 (100,00)
Rio Grande do Sul	198 (39,92)	226 (45,56)	72 (14,52)	496 (100,00)	74 (14,92)	263 (53,02)	159 (32,06)	496 (100,00)
SUDESTE	589 (35,31)	791 (47,42)	288 (17,27)	1668 (100,00)	277 (16,61)	760 (45,56)	631 (37,83)	1668 (100,00)
Espírito Santo	26 (33,33)	37 (47,44)	15 (19,23)	78 (100,00)	15 (19,23)	39 (50,00)	24 (30,77)	78 (100,00)
São Paulo	314 (48,68)	286 (44,34)	45 (6,98)	645 (100,00)	88 (13,64)	255 (39,53)	302 (46,82)	645 (100,00)
Minas Gerais	232 (27,20)	431 (50,53)	190 (22,27)	853 (100,00)	150 (17,58)	418 (49,00)	285 (33,41)	853 (100,00)

Tabela 2. (cont.)								
Rio de Janeiro	17 (18,48)	37 (40,22)	38 (41,30)	92 (100,00)	24 (26,09)	48 (52,17)	20 (21,74)	92 (100,00)
NORTE	18 (4,01)	270 (60,13)	161 (35,86)	449 (100,00)	129 (28,73)	269 (59,91)	51 (11,36)	449 (100,00)
Acre	0 (0,00)	19 (86,36)	3 (13,64)	22 (100,00)	5 (22,73)	15 (68,18)	2 (9,09)	22 (100,00)
Amapá	0 (0,00)	13 (81,25)	3 (18,75)	16 (100,00)	9 (56,25)	6 (37,50)	1 (6,25)	16 (100,00)
Amazonas	6 (9,68)	41 (66,13)	15 (24,19)	62 (100,00)	38 (61,29)	24 (38,71)	0 (0,00)	62 (100,00)
Pará	2 (1,40)	77 (53,85)	64 (44,76)	143 (100,00)	38 (26,57)	88 (61,54)	17 (11,89)	143 (100,00)
Rondônia	5 (9,62)	36 (69,23)	11 (21,15)	52 (100,00)	11 (21,15)	30 (57,69)	11 (21,15)	52 (100,00)
Roraima	0 (0,00)	12 (80,00)	3 (20,00)	15 (100,00)	0 (0,00)	14 (93,33)	1 (6,67)	15 (100,00)
Tocantins	5 (3,60)	72 (51,80)	62 (44,60)	139 (100,00)	28 (20,14)	92 (66,19)	19 (13,67)	139 (100,00)
NORDESTE	277 (15,44)	918 (51,17)	599 (33,39)	1794 (100,00)	643 (35,84)	1007 (56,13)	144 (8,03)	1794 (100,00)
Alagoas	2 (1,96)	73 (71,57)	27 (26,47)	102 (100,00)	34 (33,33)	65 (63,73)	3 (2,94)	102 (100,00)
Bahia	30 (7,19)	185 (44,36)	202 (48,44)	417 (100,00)	97 (23,26)	249 (59,71)	71 (17,03)	417 (100,00)
Ceará	69 (37,50)	97 (52,72)	18 (9,78)	184 (100,00)	105 (57,07)	77 (41,85)	2 (1,09)	184 (100,00)
Maranhão	5 (2,30)	85 (39,17)	127 (58,53)	217 (100,00)	81 (37,33)	122 (56,22)	14 (6,45)	217 (100,00)
Paraíba	53 (23,77)	128 (57,40)	42 (18,83)	223 (100,00)	94 (42,15)	119 (53,36)	10 (4,48)	223 (100,00)
Piauí	6 (2,68)	97 (43,30)	121 (54,02)	224 (100,00)	80 (35,71)	121 (54,02)	23 (10,27)	224 (100,00)
Pernambuco	53 (28,65)	106 (57,30)	26 (14,05)	185 (100,00)	61 (32,97)	111 (60,00)	13 (7,03)	185 (100,00)
Rio Grande do Norte	38 (22,75)	104 (62,28)	25 (14,97)	167 (100,00)	66 (39,52)	94 (56,29)	7 (4,19)	167 (100,00)
Sergipe	21 (28,00)	43 (57,33)	11 (14,67)	75 (100,00)	25 (33,33)	49 (65,33)	1 (1,34)	75 (100,00)
CENTRO-OESTE	118 (25,32)	272 (58,37)	76 (16,31)	466 (100,00)	122 (26,18)	266 (57,08)	78 (16,74)	466 (100,00)
Goiás	53 (21,54)	152 (61,79)	41 (16,67)	246 (100,00)	56 (22,76)	143 (58,13)	47 (19,11)	246 (100,00)
Mato Grosso	45 (31,91)	78 (55,32)	18 (12,77)	141 (100,00)	39 (27,66)	81 (57,45)	21 (14,89)	141 (100,00)
Mato Grosso do Sul	20 (25,64)	41 (52,56)	17 (21,79)	78 (100,00)	27 (34,62)	41 (52,56)	10 (12,82)	78 (100,00)
Distrito Federal	0 (0,00)	1 (100,00)	0 (0,00)	1 (100,00)	0 (0,00)	1 (100,00)	0 (0,00)	1 (100,00)
TOTAL	1386 (24,91)	2783 (50,01)	1396 (25,09)	5565 (100,00)	1399 (25,14)	2896 (52,04)	1270 (22,82)	5565 (100,00)

Fonte: Elaboração própria.

Nota: S - Satisfatório; R - Regular; I - Insatisfatório.

No ciclo de vida da criança, verifica-se que a região Sul (31,56%) é a que detém o maior percentual de municípios considerados satisfatórios – e destaque para Santa Catarina como o estado com o maior percentual de municípios considerados satisfatórios nesse ciclo de vida, com 42,32% –, seguida pelas regiões Sudeste (29,86%), Centro-Oeste (27,48%), Nordeste (19,34%) e Norte (10,02%).

Para o ciclo de vida do adolescente, observa-se que a região Sudeste (39,51%) é a que detém o maior percentual de municípios considerados satisfatórios, seguida pelas regiões Sul (35,35%), Centro-Oeste (20,60%), Nordeste (11,26%) e Norte (4,90%). O estado de Minas Gerais contém o maior percentual de municípios considerados satisfatórios nesse ciclo de vida, com 46,78%, e o estado do Amapá destaca-se por ter 100% dos municípios insatisfatórios.

Destaca-se para o ciclo do adulto os estados do Maranhão e do Piauí, que tiveram mais que 50% dos seus municípios considerados insatisfatórios.

As regiões Sul e Sudeste tiveram o pior desempenho quando comparadas com as outras regiões, no ciclo de vida do idoso, com 19,19% e 16,61%, respectivamente, dos municípios considerados satisfatórios.

O estado de Roraima não teve nenhum município considerado satisfatório em todos os ciclos de vida.

A *tabela 3* apresenta o desempenho global das regiões do País, a partir do indicador sintético de avaliação do desempenho, com a quantidade de municípios classificados como satisfatórios, regulares e insatisfatórios. Observa-se que a região Sul tem o maior percentual de municípios considerados satisfatórios (31,57%), seguida pela região Sudeste (30,28%), Centro-Oeste (29,40%), Nordeste (19,06%) e Norte (7,80%). Destaca-se que os estados do Acre, Amapá, Pará, Roraima, Bahia e Piauí tiveram mais de 50% de seus municípios classificados como insatisfatórios. Roraima não apresentou nenhum município classificado como satisfatório, e o Pará apenas um município nessa condição.

Tabela 3. Classificação dos municípios por região, conforme o desempenho no Provimento da Atenção Básica. Brasil, 2012

Região	Satisfatório		Regular		Insatisfatório	
	n	%	n	%	n	%
Sul	375	31,57	588	49,49	225	18,94
Sudeste	505	30,28	882	52,88	281	16,85
Centro-Oeste	137	29,40	226	48,50	103	22,10
Norte	35	7,80	199	44,32	215	47,88
Nordeste	342	19,06	878	48,94	574	32,00
TOTAL	1394	25,1	2773	49,8	1398	25,1

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

O presente estudo identificou o desempenho da AB nos municípios brasileiros, que foram agrupados por estados, considerando o Provimento da Atenção Básica nos ciclos de

vida e o desempenho global nesta dimensão, com destaque para as regiões Sul e Sudeste, que tiveram os melhores resultados.

O desempenho municipal no Provimento da Atenção Básica tem sido avaliado em diferentes estados e regiões, a partir de estudos, como os de linha de base do Proesf,

e a partir de iniciativas institucionais do Ministério da Saúde, com o financiamento de vários projetos de pesquisa que têm como objeto a avaliação da AB, fortalecendo sua institucionalização no SUS (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008). Contudo, não há estudos publicados que avaliam o desempenho de todos os municípios brasileiros na AB aplicando-se a mesma metodologia de avaliação. O Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) emite uma pontuação para os municípios, mas não tem como objeto a AB, abrangendo a média e alta complexidade também. O Proadess – Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde – embora tenha componentes de avaliação da AB, analisa estados e regiões do Brasil sem desagregação por municípios. Com relação a esses estudos, destacam-se alguns de seus resultados que contribuem na discussão dos resultados aqui encontrados.

No Relatório do Proadess (ICICT, 2012), é destacada a melhoria no desempenho do sistema de saúde brasileiro na última década, principalmente nas regiões com maior expansão da ESF. Entretanto, assim como no presente estudo, o comportamento dos indicadores não foi uniforme, com fortes disparidades regionais desfavoráveis às regiões mais pobres. Na atenção à saúde do adolescente, por exemplo, a região Sudeste teve 39,6% dos municípios classificados como satisfatórios, enquanto a região Norte teve apenas 4,9%. As dimensões continentais e as grandes desigualdades entre as regiões do Brasil se expressam na distribuição da população, nos aspectos sociais e econômicos, culminando com alguns problemas dos quais destaca-se a dificuldade de associar a demanda que existe por bens e serviços públicos com a capacidade local de financiamento, evidenciando a deficiência do acesso e das propostas de ações e serviços que não atendem às reais necessidades da população, especificamente na área da saúde (LUIZ ET AL., 2009; SIMÃO; ORELLANO, 2015).

A proposta de fortalecer a Atenção Primária à Saúde é uma estratégia para reorganizar o sistema de saúde, principalmente entre os países em desenvolvimento. No Brasil, mesmo com os esforços de priorizar as ações básicas por meio de incentivo ao modelo da ESF e da utilização do critério *per capita* de financiamento para transferência de recursos da União para os municípios e regiões, essas medidas ainda se mostram insuficientes diante da capacidade de oferta dos serviços de saúde e da distribuição desigual existente entre as regiões, assim como dentro das próprias regiões, que influenciam de modo importante o acesso (FAHEL; NEVES, 2009). Por exemplo, na saúde do adulto, dentro da região Sudeste, o Rio de Janeiro teve 41% dos seus municípios insatisfatórios, contra apenas 7% dos municípios de São Paulo na mesma condição.

Alguns indicadores são capazes de evidenciar outros aspectos que vão além do setor da saúde, apontando para a qualidade de vida de determinada população. Como exemplo, tem-se o indicador de mortalidade infantil, que mantém forte associação com indicadores socioeconômicos, revelando que a renda, escolaridade, saneamento básico, abastecimento de água potável, PIB *per capita*, investimento na saúde, acessibilidade da população aos serviços de saúde, nível de informação, proteção social, entre outros, influenciam no aumento ou redução desse indicador (DUARTE, 2007; FISCHER ET AL., 2007). Sendo assim, para as crianças, a identificação dos diferentes desempenhos que existem nas regiões brasileiras podem ser analisadas quanto à capacidade que os serviços de saúde têm tido em superar as desigualdades em qualidade de vida. Observa-se que nas regiões Sul e Sudeste, onde encontram-se melhores condições de vida e acesso aos serviços de saúde, estão concentrados os maiores percentuais de municípios com desempenho satisfatório. O objetivo de garantir o direito à vida para toda criança brasileira ainda não foi atingido porque ainda existem

desigualdades regionais e sociais capazes de influenciar nessa meta (BRASIL, 2012).

Para os ciclos de vida do adolescente e do adulto, o Sudeste registra o maior percentual em relação às outras regiões, tendo em vista os municípios considerados como satisfatórios com 39,51% e 46,78% respectivamente.

O desempenho na saúde do adolescente teve as maiores desigualdades regionais entre os ciclos de vida. No documento 'Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde' (BRASIL, 2010), é apresentada uma análise da situação de saúde de adolescentes e jovens no Brasil, evidenciando dificuldades de acesso à educação, o desemprego, as profundas desigualdades sociais, a morbimortalidade por violências, entre outras, apontando para o impacto causado na saúde de pessoas jovens. Essas condições tornam os adolescentes uma população vulnerável aos agravos resultantes do uso abusivo de álcool e de outras drogas e das violências; de doenças sexualmente transmissíveis e Aids; à mortalidade materna; na saúde sexual e na saúde reprodutiva, ao início ou ao estabelecimento de doenças crônicas, o que interfere no crescimento e desenvolvimento saudáveis. O documento aponta que o risco de ser mãe até os 14 anos é 60% maior entre adolescentes negras, e mais comum nos municípios menores e de baixa renda, onde 22% das adolescentes grávidas realizaram menos de 4 consultas de pré-natal. Também indica que a vulnerabilidade é maior nas regiões Norte e Centro-Oeste.

A elaboração de políticas públicas direcionadas à população mais vulnerável tem colaborado para melhorar os indicadores de saúde. No caso da saúde da mulher, verifica-se que a mortalidade materna não é apenas um indicador sensível de qualidade de vida da população; além disso, indica o nível de respeito aos direitos sexuais e reprodutivos na comunidade. A mortalidade materna não está associada somente ao

acesso aos serviços de saúde, mas também à sua qualidade e à dos procedimentos realizados, às desigualdades e iniquidades sociais (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006). Uma comparação entre os anos 2000 e 2009 indicou que no Brasil houve um aumento de 11,92% no número absoluto de mortes maternas, destacando o aumento diferente nas regiões Norte, que apresentou um crescimento de 15,46%; o Nordeste, 18,53%; o Sudeste, 10,31%; e o Centro-Oeste, 50,54% no número absoluto de mortes maternas. Entretanto, a região Sul apresentou uma redução, em números absolutos, correspondente a 15,76% (FERRAZ; BORDIGNON, 2012).

O desempenho da AB pode ser medido pelo uso do indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) que sinaliza a efetividade da AB, já que é nesse nível de atenção que as doenças listadas pela ICSAP poderiam ser resolvidas, evitando, assim, internações hospitalares e, conseqüentemente, um aumento de gastos com saúde (ALFRADIQUE ET AL., 2009; FERREIRA ET AL., 2014). As internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) no Brasil, no período de 1998 a 2009, apresentaram uma diminuição significativa, sendo que os resultados mais expressivos foram encontrados nos estados de Sergipe, Rondônia, Mato Grosso, Santa Catarina e Pernambuco. Para os estados do Acre, Amazonas, Roraima, Amapá, Goiás e o Distrito Federal, houve estabilidade das internações. Em nenhum estado houve acréscimo nas internações por CSAP no período analisado (BOING ET AL., 2012). Esses resultados corroboram o desempenho satisfatório dos municípios encontrados nos estados de Sergipe, Mato Grosso, Santa Catarina e Pernambuco tanto para o ciclo de vida do adulto quanto para o ciclo de vida do idoso.

Quanto ao ciclo de vida do idoso, este estudo registrou que a região Nordeste, seguida pela região Norte e Centro-Oeste, possui o maior percentual de municípios considerados satisfatórios. Esse dado leva

a uma reflexão sobre o acesso ao serviço de saúde ofertado na AB. Dos cinco indicadores selecionados para esse ciclo, dois consideram a não internação como um fator positivo, porém, se a população não está tendo acesso às internações, principalmente pela falta de leitos hospitalares, as taxas de não internação nos municípios com essa situação ficam muito altas, 'favorecendo' seu desempenho. Mafra (2011) realizou um estudo com o objetivo de avaliar de que modo a expansão da AB em saúde tem afetado as taxas de internações hospitalares por condições sensíveis. Para as regiões Norte e Nordeste, a maior cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) estava acompanhada de maiores taxas de internação. O autor considera que nas regiões em que há carência de serviços de saúde em geral, a AB, por meio do trabalho desenvolvido pelos ACS, fortemente baseado no atendimento em domicílio da população, pode estar funcionando como um elemento identificador e facilitador das internações hospitalares.

O envelhecimento da população é uma realidade que tem um grande impacto na saúde pública, já que as demandas pelos serviços de saúde podem representar custos mais elevados. A fratura de fêmur tem tido uma atenção das autoridades sanitárias mediante seu impacto, além do sistema de saúde, na qualidade de vida dos idosos. No período de 2008 a 2012, foram avaliados os dados secundários que estão registrados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) sobre a distribuição de fraturas de fêmur ocorridas no Brasil, e constatou-se uma maior incidência de fraturas de fêmur na população idosa na região Sudeste, com 54,7% de todos os casos, e a região Norte foi a que teve menor incidência, com 3,5% dos casos (SOARES ET AL., 2014).

Entre todos os 26 estados e o Distrito Federal, o estado de Roraima não registrou nenhum município considerado satisfatório. De acordo com relatos das atividades

do PMAQ-AB em 2012, Roraima exhibe unidades de saúde em condições adequadas para atender à sua população, entretanto, em muitos municípios, as condições, no que se refere à estrutura e à operacionalização das ações de saúde, não atingem o padrão mínimo de qualidade. O cenário encontrado revela os conflitos existentes entre a gestão e a execução das ações em saúde (LOUZADA; RAMOS, 2013).

Ressalta-se que a análise de desempenho a partir da metodologia aqui apresentada considera o desempenho relativo entre municípios de mesmo porte. Desse modo, os municípios classificados como satisfatórios apresentam um bom desempenho na AB quando comparados com os demais municípios de seu porte, porém, não necessariamente apresentam um bom Provimento da Atenção Básica, já que os parâmetros dos indicadores não são normativos. É difícil estabelecer parâmetros nacionais para todos os indicadores que se apliquem a todos os municípios. Por esta metodologia, considera-se como melhor desempenho no indicador o melhor valor que alguém conseguiu atingir no conjunto de municípios avaliados (dentro de cada porte). Esta análise traz uma perspectiva de estabelecer metas factíveis para os municípios avaliados, que devem utilizar os resultados dessa avaliação para o direcionamento de suas ações na AB.

Considerações finais

Embora sigam as mesmas diretrizes e legislações para estruturação da AB, as ações que a gestão municipal prioriza são diferentes em cada município, constituindo diferentes formas de organização que por sua vez produzem diferentes resultados na saúde da população. De qualquer forma, espera-se que a AB garanta o Provimento à saúde da população em todos os ciclos de vida (criança, adolescente, adulto e idoso), reduzindo o risco de doenças e de outros agravos. Em Santa Catarina, a avaliação

do desempenho dos municípios a partir desta metodologia tem sido valorizada pela gestão estadual, que premia aqueles com melhores desempenhos. Observa-se que aqueles com piores desempenhos têm buscado melhorias na estruturação da AB, fazendo com que a avaliação cumpra seu papel indutor de mudanças e subsidiário à tomada de decisão, nesse caso no âmbito municipal. O fato de estarem sendo avaliados a partir de parâmetros factíveis e não normativos, sendo comparados com municípios de mesmo porte, com condições de gestão mais semelhantes, parece estimulá-los a alcançar melhores desempenhos.

Na impossibilidade de publicar neste trabalho o desempenho de cada município, optou-se por agregar os dados por estados e regiões, embora o banco de dados tenha sido estruturado de forma a emitir juízo de valor para cada município do Brasil.

Os resultados evidenciam as discrepâncias entre as regiões do País, reforçando a influência que fatores de desenvolvimento econômico e social exercem sobre a estruturação do sistema de saúde e apontando a necessidade de reestruturação desse nível de atenção, principalmente nos municípios das regiões com piores desempenhos. ■

Referências

- ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 25, v. 6, jun. 2009, p. 1337-1349.
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, ago. 2008, p. 1727-1742.
- BODSTEIN, R. Atenção Básica na agenda da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.
- BOING, A. C. *et al.* Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev. Saúde Pública*, v. 46, n. 2, p. 359-366, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Painel de indicadores do SUS*, Brasília, DF, ano I, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/indicadsus1.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal*. 2004. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dab/Pacto_Aprovado_na_tripartite.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, 2010.
- DUARTE, C. M. R. A. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1511-1528, 2007.
- FACCHINI, L. A. *et al.* Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul

e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 159-172, 2008.

FAHEL, M.; NEVES, J. A. B. Desigualdades em Saúde no Brasil: análise comparada do acesso aos serviços de saúde por estratos ocupacionais. *Teoria e sociedade*, Belo Horizonte, n. 17.2, p. 140-159, 2009.

FERRAZ, L.; BORDIGNON, M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 36, n. 2, p. 527-538, 2012.

FERREIRA, J. B. B. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, DF, v. 1, n. 23, p. 45-56, 2014.

FISCHER, T. K. A mortalidade infantil no Brasil: série histórica entre 1994-2004 e associação com indicadores socioeconômicos em municípios de médio e grande porte. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 40, n. 4, p. 559-566, 2007.

HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1359-1365, 2009.

INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA (ICICT). *Relatório PROADESS: avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro: indicadores para monitoramento*. 2012. Disponível em: <http://www.proadess.iciet.fiocruz.br/SGDP-RELATORIO_FINAL%20_com_sumario_atualizadorev%202014.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2015.

LOUZADA, J.; RAMOS, R. L. Roraima: Roraima e seus quintais. In: FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. (Org.). *Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB*. Rio de Janeiro: Saberes Editora, 2013.

LUIZ, O. C. *et al.* Diferenciais intermunicipais de condições de vida e saúde: construção de um indicador composto. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 115-122, 2009.

MAFRA, F. *O impacto da Atenção Básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil*. 2010. 129 f. Dissertação (Mestrado em Regulação e Gestão de Negócios) – Universidade de Brasília, Brasília. 2010.

NICKEL, D. A. *et al.* O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2619-2630, 2014.

SCARATTI, D. *Um modelo para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde no Brasil: uma aplicação a municípios catarinenses*. 2007. 315 p. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2007.

SIMÃO, J. B.; ORELLANO, V. I. F. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. *Estud. Econ.*, São Paulo, v. 45, n. 1, 2015, p. 33-63.

SOARES, D. S. *et al.* Fraturas de fêmur em idosos no Brasil: análise espaço-temporal de 2008 a 2012. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2669-2678, 2014.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em Saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 4, n. 7, p. 113-118, 2000.

VIEIRA, J. M. R.; GARNELO, L.; HORTALE, V. A. Análise da Atenção Básica em cinco municípios da Amazônia Ocidental, com ênfase no Programa Saúde da Família. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 852-865, 2010.

Recebido para publicação em maio de 2015
Versão final em julho de 2015
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Institucionalização da Vigilância em Saúde de Campinas (SP) na perspectiva da Análise Institucional sócio-histórica

Institutionalization of Health Surveillance in Campinas (SP) through the perspective of socio-historical Institutional Analysis

Rosana Aparecida Garcia¹, Solange L'Abbate²

RESUMO Este artigo teve como objetivo analisar o processo de institucionalização da Vigilância em Saúde em Campinas (SP), a partir do referencial teórico e metodológico da Análise Institucional, na vertente sócio-histórica. Foram realizadas entrevistas com sujeitos escolhidos por sua relevância em relação ao tema, articuladas a documentos que resgataram o contexto das políticas e modelos de saúde. Concluiu-se que apesar do importante significado da Vigilância em Saúde em Campinas, pouco se conhecia a respeito da sua trajetória, e analisar este tema na perspectiva dos sujeitos possibilitou resgatar processos ainda desconhecidos a respeito da Vigilância em Campinas.

PALAVRAS-CHAVE Saúde pública; Vigilância em saúde pública; Vigilância sanitária; Vigilância epidemiológica.

ABSTRACT *This article aims to analyze the process of institutionalization of the Health Surveillance in Campinas (SP), taking into consideration the theoretical and methodological reference of Institutional Analysis in the socio-historical dimension. Interviews with subjects chosen by their relevance in relation to the theme were carried out and articulated to documents which rescued the context of politics and health models. It is concluded that, despite the significant importance of Health Surveillance in Campinas, little was known about its journey, and analyzing that theme through the perspective of the subjects, made it possible to rescue yet unknown processes about Health Surveillance in Campinas.*

KEYWORDS *Public health; Public health surveillance; Health surveillance; Epidemiological surveillance.*

¹Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Departamento de Saúde Coletiva – Campinas (SP), Brasil. rosanaapgarcia@gmail.com

²Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Departamento de Saúde Coletiva – Campinas (SP), Brasil. slabbate@lexxa.com.br

Introdução

A preocupação com as epidemias e seu impacto sobre as sociedades é antiga, e a ideia do contágio remete a práticas, como isolamento de doentes (ROSEN, 1994; SCLIAI, 2002) e a quarentena de indivíduos, mercadorias e navios. Este contexto de controle dos indivíduos para contenção das doenças e do impacto no coletivo contribuiu para a construção da chamada 'vigilância', cujo termo e etimologia remetem à ideia de 'vigiar' – do latim *vigilare*. Corroborando os autores, Waldman (1991) reforça que o termo 'vigilância' está vinculado aos conceitos de isolamento e quarentena que surgem no final da Idade Média, consolidando-se nos séculos XVII e XVIII juntamente com o processo de urbanização.

Segundo Foucault (1982), no século XVIII, houve três experiências iniciadas na Europa que constituíram os elementos centrais das atuais práticas da 'vigilância': a medicina social na Inglaterra; a medicina urbana na França e a medicina de estado na Alemanha.

No Brasil, esse processo foi marcado por uma ideologia de proteção à saúde pública, utilizando ferramentas verticais de um modelo campanhista e pouco participativo, medidas de controle de portos nos séculos XVII e XVIII e ao desafio assumido por destacados sanitaristas, como Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Emílio Ribas e Adolfo Lutz, que enfrentaram as epidemias, como febre amarela, tifo, varíola, entre outras (WALDMAN, 2012).

A Constituição Federal de 1988, em um movimento instituinte de concretizar o direito social à saúde dos cidadãos como dever do Estado, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), formado por uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo e participação popular.

Essa proposta de descentralização e de uma abordagem integral nas ações e serviços de saúde encontrou sujeitos implicados no

desejo de mudança, bem como outros resistentes, o que demonstra que “toda instituição vive um processo contínuo de transformação, através de oposições dialéticas” (ABRAHÃO, 2013, P. 317). Hess e Authier (1994) reforçam que quando o instituinte nega o instituído no sentido contrário à ideia de renovação/ inovação, o instituinte pode ser conservador em relação ao instituído.

Apesar das diretrizes do SUS, houve um descompasso da vigilância em relação ao sistema de saúde como um todo (COSTA, 2003), uma vez que seus serviços e ações permaneceram centralizados até o século XX. Essa fragmentação e dicotomia também podem ser verificadas no âmbito da organização interna das estruturas administrativas das diferentes unidades federativas brasileiras.

Para Henriques (2009), dois tipos de discussão estiveram sempre presentes nesse processo: a delimitação das competências da vigilância no SUS – integração horizontal e como se deu a distribuição de tarefas entre as esferas federadas – integração longitudinal. Além disso, concorda-se com Costa (2003) quando afirma que o modelo institucional da vigilância desenvolvido no País foi pouco permeável aos movimentos sociais e manteve-se isolado das demais ações de saúde e de ações de outros âmbitos setoriais.

Associado a isso, a vigilância teve processos organizacionais e históricos diferentes entre seus núcleos específicos – Vigilância Epidemiológica (VE), Vigilância Sanitária (VS), Vigilância Ambiental (VA) e Vigilância da Saúde do Trabalhador (VST), e a institucionalização dos processos de trabalho foi construída com tecnologias, objetos e agentes específicos.

A despeito desses processos organizacionais e históricos distintos, a

Vigilância em Saúde passou a constituir-se em ação de cidadania, fundamentada na união das vigilâncias sanitária, epidemiológica, e posteriormente na Vigilância da Saúde do Trabalhador, com base no enfoque de risco e na epidemiologia social (BALISTA; SANTIAGO; CORREA FILHO, 2011, P. 760).

Segundo a autora, essa mudança vem acompanhada da “modificação do modo de fazer vigilância, procurando a integralidade das ações”.

Neste trabalho, optou-se por utilizar o referencial teórico da Análise Institucional (AI) em sua vertente sócio-histórica desenvolvida por Savoye (1988, 2003, 2007), por entender a potência desse referencial para a abordagem da relação entre Estado e sociedade, bem como sua contribuição para uma análise do momento fundador da instituição vigilância. Segundo Savoye (2003, p. 134), a AI sócio-histórica “significa colocar em perspectiva histórica uma realidade estudada em sua atualidade”.

Sól (2011, 2013) utilizou-se dessa vertente ao analisar três programas de residência em Medicina Geral Comunitária: dois em Porto Alegre (RS) e um em Mariana (MG), contribuindo assim para uma reflexão acerca das gêneses teórica e social desses projetos, as quais, de acordo com Savoye (2003, p. 2), constituem uma conjugação “de fatores de natureza política, social e institucional que presidem à emergência da nova práxis cognitiva”.

A partir dessa mesma conjugação, este artigo busca analisar as gêneses teórica, histórica e social da Vigilância em Saúde, em alguns de seus núcleos específicos – Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária – no contexto internacional e brasileiro, dialogando com a experiência do município de Campinas (SP), e a gênese teórica que fundamentou os processos de reorganização dos sistemas de vigilância.

O atual contexto de mudanças sócio/histórico/econômicas mundiais tem exigido, entre outras coisas, a proteção à saúde dos sujeitos, por isso a relevância do tema proposto neste artigo.

No Brasil, a Vigilância em Saúde tem sido objeto de medidas político-institucionais do setor saúde nos níveis federal, estadual e municipal. Ao mesmo tempo, o tema da vigilância vem despertando interesse de vários

autores, dentre os quais, destacam-se: Costa (2003), Aith e Dallari (2009), Henriques (2009) e Lucchese (2001), os quais têm se debruçado sobre esse objeto e o analisado a partir de diferentes vinculações teórico-metodológicas.

Este artigo é parte da tese de doutorado da primeira autora, cujo projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, em 2 de abril de 2013, registrado sob o número CAAE 14109413.6.0000.5481.

Seu principal objetivo é o de analisar o processo de institucionalização da Vigilância em Saúde em Campinas, enfocando as estratégias de centralização e descentralização, identificando a percepção dos sujeitos envolvidos sobre o processo.

Percorso teórico-metodológico

A análise deste texto fundamenta-se no referencial teórico da AI que teve origem na França, na década de 1960, foi difundida no Brasil a partir de 1970 e que “nasceu da articulação entre intervenção e pesquisa, entre teoria e prática”, tendo como objetivo “compreender uma determinada realidade social e organizacional, a partir dos discursos e práticas dos seus sujeitos” (L'ABBATE, 2012, p. 198).

A autora sinaliza que a AI se utiliza de um método constituído de um conjunto articulado de conceitos, tendo como base um conceito dialético de instituição desenvolvido por Lourau a partir da lógica hegeliana e apoiado em Castoriadis. Para Lourau (1975, p. 9), toda instituição é o resultado da articulação dinâmica entre três momentos: o instituído, o instituinte e a institucionalização, e que “formas sociais visíveis, porquanto dotadas de uma organização jurídica e/ou material [...] são chamadas de instituição”.

A Vigilância em Saúde é aqui entendida como uma instituição, pois possui suas normas, protocolos, legislação, saberes e

práticas instituídas, dinamicamente questionadas em movimentos instituintes de mudanças que se dão em conflito permanente com o instituído. Nesse movimento diacrônico, dá-se o processo de institucionalização, que implica em “duração, temporalidade e historicidade” (SAVOYE, 2007, p. 181).

O confronto permanente entre o instituído (o que se procura manter) e o instituinte (forças de subversão e de mudança) na vigilância resulta em seu processo de institucionalização com características contraditórias, muitas vezes capturados por aquilo que é hegemônico e está instituído (LOURAU, 1995; KAES, 1991).

Além disso, o referencial teórico da AI, por seu caráter eminentemente qualitativo, considera a relação sujeito-objeto como pertencente à mesma natureza histórica e social. Dessa forma, tomou-se como pressupostos que a opção metodológica, as questões e os objetivos da investigação são influenciados pela posição do pesquisador, ou seja, sua implicação com o objeto de estudo e análise.

A posição circunstancial ocupada pela primeira autora na coordenação da Vigilância em Saúde de um Distrito de Saúde de Campinas, e sua implicação com o tema, motivou o interesse no objeto investigado, contrapondo-se, ao mesmo tempo, à ideia da neutralidade (MINAYO, 2007), advinda do positivismo. Nesse sentido, Lourau (2004) desenvolveu o conceito de implicação, rejeitando a separação rígida entre o sujeito que conhece e o objeto a ser conhecido e a neutralidade do pesquisador. Segundo o autor, os pesquisadores são, o tempo todo, movidos pelas suas escolhas afetivas, ideológicas e profissionais, com relação à sua prática de pesquisa e/ou de intervenção.

Passos e Barros (2000, p. 73) afirmam que

a implicação não é uma questão de vontade [...] inclui uma análise do sistema de lugares, o assinalamento do lugar que ocupa que busca ocupar, e do que lhe é designado ocupar, com os riscos que isto implica

Dessa forma, o lugar ocupado pela primeira autora influenciou a análise do objeto investigado.

O local da pesquisa foi o município de Campinas (SP), que tem se destacado devido ao acúmulo de proposições inovadoras adotadas desde os anos de 1980, as quais têm marcado fortemente a política de saúde adotada. Esse protagonismo na elaboração de políticas de saúde tem sido tema de vários estudos de autores, como Balista, Santiago e Correa Filho (2011), Vilela (2005), entre outros. Apesar disso, há pouca produção acerca do processo de institucionalização da Vigilância em Saúde no município de Campinas.

No sentido de complementar a visão da referida pesquisadora sobre o processo histórico-social da Vigilância em Saúde de Campinas, foram realizadas 17 entrevistas semiestruturadas com gestores e trabalhadores que atuaram na vigilância, selecionados a partir das suas trajetórias político/institucionais, no sentido de contribuir para conhecer melhor a ‘institucionalização fundadora’ da Vigilância em Saúde do município, assim como esclarecer o processo das mudanças que se fizeram necessárias e que resultaram na ‘institucionalização permanente’ da instituição vigilância (SAVOYE, 2007).

As entrevistas foram gravadas e transcritas com a permissão dos entrevistados por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Optou-se, nas entrevistas, por realizar um recorte temporal, a partir do final da década de 1970, por ter sido este o período de institucionalização da Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária no Brasil, além do grande investimento na Atenção Básica em saúde e implantação do modelo da Medicina Comunitária e da ampliação do número das unidades de saúde no município de Campinas (L'ABBATE, 2009).

Apenas com a intenção de complementar a análise, alguns relatos das entrevistas serão abordados no item seguinte, integrados ao texto.

Resultados e discussões

Processo de institucionalização da Vigilância em Saúde no Brasil

A opção pela organização descentralizada e integração dos serviços de saúde esteve presente nas proposições das Ações Integradas de Saúde (AIS) (1983-1987), no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) (1988-1989), e a partir de 1990, no SUS, instituído pela Constituição Federal (1988).

O descompasso da vigilância em relação às proposições políticas nacionais pode ser relacionado, na perspectiva da AI, ao movimento dialético entre o instituído e o instituinte, colocando em dúvida a fundação do instituído, negando-o e/ou buscando sua manutenção. Isso pode ser constatado quando se observa que as ações de vigilância foram descentralizadas e distribuídas entre a esfera federal e estadual, sem considerar as competências dos municípios.

Segundo Waldman (1991), a designação de Vigilância Epidemiológica (VE) foi consagrada internacionalmente, na década de 1970, com a criação da Unidade de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis da Organização Mundial da Saúde (OMS), que incentivou os países em desenvolvimento a criarem seus sistemas de vigilância epidemiológica, tendo como objetivo, principalmente, a redução da morbimortalidade. No Brasil, sua criação se deu a partir do Programa Nacional de Imunizações (PNI), instituindo normas relativas à notificação compulsória de doenças e definindo as linhas gerais desse subsistema da Vigilância em Saúde.

A Vigilância Sanitária (VS), enquanto denominação consagrada, foi introduzida no Brasil em meados da década de 1970, em resposta à ordem econômica / política / institucional / social e técnico-científica do País, não apresentando, no entanto, uma estruturação sistêmica (LUCCHESI, 2001). A década

de 1980 foi marcada pela necessidade de organizar as ações de Vigilância Sanitária por meio de um sistema nacional – Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) do Ministério da Saúde (MS), que incorporou o antigo Serviço de Fiscalização da Medicina e Farmácia e o Laboratório Central de Controle de Drogas, Medicamentos e Alimentos.

Segundo Lucchese (2001), na década de 1990, em meio à influência de ideias liberalizantes, a SNVS perde a designação ‘nacional’ e passa a ser chamada de Secretaria de Vigilância Sanitária/MS. No final dessa mesma década, em meio a um contexto de suspeitas de corrupção e escândalos ocorridos em 1996, 1997 e 1998 na área de medicamentos, há uma reformulação organizacional instituindo uma agência reguladora nacional, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), para coordenar o recém-criado Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à VS, bem como o controle dos portos, aeroportos e fronteiras.

Esses processos institucionais e organizacionais dentro do MS e da Anvisa estabeleceram certa dicotomia entre a VS e a VE como se fossem ‘duas vigilâncias’ (COSTA, 2003), posto que fossem localizadas em espaços institucionais distintos, com legislações específicas, bem como ferramentas e dispositivos, o que dificultava o trabalho em rede.

Apesar de as diretrizes do SUS apontarem para uma concepção ampliada de Vigilância em Saúde, a lógica jurídica e a fragmentação entre os núcleos – Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Saúde do Trabalhador e Ambiental – impactaram na organização dos serviços de Vigilância em Saúde, que passaram a operar por campos de especialidade específicos, mantendo as reproduções do modelo fragmentado (VILELA, 2005).

Aith e Dallari (2009) reconhecem muitos avanços na estruturação dos serviços de

Vigilância em Saúde no País, bem como a necessidade de muitos ajustes a serem feitos, entre eles, a necessidade de unificar os diversos sistemas de vigilância, capazes de reunir as informações necessárias para a identificação de riscos em saúde.

Um dos desafios para a Vigilância em Saúde nos dias atuais é o reconhecimento da tendência mundial de um processo de transição demográfica, epidemiológica e nutricional desde a década de 1960, que, segundo Malta e Silva Júnior (2013), resultou em uma nova epidemia mundial: o aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Processo de institucionalização do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde de Campinas (SP)

Observando o contexto no qual a Vigilância em Saúde foi instituída no Brasil, o município de Campinas protagonizou movimentos relacionados à municipalização e descentralização das ações de Vigilância em Saúde, cuja prática foi consolidada e teve início antes da implantação do SUS e da Lei 8.080/90.

Enquanto no contexto nacional, no final da década de 1970, a organização do modelo de saúde no País caracterizava-se por apresentar tendência fortemente centralizada, Campinas institucionalizava um modelo fundamentado na Medicina Comunitária e na participação popular, tendo como ponto de partida a proposição de uma organização descentralizada, ampliando o número das unidades de saúde, que era composto por 16 'postos de saúde' em regiões periféricas da cidade (L'ABBATE, 2009).

A partir de 1989, houve a municipalização dos Centros de Saúde do estado, e os antigos 'postos de saúde' do município ampliaram a complexidade das ações em saúde desenvolvidas com a descentralização da VE para a rede de serviços de saúde em Campinas, responsabilizando-os pela realização de um conjunto de atividades, como a notificação

e investigação de casos, surtos e agravos inusitados, passando a ser denominados de Centros de Saúde. Até então, a vacinação, os tratamentos de tuberculose e de hanseníase, entre outras ações, eram realizadas somente nos Centros de Saúde do estado.

Segundo Vilela (2005, p. 37),

as ações de vigilância foram hierarquizadas em um sistema municipal de vigilância em saúde, com responsabilidades definidas para os níveis centrais, regionais e locais.

Enquanto em nível federal a atual Constituição Federal em 1988 instituiu o SUS e suas diretrizes, um grupo interinstitucional ligado à então Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (Cims) protagonizou um movimento instituinte que culminou com a criação do Grupo Municipal de Vigilância Epidemiológica (GMVE) em 1988, com recursos das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, passando a funcionar juntamente com a sede regional estadual do então Suds e contando com um médico, um enfermeiro e dois visitantes sanitários (ABRAHÃO, 2014).

À época, a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas possuía uma área denominada Divisão de Controle de Meio Ambiente (DCMA), que era composta pelo Serviço Médico-Veterinário e de Controle de Zoonoses, Serviço de Fiscalização Sanitária e Serviço de Fiscalização da Alimentação Pública. Segundo Abrahão (2014), esses serviços operavam com pouca integração interna e nenhuma articulação com a rede de serviços de saúde. Em 1989, a Secretaria de Saúde de Campinas assumiu o desafio de integrar a Divisão de Controle de Meio Ambiente ao Grupo Municipal de Vigilância Epidemiológica.

Toda instituição vive um processo contínuo de transformação por meio de forças dialéticas, e apesar do acúmulo existente em Campinas por intermédio dos Serviços Médico-Veterinário e de Controle de Zoonoses, de Fiscalização Sanitária e de Fiscalização da Alimentação Pública, a

municipalização da VS de bens e serviços de interesse à saúde, como produtos de beleza, limpeza, saneantes, médico-cirúrgicos, entre outros, foi realizada em meio a contínuas contradições.

Segundo os entrevistados, foi uma descentralização solitária, sem infraestrutura, sem preparo técnico (capacitação) dos trabalhadores e com uma equipe reduzida para as ações a serem desenvolvidas. Os entrevistados referiram que não havia integração interna, o que reforçava a dicotomia entre as áreas de fiscalização. Outro limite citado pelos entrevistados foi de uma maior valorização da VE em detrimento de outras áreas da vigilância, devido à proximidade que esta tinha com a rede de serviços de saúde.

Em 1993, em um contexto de troca de governo municipal, uma diretriz municipal de descentralização político-administrativa e da horizontalização das estruturas gerenciais traz um movimento instituinte importante para o conceito Vigilância em Saúde. Foi um período de priorização de projetos intersetoriais em que a estratégia utilizada foi a criação de quatro Secretarias de Ação Regionais (SAR) – Norte, Sul, Leste e Oeste –, que tinham a responsabilidade de gerenciamento, planejamento e execução dos serviços possíveis de serem descentralizados.

Segundo os entrevistados, apesar de esse ter sido um momento de mudança rápida e pouco participativa, e ‘cheia de atropelamentos’, causando receios, foi reconhecido como um momento de concreta ‘vivência’ da Vigilância em Saúde, em seu conceito ampliado, transcendendo o campo da saúde e expandindo para outros setores e órgãos governamentais ou não. Pode-se observar nos relatos de algumas entrevistas que, apesar das contradições e reações quanto às mudanças, no espaço instituído debateram-se propostas instituintes, as quais sobrevivem em toda instituição mediante o desejo transformador dos seus sujeitos.

A partir dessa organização e responsabilização territorial, foram realizados importantes

enfrentamentos de grandes epidemias, como da meningite e do sarampo (1996), da dengue (1998) e, posteriormente, da febre amarela (2000). Os Centros de Saúde, por intermédio de suas respectivas áreas de abrangência, tornaram-se responsáveis por notificações e investigações de surtos e agravos inusitados, incluindo as medidas de controle.

Em 1994, houve a implantação descentralizada do Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (Sinan) nos serviços de Vigilância em Saúde (Visa), e foram criadas cinco Vigilâncias Distritais – Leste, Sul, Norte, Noroeste e Sudoeste – para servir como apoio técnico às equipes de saúde e fazer a gestão do sistema de vigilância das unidades de seu território de abrangência.

Segundo Abrahão (2014), a área de saúde do trabalhador foi constituída no município desde 1988, quando houve a proposta do Programa de Saúde do Trabalhador (PST) por iniciativa de sindicatos, da universidade (Unicamp) e do governo municipal. Em 2001, foram descentralizadas as ações de Saúde do Trabalhador (BALISTA, ET AL., 2011) para as cinco Visas Distritais, ações que estavam centralizadas no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest).

Em 2001, com a mudança de governo municipal, surge uma nova proposta de reorganização do modelo de atenção à saúde em Campinas, a partir da reformulação da rede básica enquanto espaço de reorientação do novo modelo, tendo como objetivo melhorar o vínculo, garantindo o acesso e a atenção prestada aos usuários do SUS. Foi uma época avaliada pelos entrevistados como intensa e rica nas proposições, ao mesmo tempo que havia pouca participação nas decisões, apesar de muitos espaços coletivos.

Foi um momento no qual foram implantados vários arranjos institucionais, entre eles o Núcleo de Saúde Coletiva (VILELA, 2005) e o matriciamento das equipes de referência (OLIVEIRA, 2008; CAMPOS, 1999), trazendo o que Hess e Authier (1994) chamaram de questionamento das verdades que fundaram o instituído.

Foram realizados seminários e oficinas, articulados ao novo modelo Paidéia (CAMPOS, 2003) e seus arranjos institucionais, questionando as práticas utilizadas pela Vigilância em Saúde do município de Campinas, descrevendo-as como autoritárias e assinalando a dificuldade na integração e articulação das Vigilâncias Distritais aos Distritos de Saúde e ao nível central.

Nos dias atuais, passados mais de 20 anos de descentralização da Vigilância em Saúde de Campinas, muitas mudanças ocorreram na cidade, que se constituiu em um polo metropolitano, com grande circulação de pessoas e produtos, intensa atividade comercial e industrial, abrigando uma grande rede hoteleira, um aeroporto internacional, universidades, entre outros. A mudança do perfil da saúde/doença da população também gerou demandas e o aumento na complexidade das ações em saúde dos serviços de saúde.

Na IX Conferência Municipal de Saúde (2011), foram debatidas as questões acima apresentadas, considerando a complexidade do sistema de saúde de Campinas, e a necessidade de resposta às novas necessidades apontadas pela sociedade fizeram surgir novos movimentos dentro do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde.

Os debates que se seguiram em 2012/2013 tiveram como objetivo revisar o processo de descentralização da Vigilância em Saúde, considerando a necessidade de trabalhar na lógica de responsabilidades compartilhadas, ou seja, as Vigilâncias Distritais – hoje denominadas de Vigilâncias Regionais –, assumindo um conjunto maior de ações de investigação e controle de doenças transmissíveis em erradicação, aquelas com baixos coeficientes de incidência (doença meningocócica) e aquelas que ocorrem de maneira espacialmente agregadas (febre maculosa, leishmanioses e leptospiroses). Segundo os entrevistados, essas ações exigem uma experiência que os serviços de saúde não

desenvolveram devido à esporadicidade na qual acontecem em seu cotidiano.

Os desafios atuais da Vigilância em Saúde de Campinas e do Brasil

Como no contexto nacional, a Vigilância em Saúde de Campinas também possui o desafio de articular suas ações em rede, apesar de serem inegáveis os movimentos instituintes existentes, a partir de sujeitos implicados na superação das adversidades.

Os diferentes processos sócio-histórico-políticos nos quais se deu a institucionalização do Sistema de Vigilância em Saúde de Campinas contribuíram, no entanto, para ações que pouco se articulam internamente entre os seus núcleos específicos – Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador – o que Henriques (2009) chamou de ‘integração horizontal’.

Dentro do desafio da articulação da Vigilância em Saúde em um trabalho em rede, são emergentes novos processos de trabalho e um novo olhar para o território, coabitando com uma tensão dialética com o instituído, muitas vezes argumentando formas diferentes de fazer, mas que traduzem o mesmo regime de construção. É importante ressaltar que um novo olhar sobre o território pressupõe uma nova postura, novos processos de trabalho e de gestão enquanto instituição: é o fazer compartilhado e ‘junto com’, e não somente um “verniz diferente” (ABRAHÃO, 2013, P. 320).

A aproximação da vigilância aos outros serviços de saúde no território pressupõe

novas possibilidades de trocas de saber entre os profissionais de saúde em diversos níveis de atenção, favorecendo, também, maior articulação e qualificação da rede de serviços que compõe o sistema de saúde. (OLIVEIRA, 2008, P. 273).

Outro desafio a ser enfrentando é o resgate do significado das ferramentas utilizadas para gerar informação na vigilância – como o

Sinan, o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI), o Sistema de controle de pacientes com tuberculose (TB-Web), entre outros.

As fichas de investigação epidemiológica têm se transformado em instrumentos meramente burocráticos, preenchidas muitas vezes de forma inadequada pelas equipes de saúde, e uma possível explicação para o fato pode ser a falta de retorno das informações em tempo ágil para as intervenções.

Além disso, os clássicos (e importantes) bancos de dados estão baseados em doenças e exigem que haja uma articulação do sujeito dentro de uma linha de cuidado, e não a partir de rótulos, como ‘caso de tuberculose’, ‘atraso vacinal’, ‘paciente com dengue’, entre outros.

A partir desse novo olhar, seriam considerados os limites que levam os serviços de saúde a ter dificuldades em dar o retorno ágil esperado pela vigilância, no tempo hábil de alimentação dos sistemas de informação em saúde. Seria o “aprender fazendo e produzir aprendendo, modificando seu próprio modo de estar no mundo e no trabalho” (OLIVEIRA, 2008, p. 274).

Os limites são os clássicos tempos que a vigilância tem para alimentar os Sistemas de Informação em Saúde, e que muitas vezes não é o tempo da vida dos usuários e das equipes. Entra-se então em conflitos, como, por exemplo, os atrasos em alimentar os bancos que são cobrados pelos entes federados e que devem ser enfrentados na perspectiva de uma nova concepção de fazer vigilância: vigilância do que, para o que e para quem. Se isso não for enfrentando, corre-se o risco de se manterem as práticas verticais e autoritárias, utilizadas pela saúde pública e pela vigilância.

Conclusões

Esta análise demonstra que, passados mais de 20 anos de criação do SUS, há vários desafios a serem enfrentados, entre eles, a recomposição da integralidade do objeto da Vigilância, o fortalecimento político dessa instância no cenário do MS e o estabelecimento de uma gestão participativa.

As reflexões trazidas neste estudo podem contribuir, de forma significativa, para a revisão das práticas e ferramentas utilizadas pela Vigilância em Saúde, de maneira a enfrentar novos desafios existentes na atual complexidade da sociedade e dos serviços de saúde.

Este reconhecimento remete a buscar não somente novas formas de fazer, como também um novo conceito de vigilância, tendo como pressupostos as responsabilidades compartilhadas, respeitando a autonomia dos sujeitos e o território por eles ocupado.

Esta revisão do modelo de vigilância preconiza um trabalho em rede e o investimento nos profissionais inseridos no interior da Instituição Vigilância, para que desenvolvam um olhar não focado somente em ‘doenças que alimentam bancos de dados’, e sim em pessoas com sofrimentos e submetidas a situações adversas com adoecimento que deve ser monitorado pela vigilância ‘junto com’ os serviços de saúde.

A despeito das dificuldades enfrentadas nos processos de descentralização, a experiência vivenciada em Campinas demonstrou avanços na aproximação da Vigilância em Saúde com os outros serviços de saúde e à realidade dos usuários. ■

Referências

ABRAHÃO, A. L. Arranjos conceituais para a gestão em saúde a partir da Análise Institucional: relação entre gestão e subjetividade nas equipes de saúde. In:

L'ABBATE, S. MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Org.). *Análise Institucional & Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 315-332.

- ABRAHÃO, C. E. C. *Municipalização, descentralização e vigilância à saúde em Campinas, 1988-1994*. Campinas. [internet]. Disponível em: <<http://www.carloseca-brahao.med.br/saude/monografias/mono00004.htm>>. Acesso em: 15 out. 2014.
- AITH, F.; DALLARI, S. G. Vigilância em Saúde no Brasil: os desafios dos riscos sanitários do século XXI e a necessidade de criação de um Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 94-125, jul./out. 2009.
- BALISTA, S. R. R.; SANTIAGO, S. M.; CORREA FILHO, H. R. A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no Município de Campinas, São Paulo, Brasil: uma avaliação do processo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 759-768. 2011.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. *Seminário Municipal de Saúde Coletiva: construção coletiva da linha do tempo*. São Paulo: SMS, 2004.
- CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.
- _____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2014.
- COSTA, E. A. Vigilância Sanitária e proteção da saúde. *Direito e Saúde Pública: coletânea de textos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v.1, p. 180-203, 2003. (Série E Legislação e Saúde).
- FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: _____. *A Microfísica do Poder*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982, p. 79-80.
- HENRIQUES, C. M. P. As diferentes visões filosóficas e abordagens científicas sobre a Vigilância em Saúde no Brasil. *Revista de Direito Sanitário*. São Paulo, v. 10, n. 2, p. 87-93, jul./out. 2009.
- HESS, R.; AUTHIER, M. L'instituant et l'institué. In: _____. *L'analyse institutionnelle*. Paris: PUF, 1994, p. 38-49.
- HESS, R. Do efeito Mühlmann ao princípio de falsificação: instituinte, instituído, institucionalização. *Mnemosine*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 148-163. 2007. Disponível em: <http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/120/pdf_109>. Acesso em: 15 out. 2014.
- KAES, R. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: KAES, R. et al. (Org.). *A instituição e as instituições*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991, p. 1-39.
- L'ABBATE, S. Análise Institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. *Mnemosine*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 194-219, 2012.
- _____. *Direito à saúde: discursos e práticas na construção do SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010.
- _____. Análise Institucional e Saúde Coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 265-274. 2003.
- LOURAU, R. *A Análise Institucional*. Petrópolis: Vozes, 1975.
- _____. *A Análise Institucional*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.
- _____. René Lourau na UERJ. Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. Rio de Janeiro, UERJ, 1993. *Mnemosine*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 77-92. 2007.
- _____. Implicação: um novo paradigma? In: ALTOÉ, S. (Org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 246-258.
- LUCCHESI, G. *Globalização e Regulação Sanitária – rumos da vigilância sanitária no Brasil*. 2001. 329

- f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- MALTA, D. C.; SILVA JÚNIOR, J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 22, n. 1, p. 151-164, 2013.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2007.
- OLIVEIRA, G. N. Apoio Matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008, p. 273-282.
- PASSOS, E.; BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF, v. 16, n. 1, p. 71-79, jan./abr. 2000.
- ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- SAVOYE, A. Análise Institucional e pesquisas sócio históricas: estado atual e novas perspectivas. *Mnemosine*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 181-193, 2007. Disponível em: <www.cliopsyche.cjb.net/mnemo/index.php/mnemo/issue/view/20>. Acesso em: 15 out. 2014.
- _____. Analyse Institutionnelle et recherche sócio-historiques: quele compatibilité? *L'Homme et la Société*, Paris, n. 147-148, p. 2; 133-150, 2003.
- _____. Du passé faisons l'analyse. Le traitement de l'histoire. In: SAVOYE, A.; HESS, R. (Org.). *Perspectives de l'Analyse Institutionnelle*. Paris: Méridiens Klincksieck, 1988, p. 153-164.
- SCLIAR, M. *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*. São Paulo: Senac, 2002.
- SILVA JUNIOR, J. B. As doenças transmissíveis no Brasil: tendências e novos desafios para o Sistema Único de Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. In: *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.
- SÓL, N. A. A. *A Medicina Geral Comunitária no Brasil: uma análise institucional sócio histórica de sua trajetória enfocando programas específicos*. 2011. 252 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.
- _____. Medicina geral comunitária no Brasil: uma análise institucional sócio-histórica da sua trajetória. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Org.). *Análise Institucional & Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, p. 180-205, 2013.
- VILELA, M. F. G. *Da 'moça da vigilância' ao núcleo de Saúde Coletiva na unidade básica de saúde: o que há de novo no modelo assistencial de Campinas*. 224 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.
- WALDMAN, E. A. Os 110 anos de Vigilância em Saúde no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 21, n. 3, p. 365-366, jul./set. 2012.
- _____. *A vigilância epidemiológica como prática de Saúde Pública*. 1991. 228 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

Recebido para publicação em outubro de 2014

Versão final em maio de 2015

Conflito de interesse: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Perfil das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária subsidiando ações de saúde nas regiões brasileiras

Profile of Hospitalization for Primary Care Sensitive Conditions subsidizing health activities in Brazilian regions

Francilene Jane Rodrigues Pereira¹, César Cavalcanti da Silva², Eufráasio de Andrade Lima Neto³

RESUMO O estudo objetiva analisar dados de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária nas regiões brasileiras em 2014 por meio de estudo ecológico quantitativo, utilizando dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares nas cidades com mais de 100 mil habitantes. Registraram-se 1.116.917 internações com taxas por 10 mil habitantes variando entre 89,81 (Sudeste) e 121,99 (Sul), com destaque para pneumonias, doenças cerebrovasculares e insuficiência cardíaca. Apesar dos valores aproximados entre as regiões, Norte e Sul apresentaram grupos com valores expressivos, representando critério direcionador de programas e ações diferenciadas para cada região do País.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Hospitalização; Indicadores de qualidade em assistência à saúde.

ABSTRACT *The study aims to analyze the data of Hospitalization for Primary Care Sensitive Conditions in the Brazilian regions in 2014 through quantitative ecological study, using secondary data from the Hospital Information System in cities with over 100,000 inhabitants. There is a register of 1.116.917 admissions with rates per 10.000 inhabitants ranging from 89.81 (Southeast) and 121.99 (South), especially pneumonia, cerebrovascular disease, and heart failure. Despite approximate values between regions, North and South groups presented significant values, representing guiding criteria of differentiated programs and actions for each region.*

KEYWORDS *Primary Health Care; Hospitalization; Quality indicators, health care.*

¹Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – João Pessoa (PB), Brasil.
francilenejane@gmail.com

²Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – João Pessoa (PB), Brasil.
rasecprof@gmail.com

³Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – João Pessoa (PB), Brasil.
neto.eufra@gmail.com

Introdução

O presente artigo objetiva a descrição e análise dos dados de registros por Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) nas cinco regiões brasileiras durante o ano de 2014.

As necessidades de saúde da população brasileira, ao longo das quase três décadas de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), vêm exigindo remodelamentos contínuos, porém é possível reconhecer que esse sistema apresentou melhorias desde os movimentos sociais que exigiram sua criação no bojo da Reforma Sanitária.

Muitos desafios e enfrentamentos persistem para a consolidação de um sistema de saúde que atenda às demandas populacionais de maneira efetiva e ágil. Na atualidade, a atenção e os esforços em ações e programas estão direcionados para a solidificação da Atenção Básica (AB), posto que se trata da principal porta de entrada do SUS com fins de acolhimento, escuta e resolução, em tese, da maior parte das necessidades de saúde da população com fins de garantir a integralidade na atenção à saúde (BRASIL, 2011; FIGUEIREDO, 2012).

A AB é definida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como

um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. (BRASIL, 2012, P. 19)

prestando assistência contínua e integral a uma população definida de maneira organizada e interligada com os demais níveis de atenção (MENDES, 2009). Esse conceito fortalece os sistemas locais de saúde e consolida os princípios e diretrizes do SUS.

Nesse contexto, a AB, por meio de ações e programas de sua competência, deveria prevenir/tratar algumas patologias

advindas de sua comunidade adscrita, denominadas Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) ou Atenção Primária (ICSAP). Esse termo é uma tradução livre para o indicador de atividades hospitalares *Ambulatory Care Sensitive Conditions*, trabalhado por Billings *et al.* na década de 1990, nos Estados Unidos, como medida de efetividade da atenção primária que foi adaptado para as condições brasileiras e regulamentado pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008 (BRASIL, 2008; ALFRADIQUE *ET AL.*, 2009).

Constata-se que, quando ocorrem lacunas e/ou falhas nesse nível de atenção à saúde, a população busca diretamente os demais níveis, ocasionando as ICSAP. Esse indicador tem sido amplamente utilizado em países, como Espanha, Austrália e Canadá, que possuem o seu sistema de saúde alicerçado pelos cuidados primários (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008; CAMPOS; THEME-FILHA, 2012).

Destarte, altos valores de ICSAP podem representar fragilidades e/ou baixa resolutividade na porta de entrada do sistema. A identificação dos grupos mais prevalentes entre as populações permite a reestruturação de políticas e programas, bem como a reformulação de ações direcionadas às patologias em regiões específicas, pois o território brasileiro apresenta, além de uma vasta extensão, grande diversidade cultural, demográfica e socioeconômica. Esse fato justifica a necessidade de verificação de contrastes regionais e a busca de sua influência nas taxas de ICSAP nas cinco regiões do País, o que, entre outras vantagens, poderá subsidiar o planejamento e a tomada de decisões nessas localidades.

Métodos

Trata-se de um estudo exploratório do tipo ecológico de natureza quantitativa, utilizando dados de ICSAP de 300 municípios brasileiros com população acima de 100 mil habitantes segundo estimativa do Censo Demográfico

Brasileiro para o ano de 2014 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014).

A construção do presente artigo segue os preceitos éticos demandados pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), sendo submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, sob Protocolo nº 696/13 e CAAE: 25550013.0.0000.5188.

O material empírico foi constituído a partir de dados secundários do Sistema de Informações sobre Internações Hospitalares (SIH-SUS), disponível no endereço eletrônico www2.datasus.gov.br, coletados por meio do *software TabWin 32*, que permite a tabulação dos dados segundo os critérios necessários para o estudo.

Os dados foram tabulados por grupo de ICSAP para cada um dos 300 municípios selecionados para o estudo, agrupados segundo as regiões onde estão localizados e analisados descritivamente.

Foi realizada a conversão dos dados brutos em taxas para inserir comparabilidade entre as regiões brasileiras, padronizando

os grupos de ICSAP para cada 10 mil habitantes conforme fórmula a seguir:

$$Tx = \frac{\text{Dados brutos das ICSAP por grupo e por região}}{\text{População da região (Estimativa CENSO 2014)}} \times 10.000$$

Resultados e discussão

Todas as cidades brasileiras com 100 mil ou mais habitantes elencadas na Estimativa do Censo Demográfico IBGE 2014 foram utilizadas para o estudo. As 300 cidades foram subdivididas conforme suas respectivas regiões e representadas na *tabela 1*, exibindo uma representatividade de 55,80% da população brasileira, estando grande parte dessas cidades localizadas na região Sudeste (142). Essa região detém 43% da população do País, sendo, portanto, a mais populosa, além de possuir o maior valor de Produto Interno Bruto (PIB) (56%) e o segundo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do País (PEREIRA; SILVA; LIMA-NETO, 2014). Uma menor quantidade de cidades com 100 mil ou mais habitantes é registrada na região Centro-Oeste (19).

Tabela 1. Dados populacionais das cidades brasileiras com 100 mil ou mais habitantes segundo Estimativa do Censo Demográfico IBGE, 2014

	População Total	Nº cidades	População das cidades	% População
Norte	17.220.496	26	8.436.645	48,99%
Nordeste	56.186.190	61	22.947.490	40,84%
Sudeste	85.115.623	142	59.023.075	69,34%
Sul	29.016.114	52	14.098.434	48,59%
Centro-Oeste	15.219.608	19	8.647.488	56,82%
Brasil	202.758.031	300	113.153.132	55,80%

Fonte: IBGE, 2014.

Na *tabela 2*, visualizam-se as quantidades brutas de ICSAP segundo os grupos de patologias nas cinco regiões brasileiras e no

Brasil, bem como a representação percentual de cada grupo no total de internações.

Tabela 2. Condensado dos dados brutos dos grupos de ICSAP nas regiões brasileiras e Brasil e representação percentual de cada grupo no total das internações do País em 2014

Grupos/Regiões	N	NE	SE	S	CO	BR	%
G1 - Preveníveis por Imunização	451	1.644	2.505	725	492	5.817	0,52
G2 - Condições evitáveis	1.249	3.779	6.772	2.008	894	14.702	1,32
G3 - Gastroenterites	16.526	21.392	24.577	7.195	6.681	76.371	6,84
G4 - Anemia	165	966	1.279	658	323	3.391	0,30
G5 - Deficiências nutricionais	1.112	2.647	5.126	1.510	792	11.187	1,00
G6 - Infecções VAS	1.096	1.741	5.748	1.946	1.211	11.742	1,05
G7 - Pneumonias	23.155	47.047	122.829	36.386	24.315	253.732	22,72
G8 - Asma	4.761	12.140	16.761	5.221	3.031	41.914	3,75
G9 - Doenças pulmonares	4.693	12.078	36.439	14.931	5.093	73.234	6,56
G10 - Hipertensão	2.303	5.908	14.795	2.296	1.924	27.226	2,44
G11 - Angina	2.023	10.104	29.610	19.657	6.479	67.873	6,08
G12 - Insuficiência cardíaca	5.759	20.562	52.844	16.314	8.597	104.076	9,32
G13 - Doenças cerebrovasculares	6.225	24.294	52.909	17.012	7.128	107.568	9,63
G14 - Diabetes mellitus	4.906	11.635	23.683	7.249	4.452	51.925	4,65
G15 - Epilepsias	1.180	4.589	15.575	5.364	2.038	28.746	2,57
G16 - Infecções urinárias	8.561	15.258	49.712	16.079	9.550	99.160	8,88
G17 - Infecção pele e subcutâneo	7.215	11.436	28.281	5.763	4.219	56.914	5,10
G18 - Inflamação de órgãos pélvicos	1.614	2.657	5.481	1.580	953	12.285	1,10
G19 - Úlcera gastrointestinal	2.750	7.923	22.669	6.769	3.050	43.161	3,86
G20 - Relacionadas ao pré-natal e parto	2.446	5.186	12.480	3.319	2.462	25.893	2,32
Total	98.190	222.986	530.075	171.982	93.684	1.116.917	100,00

Fonte: BRASIL, 2014.

Nota: N - Norte, NE - Nordeste; SE - Sudeste; S - Sul; CO - Centro-Oeste; BR - Brasil.

Com relação às quantidades brutas nacionais de ICSAP, totalizaram-se, no ano de 2014, a ocorrência de 1.116.917 internações por essas causas, com maior percentual representado pelo grupo das pneumonias (22,72%), seguida das doenças cerebrovasculares (DCV) (9,63%) e insuficiência cardíaca (IC) (9,32%); e com menores valores, anemia (0,30%) e doenças preveníveis por imunização (0,52%).

As pneumonias bacterianas ocupam o grupo 7 no rol das ICSAP e podem ser: pneumocócica, por *haemophilus influenzae*, por *streptococcus*, bacteriana não esclarecida e

lobar não esclarecida. O grupo 13, DCV, compõe-se por acidentes vasculares isquêmicos transitórios, síndrome vascular cerebral, infarto cerebral, acidente vascular cerebral (AVC) não esclarecido como hemorrágico ou isquêmico, oclusão e/ou estenose de artéria pré-cerebral e/ou cerebral, outras doenças cerebrovasculares e seqüela de doenças cerebrovasculares. Já o grupo 12, IC, comporta IC e edema agudo de pulmão (BRASIL, 2008).

Entre os anos de 2008 e 2012, em Brasília, os mesmos três grupos citados de patologias também apresentaram maior proporção entre as ICSAP, porém com as DCV seguida

da IC e pneumonias bacterianas (SILVA; PINTAS; RAMALHO, 2013). As pneumonias apresentaram incremento geral em 2006 em relação ao ano de 2000 e em relação ao ano de 1999 entre menores de 20 anos, apresentando-se, nesse último período (1999-2006), como terceira maior causa (PROJETO ICSAP, 2012; MOURA ET AL., 2010).

A IC ocupou o segundo maior percentual de ICSAP nas diferentes unidades federativas do Brasil (BOING ET AL., 2012) entre os anos de 1998 e 2009 e também no período com destaque para a faixa etária de 20 a 59 anos (2000-2006), em que ocupou a segunda maior representatividade (11%), e entre os idosos, que, especificamente no ano de 2000, apresentaram a IC congestiva como principal causa (22,3%) e DCV (12,9%) como terceira causa mais frequente (PROJETO ICSAP, 2012).

As doenças cardiovasculares apresentam-se como as principais causas de morte tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. No Brasil, essas patologias, além de se destacarem pelos altos custos com internações hospitalares e medicamentos, também são as principais causas de óbitos, apresentando alta prevalência, com complicações associadas às DCV e às doenças isquêmicas do coração, impactando na morbidade das populações, ocasionando internações diversas e incidência de mortes precoces (VILLELA; GOMES; MELÉNDEZ, 2014).

Nas últimas décadas, uma série de medidas compostas por ações de prevenção, tratamento e reabilitação para os indivíduos acometidos por doenças cardiovasculares estão sendo priorizadas em algumas políticas e programas implementados pelo Ministério da Saúde, a exemplo da Política Nacional de Promoção da Saúde, contemplando o Programa Nacional de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* (Hiperdia) com fins de minimizar a morbimortalidade por doenças cardiovasculares, que prioriza, entre as diversas ações, reduzir o número de internações, atendimentos de urgências, gastos com tratamentos e complicações, aposentadorias

precoces, proporcionando a melhoria da qualidade de vida dos portadores (VILLELA; GOMES; MELÉNDEZ, 2014).

No entanto, dadas as devidas exceções, esses programas não têm se mostrado efetivos nas diferentes regiões do País. Em algumas unidades é possível perceber que, na prática, as ações não têm sido suficientes para alterar o processo de adoecimento dos usuários. Tomando o Hiperdia como exemplo, identifica-se sua operacionalização apenas pela distribuição de medicamentos, verificação de níveis pressóricos e glicêmicos nos indivíduos cadastrados quando os recursos permitem a realização deles, sem o devido acompanhamento e monitoração de possíveis complicações inerentes a essas patologias.

Merece ainda destaque o fato de as doenças preveníveis por imunização perfazerem um dos menores percentuais de registros de ICSAP, revelando a eficácia do Programa Nacional de Imunização (PNI) e a evolução do sistema de saúde brasileiro em relação às décadas passadas, nas quais a maioria da população morria por causas dessa natureza. Ressalta-se, também, o papel da equipe de enfermagem na responsabilização operacional das salas de vacina, garantindo um recurso preventivo de alta eficácia para a população em uma de suas ações enquanto sujeito da AB (FERREIRA; DIAS; MISHIMA, 2012).

Sobre os três maiores valores absolutos de internações apresentados em cada região, tem-se: Norte – pneumonias, gastroenterites e infecções urinárias; Nordeste – pneumonias, DCV e gastroenterites; Sudeste – pneumonias, DCV e IC; Sul – pneumonias, DCV e IC; e Centro-Oeste – pneumonias, infecções urinárias e IC.

As pneumonias lideraram o quantitativo absoluto em todas as regiões. A perspectiva de a referida patologia atingir tanto crianças quanto idosos pode justificar os altos valores apresentados, tendo em vista o contingente populacional destas faixas etárias.

Essa prevalência é confirmada em estudo realizado em Santa Catarina, no

período de 1999 a 2004, no qual, entre as patologias, destacaram-se: diabetes *mellitus* (DM), pneumonia em menores de 5 anos e maiores de 60 anos, diarreia em menores de 5 anos, AVC e infarto agudo do miocárdio (IAM) (ELIAS ET AL., 2008).

Acrescenta-se, ainda, o fato de que ações direcionadas ao tratamento precoce dessas patologias sanariam grande número de internações nas referidas fases do desenvolvimento que representam maior fragilidade. A ocorrência em nível nacional sugere um programa de grande abrangência territorial.

O tratamento precoce também solucionaria as causas de infecção urinária apresentadas entre os altos valores nas regiões Norte e Centro-Oeste. Essa patologia, na maioria dos casos, acomete indivíduos adultos. Porém, para um tratamento eficaz, faz-se necessário exames que comprovem a patologia e/ou o organismo que está causando o processo infeccioso; no entanto, tais recursos, por serem escassos na AB, obrigam o encaminhamento para realização em outros serviços da rede, que por sua vez possuem altas demandas, gerando morosidade no diagnóstico e a busca direta dos usuários aos serviços terciários de atenção à saúde.

Seguidas das pneumonias, as regiões Sul e Sudeste apresentaram as DCV e a IC com valores aproximados entre si, e quando somadas, representam valores semelhantes ao identificado pelas pneumonias, porém com a diferença de ocorrerem, em sua maioria, entre idosos, conseqüentes ao déficit nas atividades preventivas e com comprometimento da qualidade de vida.

A prevalência dessas patologias nessa faixa etária é identificada em análise realizada nos períodos de 2000 a 2003 e de 2005 a 2007 na cidade de Caxias do Sul, em idosos, apontando a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), IC, DCV e angina pectoris como as de maior ocorrência (MURARO ET AL., 2013).

As doenças cardiovasculares, como a IC, e as DCV merecem destaque em virtude de

serem caracterizadas, mundialmente, pelas maiores causas de morbimortalidade e invalidez, que além de acometerem um grande número de pessoas, também representam elevados custos sociais e econômicos.

Os gastos com medicamentos, internações e atenção de alta complexidade possuem impacto significativo no orçamento dos órgãos financiadores da saúde. Em 2007, registrou-se 1.157.509 internações por doenças cardiovasculares no SUS (10,22% do total do País) com a IC como principal causa. Comparando com os custos, em novembro de 2009, foram registradas 91.970 internações, totalizando um custo de R\$ 165.461.644,33 segundo o Ministério da Saúde (Datasus). Outro agravante relacionado às doenças cardiovasculares que merece destaque é a doença renal terminal que ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de diálise no SUS e respondeu por 9.486 óbitos em 2007 (BOCCHI ET AL., 2012; PEREIRA ET AL., 2013).

Nas regiões Norte e Nordeste, as gastroenterites estiveram entre os três grupos de ICSAP com maiores valores, refletindo as condições socioeconômicas dessas regiões que ainda sofrem com altas taxas de analfabetismo funcional e precária infraestrutura instalada em algumas localidades, resultando em baixo conhecimento, condições de higiene precárias atrelado à baixa cobertura de esgotamento sanitário e poluição de rios.

Em estudo realizado no estado do Piauí, na região Nordeste, com o grupo etário menor de 5 anos entre os anos de 2000 e 2010, obtiveram destaque: as gastroenterites infecciosas e as complicações pneumonias bacterianas e asma (BARRETO; NERY; COSTA, 2012).

Nesse cenário, observa-se a necessidade de programas direcionados às pneumonias; infraestrutura nas unidades da Estratégia Saúde da Família ou contrarreferência efetiva entre outros níveis de atenção para realização de exames rápidos para diagnóstico de patologias e tratamento

precoce; maior foco nas atividades preventivas das doenças cardiovasculares, políticas de educação sanitária e infraestrutura de qualidade a população.

Na *tabela 3*, são visualizadas as taxas de ICSAP por 10 mil habitantes que permitem a comparação equivalente entre as diferentes regiões.

Tabela 3. Condensado das médias das taxas (por 10.000 hab) por grupos de ICSAP nas regiões brasileiras. 2014

Grupos/Regiões	N	NE	SE	S	CO	BR
G1 - Preveníveis por imunização	0,53	0,72	0,42	0,51	0,57	0,51
G2 - Condições evitáveis	1,48	1,65	1,15	1,42	1,03	1,30
G3 - Gastroenterites	19,59	9,32	4,16	5,10	7,73	6,75
G4 - Anemia	0,20	0,42	0,22	0,47	0,37	0,30
G5 - Deficiências nutricionais	1,32	1,15	0,87	1,07	0,92	0,99
G6 - Infecções VAS	1,30	0,76	0,97	1,38	1,40	1,04
G7 - Pneumonias	27,45	20,50	20,81	25,81	28,12	22,42
G8 - Asma	5,64	5,29	2,84	3,70	3,51	3,70
G9 - Doenças pulmonares	5,56	5,26	6,17	10,59	5,89	6,47
G10 - Hipertensão	2,73	2,57	2,51	1,63	2,22	2,41
G11 - Angina	2,40	4,40	5,02	13,94	7,49	6,00
G12 - Insuficiência cardíaca	6,83	8,96	8,95	11,57	9,94	9,20
G13 - Doenças cerebrovasculares	7,38	10,59	8,96	12,07	8,24	9,51
G14 - Diabetes mellitus	5,82	5,07	4,01	5,14	5,15	4,59
G15 - Epilepsias	1,40	2,00	2,64	3,80	2,36	2,54
G16 - Infecções urinárias	10,15	6,65	8,42	11,40	11,04	8,76
G17 - Infecção pele e subcutâneo	8,55	4,98	4,79	4,09	4,88	5,03
G18 - Inflamação de órgãos pélvicos	1,91	1,16	0,93	1,12	1,10	1,09
G19 - Úlcera gastrointestinal	3,26	3,45	3,84	4,80	3,53	3,81
G20 - Relacionadas ao pré-natal e parto	2,90	2,26	2,11	2,35	2,85	2,29
Média ICSAP por região	116,39	97,17	89,81	121,99	108,34	98,71

Fonte: BRASIL, 2014.

Nota: N - Norte, NE - Nordeste; SE - Sudeste; S - Sul; CO - Centro-Oeste.

Observa-se que as taxas de ICSAP apresentaram-se semelhantes entre as regiões brasileiras, variando entre 89,81/10.000 hab e 121,99/10.000 hab, com menor representação na região Sudeste, seguida do Nordeste, Centro-Oeste, Norte e a maior na região Sul. Em estudo realizado entre os anos de 1999 e 2007, o Sudeste também registrou as menores taxas de ICSAP (PROJETO ICSAP, 2012). No âmbito da saúde, a região Sudeste tem-se destacado pelo maior número médio de consultas médicas realizadas e menor proporção

de indivíduos internados entre as regiões do País. Entretanto, as maiores taxas registradas pela região Sul vão de encontro à característica de possuir os melhores indicadores de saúde (PEREIRA ET AL., 2014).

Direcionando-se o olhar isoladamente sobre as taxas dos três grupos mais prevalentes em cada uma das regiões, tem-se que os dados ratificam os grupos com maiores valores absolutos destacados na *tabela 2*.

Comparando-se as regiões entre si e identificando-se as regiões que

apresentaram as maiores taxas em cada grupo, tem-se que o Norte apresentou valores mais altos nas taxas de deficiências nutricionais, asma, hipertensão, DM, inflamação de órgãos pélvicos e doenças relacionadas ao pré-natal e parto, porém taxas com grande divergência entre as demais foram registradas pelas gastroenterites e infecção de pele e subcutâneo; o Nordeste, pelas doenças preveníveis por imunização e condições evitáveis, no entanto, sem muita discrepância em relação as demais; o Sudeste não apresentou nenhum grupo de patologia com a maior taxa entre as regiões; no Sul, observaram-se maiores taxas nos grupos de anemia, epilepsias, infecções urinárias e úlcera gastrointestinal, porém foram muito altas as taxas das doenças pulmonares, angina, IC e DCV; no Centro-Oeste, as infecções das Vias Aéreas Superiores e pneumonias, com leve aumento dessa últimas em relação as demais.

Corroborando os dados da região Sul, em estudo realizado em Curitiba entre anos de 2005 a 2007, as patologias angina pectoris, IC e gastroenterites infecciosas tiveram destaque (REHEM ET AL., 2013).

As regiões que apresentaram taxas muito superiores em relação as demais foram a Norte (gastroenterites e infecção de pele e tecido subcutâneo) e a Sul (doenças pulmonares, angina, IC e DCV), ressaltando-se as características socioeconômicas de cada localidade. A primeira com foco nas patologias infecciosas, relacionadas, em sua maioria, por práticas inadequadas de saneamento ambiental; e a segunda pelas patologias cardiopulmonares, resultantes das peculiaridades das atividades urbanas, representadas pela poluição, estresse, sobrecarga de trabalho, escassa disponibilidade de tempo para o lazer, descanso e atividades físicas que acenam os fatores de risco.

As limitações do estudo residem na utilização de banco de dados secundários, os quais estão sujeitos a erros de digitação e/

ou subnotificações, porém sua abrangência nacional permite a visualização de um panorama amplo das condições de saúde. No entanto, o uso contínuo dessas ferramentas com fins de ancoramento de pesquisas subsidia o alerta aos gestores dos sistemas de informação na cobrança de fidedignidade na alimentação dos bancos de dados, posto que, a partir deles, serão geradas publicações nacionais e internacionais sobre o sistema de saúde brasileiro.

Conclusões

Contabilizou-se, no ano de 2014, mais de 1 milhão de ICSAP no território brasileiro entre os municípios com mais de 100 mil habitantes, destacando-se, com maiores percentuais: as pneumonias, as DCV e a IC.

Com relação às taxas totais apresentadas entre as regiões, observam-se valores aproximados entre elas, permitindo inferir que, apesar da heterogeneidade demográfica e socioeconômica existente, grandes divergências quantitativas não são evidenciadas. Contudo, no que se refere às taxas dos grupos de ICSAP prevalentes por região, percebe-se que, apesar do destaque atingido pelas pneumonias, que ocupam o primeiro lugar em todas as regiões, é possível observar padrões de patologias distintas ocupando o segundo e terceiro lugares, variando entre gastroenterites, infecção urinária, IC, DCV e angina.

No horizonte imediato, esse cenário poderá servir de embasamento para os gestores no sentido de subsidiarem propostas de ações de saúde em sua localidade para reduzir as taxas por essas patologias, além de fornecer aos pesquisadores dessa área um panorama para aprofundamento das problemáticas que incitam a ocorrência das ICSAP.

Sobre a contribuição dos autores, enfatiza-se a colaboração efetiva de todos na concepção, delineamento, metodologia, interpretação de dados, redação e revisão crítica do manuscrito. ■

Referências

- ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.
- BARRETO, J. O. M.; NERY, I. S.; COSTA, M. S. C. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 515-526, 2012.
- BOCCHI, E. A. *et al.* Atualização da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica – 2012. *Arq Bras Cardiol*, Rio de Janeiro, v. 98, n. 1, supl. 1, p. 1-33, 2012.
- BOING, A. F. *et al.* Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, p. 359-366, 2012..
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 19 nov. 2015.
- . Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, n. 204, p. 55, 24 out. 2011.
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008. [Sem descrição]. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html>. Acesso em: 19 nov. 2015.
- . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012. Anexo A, 2012. 110 p. Disponível em: <189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2015.
- . *Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS)*. 2014. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901>>. Acesso em: 27 nov. 2015.
- CAMPOS, A. Z.; THEME-FILHA, M. M. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 845-855, 2012.
- ELIAS, E.; MAGAJEWSKI, F. A. Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. *Rev. Bras. Epidemiol*, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 633-647, 2008.
- FERREIRA, M., DIAS, B. M., MISHIMA, S. M. Internações por condições sensíveis: possibilidade de avaliação na atenção básica. *Rev. Eletr. Enf.*, [internet], v. 14, n. 4, p. 760-770, 2012. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/pdf/v14n4a03.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2015.
- FIGUEIREDO, E. N. *A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS*. 2012. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2015.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2014: metodologia*. 2014. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/nota_metodologica_2014.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2015.
- MENDES, E. V. Agora mais que nunca: uma revisão bibliográfica sobre atenção primária à saúde. In: OFICINAS de planificação da Atenção Primária à Saúde nos estados: cadernos de apresentação. Brasília, DF: CONASS, 2009. Disponível em: <www.conass.org.br/biblioteca/ccount/click.php?id=52>. Acesso em: 27 nov. 2015.
- MOURA, B. L. A. *et al.* Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*, Recife, v. 10, n. supl. 1, p. s83-s91, 2010.

- MURARO, C. F. *et al.* Estratégia Saúde da Família e as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária nos idosos. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 37, n. 1, p. 20-33, 2013.
- PEREIRA, F. J. R.; SILVA, C. C.; LIMA NETO, E. A. Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 331-342, 2014.
- PEREIRA, F. J. R. *et al.* Multiprofissionalidade em Saúde Cardiovascular: Atuação Integrada em Clínica Cirúrgica. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, João Pessoa, v. 17, n. 3, p. 209-216, 2013.
- PROJETO ICSAP. *Avaliação do impacto das ações do programa de saúde da família na Redução das internações hospitalares por condições sensíveis à Atenção básica em adultos e idosos*. Relatório final de pesquisa. Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3261.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2015.
- REHEM, T. C. M. S. B. *et al.* Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 884-890, 2013.
- SILVA, T. S.; PINTAS, C.; RAMALHO, W. *Internações hospitalares segundo Condições Sensíveis à Atenção Primária no DF: Análise dos anos de 2008 a 2012*. 51 f. 2013. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília. Brasília. 2013.
- VILLELA, L. C. M., GOMES, F. E., MELÉNDEZ, J. G. V. Mortality trend due to cardiovascular, ischemic heart diseases, and cerebrovascular disease. *Rev. Enferm. UFPE on line*, Recife, v. 8, n. 9, p. 3134-3141, 2014.

Recebido para publicação em março de 2015
Versão final em setembro de 2015
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Gestão do trabalho nos hospitais da 9ª região de saúde do Paraná

Work management in hospitals of Paraná's 9th health region

Cintia Teixeira Rossato Mora¹, Maria Lucia Frizon Rizzotto²

RESUMO Objetivou-se analisar a gestão do trabalho em 12 hospitais da 9ª Região de Saúde do Paraná. Estudo exploratório, por meio de entrevista semiestruturada com 116 profissionais: 52,59% de nível superior; 56,43% ingressaram por processo seletivo; 19,82% possuem mais de um vínculo; 21,43% com vínculos desprotegidos; 19,29% participam de atividades de educação permanente; nenhum hospital possui Plano de Carreira, Cargos e Salários. Conclui-se ser fundamental o Estado exercer seu papel de regulador, fiscalizador e controlador dos serviços de saúde, independentemente da titularidade de quem os execute, necessidades que podem interferir em melhores condições de trabalho, com impacto na qualidade da assistência.

PALAVRAS-CHAVE Recursos humanos em hospital; Gestão em saúde; Força de trabalho.

ABSTRACT *We aimed to analyze work management in 12 hospitals of Paraná's 9th Health Region. Exploratory study, conducted through semi-structured interview with 116 professionals: 52,59% of higher education; 56,43% enrolled through a selective process; 19,82% have more than one bond; 21,43% precarious bonds; 19,29% participate in ongoing activities of continuing education; no institution has a career plan formally instituted. We conclude that it is essential that the State to exercise its role as regulator, supervising and controlling health services, regardless of the ownership of those who perform them, needs that may interfere with better working conditions, impacting the quality of care.*

KEYWORDS *Personnel, hospital; Health management; Labor force.*

¹Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) - Foz do Iguaçu (PR), Brasil. cintiatr_mora@hotmail.com

²Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) - Cascavel (PR), Brasil. frizon@terra.com.br

Introdução

A garantia do direito universal à saúde repercutiu na ampliação das políticas públicas de saúde tanto em termos de cobertura como de investimentos em infraestrutura e pessoal, porém, ainda há temas cruciais que precisam ser equacionados, como a ordenação da formação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde (SUS) e a gestão do trabalho em saúde, ambos compondo a Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde (PNRHS) (CAMELO, 2009).

A gestão do trabalho em saúde envolve toda a vida funcional do trabalhador, desde o recrutamento, seleção, contratação, criação de espaços de discussão e negociação das relações de trabalho, Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), capacitação e educação permanente dos trabalhadores, até a valorização do trabalho e do trabalhador (VIANA, 2013). Segundo Pierantoni *et al.* (2008), a gestão do trabalho se relaciona com as especificidades da organização do sistema de saúde de cada país, podendo ser modificada de acordo com o contexto econômico e político nacional.

A reestruturação produtiva como resposta do capital à crise de acumulação impingiu mudanças profundas na organização, na regulação e na regulamentação do trabalho, interferindo diretamente nas formas de contratação, flexibilizando as relações de trabalho e terceirizando serviços com consequências na estrutura social, na qualidade dos serviços prestados e na legitimidade dos interesses trabalhistas (FREITAS; FUGULIN; FERNANDES, 2006).

No Brasil, as reformas neoliberais colocadas em prática na década de 1990 favoreceram a desregulamentação das relações de trabalho, fragilizando os vínculos empregatícios e os mecanismos de controle das relações trabalhistas (BARALDI *ET AL.*, 2008). No setor saúde, bem como no restante da economia, estabeleceram-se contratos precários, terceirização, sobrecarga de trabalho, condições e ambientes de trabalho inadequados e flexibilização da jornada de trabalho (CHIAVEGATO FILHO; NAVARRO, 2013).

Os problemas relacionados com a gestão do trabalho são apontados como fatores que influenciam na qualidade da atenção oferecida pelos diferentes serviços que compõem a rede do sistema de saúde nacional (BRASIL, 2005A).

A atenção hospitalar, como parte do SUS, é oferecida em hospitais de diferentes portes e se caracteriza por uma assistência especializada, que envolve profissionais de diversas categorias, com níveis de formação distintos e uma variedade de formas de vínculos em uma mesma instituição.

A presente pesquisa teve como objetivo analisar a gestão do trabalho em 12 hospitais da 9ª Região de Saúde do Paraná.

Procedimentos metodológicos

Trata-se de uma pesquisa exploratória, transversal, realizada entre abril de 2014 e fevereiro de 2015, que utilizou dados primários e secundários. Os dados primários foram obtidos por meio de pesquisa de campo, realizada com 116 profissionais de saúde que atuam nos 12 hospitais da 9ª Região de Saúde do Paraná. A amostra se deu por conveniência, com base na presença do trabalhador no momento da visita ao hospital e de sua aceitação em participar da pesquisa.

Para os dados secundários, utilizou-se o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Ressalta-se que a desatualização dos dados do CNES inviabilizou a coleta com base em amostra estratificada, uma vez que cerca de 30% dos profissionais que constavam do cadastro e foram selecionados em sorteio para a entrevista não atuavam mais no serviço quando realizada a visita. Posteriormente, verificou-se que 40 (34,5%) dos trabalhadores entrevistados também não constavam do CNES.

As entrevistas foram realizadas por meio de roteiro semiestruturado que contemplou aspectos sociodemográficos, de formação, gestão do trabalho e participação política

dos entrevistados, preenchido pelo próprio pesquisador em encontro presencial.

Os elementos utilizados para avaliar a gestão do trabalho, objeto do presente artigo, foram: a forma de ingresso, o tipo de vínculo empregatício, a existência de PCCS, de avaliação de desempenho, de progressão e promoção na carreira, de gratificação de função, de pagamento de incentivos e participação em processos de educação permanente.

Para a classificação de trabalho precário, utilizou-se como referência o Ministério da Saúde (2006, p. 4), que o define como aquele com ausência dos direitos trabalhistas e proteção social, como, “[...] a aposentadoria, o gozo de férias anuais, décimo terceiro salário e as licenças remuneradas de diversos tipos”. A partir desse conceito e oposto a ele, os vínculos que foram considerados como protegidos por garantirem esses benefícios foram o estatutário e o celetista.

Os dados referentes à gestão do trabalho foram agrupados por nível de ocupação (superior e técnico) e porte dos hospitais (pequeno, médio e grande). Para a análise, foi utilizado o programa estatístico *InStat GraphPad* versão 3.4, realizando o teste qui-quadrado, considerando como nível de significância o valor de $p \leq 0,05$.

Todos os profissionais entrevistados receberam informações quanto aos objetivos da pesquisa e garantia de sigilo das informações, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da instituição de ensino, com parecer nº 535.238/2013.

Resultados e discussão

Na 9ª Região de Saúde do Paraná, composta por 9 municípios (Foz do Iguaçu, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu, Itaipulândia, Medianeira, Matelândia, Serranópolis do Iguaçu, Ramilândia e Missal), existem 12 hospitais com 795 leitos

no total, excluindo-se os complementares (leitos de unidades de terapia intensiva) para atender uma população de 388.795 habitantes (IBGE, 2010). De acordo com dados do CNES coletados em 2014 nesses estabelecimentos estavam cadastrados 1.600 profissionais com formação específica em saúde (BRASIL, 2014).

Em relação ao porte dos hospitais, 8 (66,66%) são de pequeno porte (com até 50 leitos), 3 (25%) são de médio porte (de 51 a 150 leitos) e 1 (8,33%) é de grande porte (de 151 a 500 leitos). Quatro hospitais (33,33%) situam-se no município de Foz do Iguaçu (1 de pequeno porte, 2 de médio e 1 de grande porte), 1 (8,33%) em Santa Terezinha de Itaipu (pequeno porte), 2 (16,66%) em Missal (ambos de pequeno porte), 3 (25%) em Medianeira (1 de médio e 2 de pequeno porte), 1 (8,33%) em Itaipulândia (pequeno porte) e 1 (8,33%) em Matelândia (pequeno porte). Todos os hospitais oferecem atenção ambulatorial e hospitalar, mas apenas um é referência para a alta complexidade.

Entre os 12 hospitais existentes na região, 10 (83,33%) são instituições privadas e 2 (16,66%) públicas, sendo um de pequeno e outro de médio porte, ambos municipais. Apenas 4 (33,33%) hospitais privados de pequeno porte não atendem ao SUS. Entre os hospitais privados, 3 (30%) são entidades beneficentes sem fins lucrativos, 1 (10%) é fundação privada e 6 (60%) são empresas privadas com fins lucrativos.

Dos 116 profissionais entrevistados, 61 (52,59%) possuem formação em nível superior e 55 (47,41%) em nível técnico, o que correspondeu, respectivamente, a 8,51% e 6,23% do universo registrado no CNES. A maioria (72,41%) é do gênero feminino, 70,69% residentes em Foz do Iguaçu, 60,34% pertencem à equipe de enfermagem (enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem), 11,21% são médicos, 7% farmacêutico, 7% fisioterapeuta e outras 8 profissões apresentaram menor porcentagem (tabela 1). A idade média é de $38,20 \pm 14,73$ anos e o tempo de atuação nas instituições é de $6,79 \pm 7,57$ anos (dados não constantes na tabela).

Tabela 1. Número e porcentagem dos profissionais de saúde, segundo o gênero, município de residência, nível de formação e profissão. Hospitais da 9ª Região de Saúde/PR, 2015

Características	n=116	
	n	%
Gênero		
Feminino	84	72,41
Masculino	32	27,59
<i>Total</i>	116	100
Município de Residência		
Foz do Iguaçu	82	70,69
Demais municípios da 9ª Região de Saúde	33	28,45
Município de outra Região de Saúde	1	0,86
<i>Total</i>	116	100
Nível de formação		
Superior	61	52,59
Técnico	55	47,41
<i>Total</i>	116	100
Profissão		
Técnico de enfermagem	31	26,72
Auxiliar de enfermagem	25	21,55
Enfermeiro	14	12,07
Médico	13	11,21
Farmacêutico	7	6,03
Fisioterapeuta	7	6,03
Nutricionista	5	4,31
Biomédico	4	3,45
Psicólogo	3	2,59
Assistente social	2	1,72
Técnico de radiologia	2	1,72
Dentista	1	0,86
Fonoaudióloga	1	0,86
Auxiliar de farmácia	1	0,86
<i>Total</i>	116	100

Fonte: Elaboração própria.

Os dados confirmam a forte presença feminina no setor saúde, realidade também encontrada em estudo do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (2006) que identificou o predomínio de mulheres (mais de 70%) nas regiões metropolitanas do Brasil

trabalhando nos serviços de saúde, com faixa etária superior a 25 anos.

Outro aspecto a ressaltar é a ampliação da equipe multiprofissional no ambiente hospitalar, no qual 14 profissões fizeram parte da amostra (*tabela 1*). Isso parece ser uma tendência diante da complexificação dos problemas

de saúde que exige uma equipe multidisciplinar para atender às demandas e necessidades dos pacientes, mas também pode significar uma maior fragmentação do cuidado em saúde se o processo de trabalho não for orientado pelo princípio da integralidade e por uma concepção ampliada do processo saúde-doença.

Em relação à forma de ingresso, os tipos de vínculos, as relações de trabalho e a educação permanente, levou-se em consideração a totalidade dos vínculos em hospitais (140). Isso porque 23 profissionais (19,82%) possuíam mais de um vínculo, sendo 22 (18,96%) com 2 vínculos, 8 (36,36%) com formação em nível superior e 14 (63,64%) com formação em nível técnico, 1 (0,86%) profissional médico tinha 3 vínculos com diferentes hospitais.

Quando considerados todos os vínculos dos entrevistados (hospitais e outros serviços), 55 profissionais (47,41%) tinham mais de 1 vínculo, sendo 46 (39,66%) com 2 vínculos e 9 (7,76%) com 3 vínculos. Identificou-se que, dos profissionais com 2 vínculos, 23 (50%) possuíam nível superior e 23 (50%) nível técnico. Já dos 9 profissionais entrevistados com 3 vínculos, 8 (89%) eram de nível superior, identificando-se 5 médicos, 1 fisioterapeuta, 1 enfermeiro, 1 farmacêutico e 1 técnico de radiologia. A média de empregos por profissional foi de 1,5, sendo relatados empregos em clínicas, laboratórios, consultórios particulares, atendimentos domiciliares, Atenção Básica, especializada e atividades de ensino, tanto em cursos de nível técnico como de nível superior (dados não constam em tabelas).

Uma importante quantidade de vínculos entre os médicos também foi identificada por Maciel *et al.* (2010), que, ao avaliarem o número de vínculos dos médicos do SUS no Ceará, observaram que 53,5% possuíam entre 2 e 4 vínculos, e 0,6% de 11 a 20 vínculos. Essa situação pode ser facilitada pelo trabalho autônomo em que, apesar de não usufruírem dos direitos sociais, flexibiliza a jornada de trabalho, permitindo maior quantidade de vínculos e melhor renda.

O aumento no número de vínculos se traduz em uma extensão da jornada de trabalho que o trabalhador se propõe a realizar para complementar a renda, mas, como consequência, “determinam uma pluralidade de agravos à saúde e na manifestação do desgaste e do sofrimento difuso dos trabalhadores” (PINA; STOTZ, 2014, P. 150).

No que se refere à forma de ingresso, pouco mais da metade dos entrevistados (56,43%) ingressaram nas instituições hospitalares por meio de processo seletivo. Quando calculado separadamente, observou-se diferença significativa entre os profissionais de nível técnico e os de nível superior, em que apenas 28 (41,17%) dos 68 profissionais de nível superior ingressaram na instituição por meio de mecanismos que têm como base o mérito (processo seletivo ou concurso), enquanto no nível técnico esse valor foi de 75%. A carta-convite (10,71%) e a indicação (10%) são mecanismos frequentes de ingresso nos hospitais, especialmente no caso dos profissionais de nível superior (*tabela 2*).

Em pesquisa recente na Atenção Básica do Paraná, Nunes *et al.* (2015) identificaram que 79,3%, dos entrevistados foram selecionados por processos seletivos ou concurso público. Os dados da presente pesquisa mostram que, nos hospitais, esse aspecto da gestão do trabalho ainda é pouco utilizado. Uma possível explicação pode estar no fato de a maioria dos hospitais estudados serem privados, embora mesmo nos dois hospitais públicos, em apenas um identificou-se o concurso público como forma de ingresso.

Entre as outras formas de ingresso do profissional de nível superior (11 no total), 9 informaram que foi por empresa terceirizada e 2 eram proprietários. A terceirização das atividades-fim não está regulamentada no Brasil, e na área da saúde dificulta a inserção dos trabalhadores nas rotinas e nos processos desenvolvidos dentro das instituições. A terceirização muitas vezes deixa o trabalhador desprotegido, pois não raro ocorre o descumprimento de

responsabilidades trabalhistas, como o recolhimento de impostos, que afeta diretamente a aposentadoria e o seguro desemprego

dos trabalhadores, inviabilizando o acesso a um conjunto de direitos relacionados com a seguridade social (COMARU, 2011).

Tabela 2. Forma de ingresso, tipos de vínculos e educação permanente em hospitais da 9ª Região de Saúde/PR, segundo o nível de formação, 2015

Gestão do Trabalho	Nível Superior		Nível Técnico		Total		valor p
	n=68		n=72		n=140		
	n	%	n	%	n	%	
Forma de ingresso							
Processo seletivo	26	18,57	53	37,86	79	56,43	
Análise de currículo	4	2,86	0	0,00	4	2,86	
Carta-Convite	11	7,86	4	2,86	15	10,71	
Concurso	2	1,43	1	0,71	3	2,14	0,0007
Entrevista	7	5,00	5	3,57	12	8,57	
Indicação	7	5,00	7	5,00	14	10,00	
Outros	11	7,86	2	1,43	13	9,29	
<i>Total</i>	68	48,57	72	51,43	140	100	
Tipos de vínculos							
CLT	39	27,86	68	48,57	107	76,43	
Autônomo	21	15,00	3	2,14	24	17,14	
Contrato informal	1	0,71	0	0,00	1	0,71	
Cargo de confiança	1	0,71	0	0,00	1	0,71	0,0001
Cooperativa	2	1,43	0	0,00	2	1,43	
Proprietário	2	1,43	0	0,00	2	1,43	
Estatutário	2	1,43	1	0,71	3	2,14	
<i>Total</i>	68	48,57	72	51,43	140	100	
Educação permanente							
Contínua	11	7,9	16	11,43	27	19,29	
Esporádica	30	21,4	40	28,57	70	50,00	
Não	27	19,3	14	10,00	41	29,29	0,039
Não sabe/não informou	0	0,0	2	1,43	2	1,43	
<i>Total</i>	68	48,57	72	51,43	140	100	
Assalariados	43	30,71	69	49,29	112	80	
Não assalariados	25	17,86	3	2,14	28	20	<0,0001
<i>Total</i>	68	48,57	72	51,43	140	100	

Fonte. Elaboração própria.

Nota: CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas.

Quando considerados em seu conjunto, os vínculos protegidos (celetista e estatutário)

atingiram 78,57% da amostra (*tabela 2*), mas quando analisados separadamente, no nível técnico, em apenas três casos (4,16%) encontrou-se vínculo precário (autônomo), enquanto no nível superior 39,70% dos casos são de vínculos precários, sendo que a maioria (30,88%) se declarou autônomo. Entre os médicos, odontólogo e fonoaudiólogo, 100% são autônomos (desprotegidos), enquanto os farmacêuticos, psicólogos, biomédicos e assistentes sociais todos apresentaram vínculos protegidos.

Os três vínculos estatutários (dois de nível superior e um técnico) são de profissionais que atuam em um mesmo hospital público de pequeno porte; isso não impede que outros profissionais dessa amostra também atuem com outros tipos de vínculos em serviços públicos não relacionados com o ambiente hospitalar.

Em trabalho recente, Eberhardt, Carvalho e Murofuse (2015) avaliaram o cenário da precarização em todos os níveis de atenção na Macrorregião Oeste/PR, que abarca a região de saúde do presente estudo, identificando que 85,28% dos vínculos precários estavam entre os profissionais de nível superior. Valor inferior ao encontrado no presente estudo, no qual dos 30 vínculos precários identificados, 27 (90%) estão nesse nível de formação. No estudo citado, os médicos se destacaram com 78,88% de vínculos precários, já neste estudo, como indicado acima, 100% dos médicos entrevistados (13) apresentaram vínculos sem proteção social.

A vinculação formal dos médicos, em todo o mundo, apresenta uma grande diversidade desde a condição de pessoa física empregada assalariada pelo hospital, contratos por tempo indeterminado, até a condição de autônomo prestador eventual de serviço (GIRARDI; CARVALHO; GIRARDI, 2007).

Nunes *et al.* (2015) encontraram em pesquisa na Atenção Básica 18,8% de vínculos precários. No estudo de Eberhardt, Carvalho e Murofuse (2015), de todos os vínculos

precários encontrados, 53,45% estavam na atenção hospitalar, o que reforça que nesse nível de atenção o trabalho precário é ainda o mais frequente, atingindo, sobretudo, os profissionais de nível superior.

Os vínculos protegidos além de garantirem direitos aos trabalhadores e proteção social, tendem a manter contratos de trabalho por períodos maiores, com menor rotatividade de profissional. Segundo São Paulo (2010), somente uma parcela dos médicos apresenta trabalho formalizado (celetista ou funcionário público), sendo as situações mais frequentes as cooperativas e autônomos; entre os profissionais de outras categorias, como enfermeiro, nutricionistas, entre outros, também podem ocorrer esses vínculos, porém em menor proporção.

No que se refere à educação permanente, entre os hospitais que a realizam, o estudo mostrou que a maioria (50%) dos estabelecimentos o faz de maneira esporádica, em apenas 19,29% é contínua, com destaque para ações voltadas ao profissional de nível técnico, sendo 28,73% esporádica e 11,43% contínua (*tabela 2*).

A educação permanente, segundo a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS (BRASIL, 2004), busca promover a aprendizagem com base na reflexão crítica e problematização do processo de trabalho sobre as vivências reais nos serviços de saúde. Deve se orientar pelas necessidades de saúde das pessoas e da população, da gestão setorial e do controle social em saúde.

No estudo de Tronchin *et al.* (2009), que avaliaram três hospitais em São Paulo, demonstrou-se que as atividades de educação realizadas eram, em sua maioria, direcionadas aos profissionais de nível superior, para a execução de técnicas e recuperação da saúde em áreas específicas, reforçando um modelo individual com ações fragmentadas, distante das concepções e propostas das políticas públicas orientadas para a integralidade, trabalho em equipe e interdisciplinar da educação permanente.

No presente estudo, os entrevistados com nível técnico relataram maior quantidade de atividades de educação permanente tanto esporádicas (28,57%) como contínuas (11,43%). Em relação aos profissionais de nível superior, apenas 7,9% informaram realizar atividades de educação continuada e 21,4% esporádica (tabela 2). Isso pode indicar que as atividades de educação permanente realizadas têm como objetivo aprimorar procedimentos, protocolos e rotinas, sem efetivamente ser um processo de desenvolvimento visando à desalienação do trabalhador.

O PCCS é um mecanismo de gestão do trabalho que contempla, entre outros, os tipos de vínculos, as formas de remuneração, os meios para a progressão e promoção da carreira, sendo um incentivo para a maior fixação dos profissionais nos serviços de saúde (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004).

Em nenhum dos 12 hospitais, campo do estudo, existe PCCS implantado oficialmente, mesmo assim, 21,43% dos trabalhadores relataram a sua presença nas instituições onde atuam, principalmente, os de nível técnico (19,29%). Além de 8,57% não saberem informar se havia PCCS em seus locais de trabalho, evidenciando a dificuldade dos trabalhadores em compreender a importância desse mecanismo para a sua segurança e mesmo de lutar pela existência de planos em suas instituições. Nesse sentido, certa conformação pode ser evidenciada pela baixa participação política dos trabalhadores em que apenas 15 (12,93%) deles informaram participar de sindicatos da categoria.

A implantação do PCCS tem sido referida como fundamental na fixação dos trabalhadores e para o desenvolvimento gerencial dos serviços de saúde, e consequentemente para a consolidação do SUS.

O Ministério da Saúde acredita que o PCCS-SUS representa avanços tanto no sentido de regular as relações de trabalho como, também, no desenvolvimento do trabalhador,

estabelecendo as possibilidades concretas de consolidação da carreira como instrumento estratégico para o fortalecimento e a consolidação do SUS. (BRASIL, 2005B, P. 20)

Apesar da importância do PCCS para a gestão do trabalho na saúde, parece não ser prioridade, em especial nos hospitais privados, que realizam remunerações diferenciadas para uma mesma categoria profissional, aumentando a rotatividade dos trabalhadores, interferindo na satisfação profissional e na qualidade dos serviços oferecidos à população. A ausência de PCCS ou mesmo de outros mecanismos de gestão do trabalho nas instituições que prestam serviços de saúde, considerados 'de relevância pública' pela Constituição Federal, revela a pouca capacidade de regulação do Estado brasileiro, uma vez que a própria Constituição Federal afirma que, independentemente de serem públicas ou privadas, as ações de saúde devem ser reguladas, fiscalizadas e controladas pelo Poder Público (BRASIL, 1988). De acordo com Santos (2015), um traço em comum de todas as instituições que prestam serviços de saúde é a sua natureza pública, independentemente de a titularidade ser pública ou privada.

Ao verificar a faixa salarial, identificou-se que 70,71% dos profissionais recebem de R\$ 1.000,00 a R\$ 3.000,00. No nível técnico os salários são mais baixos em relação ao nível superior, com diferença estatística ($p < 0,0001$). A média salarial foi de R\$ 3.198,00 \pm 4.025,25; a partir de R\$ 7.000,00, identificou-se apenas na categoria médica. Para comparar o salário entre os diferentes profissionais, foram calculados os valores registrados e convertidos para 36 horas, sendo evidenciada uma maior divergência com uma média de R\$ 5.953,11 \pm 19.236,27 (dados que não constam em tabela).

A valorização da categoria médica em relação às outras profissões da área da saúde é um processo construído histórica e socialmente. Esse trabalhador é visto como o principal responsável pelo cuidado,

especialmente no espaço hospitalar, pela responsabilidade/poder de internar e decidir sobre a alta dos pacientes, além de prescrever ações com desdobramentos para toda a equipe multiprofissional.

Entretanto, contraditoriamente, são os profissionais mais fragilizados do ponto de vista da proteção social, pois enquanto para a maioria (80%) dos profissionais entrevistados a forma de contratação é a assalariada, para 100% dos médicos a forma encontrada foi a não assalariada (*tabela 2*). Segundo Girardi, Carvalho e Girardi (2007), a forma pagamento-tempo, típica dos assalariados que recebem a partir de uma carga horária predeterminada, é a mais frequente nas categorias profissionais, com exceção do médico.

Ao analisar a existência de avaliação de desempenho nas instituições, observou-se uma maior frequência de relatos (20%) no nível técnico (*tabela 3*), o que pode estar relacionado com o tipo de trabalho que realizam, em geral, supervisionados por um profissional de nível superior e pela maior quantidade de vínculos protegidos nesse nível de formação (*tabela 2*). Mesmo assim, ainda é muito baixa a porcentagem de trabalhadores que afirmaram passar por avaliação de desempenho periódica e formalmente. Certamente, no cotidiano do trabalho, isso pode estar ocorrendo informalmente.

Ainda, com destaque para o nível técnico, com diferença estatística, 27,14% identificaram progressão e promoção na carreira, porém, o critério utilizado na grande maioria

Tabela 3. PCCS e mecanismos de gestão do trabalho em hospitais da 9a Região de Saúde/PR, segundo o nível de formação, 2015

Gestão do trabalho	Nível Superior n=68		Nível Técnico n=72		Total n=140		valor p
	n	%	n	%	n	%	
PCCS							
Não	59	42,14	39	27,86	98	70,00	<0,0001
Não sabe/não informou	6	4,29	6	4,29	12	8,57	
Sim	3	2,14	27	19,29	30	21,43	
<i>Total</i>	68	48,57	72	51,43	140	100	
Avaliação de desempenho							
Não	57	40,71	37	26,43	94	67,14	0,0002
Não sabe/não informou	3	2,14	7	5,00	10	7,14	
Sim	8	5,71	28	20,00	36	25,71	
<i>Total</i>	68	48,57	72	51,43	140	100	
Progressão e promoção na carreira							
Não	55	39,29	33	23,57	88	62,86	<0,0001
Não sabe/não informou	3	2,14	1	0,71	4	2,86	
Sim	10	7,14	38	27,14	48	34,29	
<i>Total</i>	68	48,57	72	51,43	140	100	
Pagamento de gratificação							
Não	51	36,43	63	45,00	114	81,43	0,062
Não sabe/não informou	3	2,14	4	2,86	7	5,00	
Sim	14	10,00	5	3,57	19	13,57	
<i>Total</i>	68	48,57	72	51,43	140	100	

Tabela 3. (cont.)

Pagamento de incentivo							
Não	52	37,14	46	32,86	98	70,00	0,198
Não sabe/não informou	0	0,00	1	0,71	1	0,71	
Sim	16	11,43	25	17,86	41	29,29	
<i>Total</i>	68	48,57	72	51,43	140	100	

Fonte. Elaboração própria.

Nota: PCCS - Plano de Carreira, Cargos e Salários.

foi a formação, com implicações na mudança de função (*tabela 3*).

Em relação ao pagamento de gratificações, foi citado em maior número pelos profissionais de nível superior (10%) do que pelos de nível técnico (3,57%), provavelmente porque os cargos de chefias em geral são exercidos por profissional de nível superior. Já no que se refere ao pagamento de incentivos, embora apenas 29,29% dos trabalhadores tenham afirmado receber algum incentivo, isso ocorreu mais entre os profissionais de nível técnico (11,43%) (*tabela 3*).

O incentivo é um mecanismo de premiação frequentemente utilizado para manter os melhores profissionais na instituição e para reduzir o absenteísmo. Isso foi confirmado pelos dados da pesquisa na qual 20,71% dos profissionais informaram receber incentivo para redução do absenteísmo, principalmente entre os profissionais do nível técnico (14,29%). No nível superior, além da redução do absenteísmo (6,43%) também foi relatada a gratificação por função (6,43%) (*tabela 4*). A falta/inexistência de gratificações/incentivos pode levar à alta rotatividade, insatisfação no trabalho, desvalorização do

Tabela 4. Pagamento de gratificação ou incentivos em hospitais da 9ª Região de Saúde/PR, segundo o nível de formação, 2015

Pagamentos de gratificação ou incentivos	Nível Superior		Nível Técnico		Total		valor p
	n=68		n=72		n=140		
	n	%	n	%	n	%	
Tempo de serviço							
Sim	2	1,43	3	2,14	5	3,57	0,69
Não	66	47,14	69	49,29	135	96,43	
<i>Total</i>	68	48,57	72	51,43	140	100	
Vale-refeição							
Sim	4	2,86	2	1,43	6	4,29	0,62
Não	64	45,71	70	50,00	134	95,71	
<i>Total</i>	68	48,57	72	51,43	140	100	
Por função							
Sim	9	6,43	0	0,00	9	6,43	0,0044
Não	59	42,14	72	51,43	131	93,57	
<i>Total</i>	68	48,57	72	51,43	140	100	

Tabela 4. (cont.)

Plano de saúde							
Sim	3	2,14	2	1,43	5	3,57	
Não	65	46,43	70	50,00	135	96,43	0,94
<i>Total</i>	68	48,57	72	51,43	140	100	
Redução do absenteísmo							
Sim	9	6,43	20	14,29	29	20,71	0,055
Não	59	42,14	52	37,14	111	79,29	
<i>Total</i>	68	48,57	72	51,43	140	100	
Adesão às rotinas							
Sim	1	0,71	0	0,00	0	0,00	0,97
Não	67	47,86	72	51,43	73	52,14	
<i>Total</i>	68	48,57	72	51,43	73	52,14	
Auxílio para filhos							
Sim	0	0,00	1	0,71	1	0,71	0,32
Não	68	48,57	71	50,71	139	99,29	
<i>Total</i>	68	48,57	72	51,43	140	100	
Exclusividade de trabalho							
Sim	1	0,71	0	0,00	1	0,71	0,97
Não	67	47,86	72	51,43	139	99,29	
<i>Total</i>	68	48,57	72	51,43	140	100	
Produtividade							
Sim	0	0,00	2	1,43	2	1,43	0,32
Não	68	48,57	70	50,00	70	50,00	
<i>Total</i>	68	48,57	72	51,43	72	51,43	

Fonte: Elaboração própria.

trabalhador e alto índice de absenteísmo. Uma forma comumente empregada é de ‘premiar’ os trabalhadores mais assíduos.

Ao analisar a forma de ingresso, o tipo de vínculo, PCCS e educação permanente de acordo com o porte hospitalar, observa-se que quanto menor o porte hospitalar maior a diversidade de formas de ingresso e de tipos de vínculos (*tabela 5*). Em relação aos tipos de vínculos, nos hospitais de grande porte (1) e médio porte (3), identificaram-se apenas vínculos celetistas e autônomos, enquanto nos hospitais de pequeno porte (8) observa-se

contrato informal, cargo de confiança, cooperativa, proprietário e estatutário. Esse dado pode ser relacionado com as diversas formas de ingresso nos hospitais de pequeno porte.

O porte dos hospitais, segundo o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), pode influenciar no melhor desempenho em relação à gestão organizacional, apoio técnico e logístico e gestão da atenção à saúde. Os requisitos exigidos dos serviços de maior complexidade são mais cumpridos em relação aos de menor complexidade, podendo se associar ao maior número de

Tabela 5. Forma de ingresso, tipos de vínculos, PCCS, educação permanente, gratificações e incentivos nos hospitais da 9ª Região de Saúde/PR, segundo o porte dos hospitais, 2015

Variáveis	Grande Porte n=71	%	Médio Porte n=27	%	Pequeno Porte n=42	%	Total n=140	%	p
<i>Forma de ingresso</i>									
Processo seletivo	59	42,14	10	7,14	10	7,14	79	56,43	
Análise de currículo	0	0,00	1	0,71	3	2,14	4	2,86	
Carta-Convite	1	0,71	5	3,57	9	6,43	15	10,71	
Concurso	0	0,00	0	0,00	3	2,14	3	2,14	<0,0001
Entrevista	3	2,14	4	2,86	5	3,57	12	8,57	
Indicação	0	0,00	5	3,57	9	6,43	14	10,00	
Outros	8	5,71	2	1,43	3	2,14	13	9,29	
<i>Total</i>	71	50,71	27	19,29	42	30,00	140	100,00	
<i>Tipos de vínculos</i>									
CLT	62	44,29	21	15,00	24	17,14	107	76,43	
Autônomo	9	6,43	6	4,29	9	6,43	24	17,14	
Contrato informal	0	0,00	0	0,00	1	0,71	1	0,71	0,013
Cargo de confiança	0	0,00	0	0,00	1	0,71	1	0,71	
Cooperativa	0	0,00	0	0,00	2	1,43	2	1,43	
Proprietário	0	0,00	0	0,00	2	1,43	2	1,43	
Estatutário	0	0,00	0	0,00	3	2,14	3	2,14	
<i>Total</i>	71	50,71	27	19,29	42	30,00	140	100,00	
<i>PCCS</i>									
Não	45	32,14	17	12,14	36	25,71	98	70,00	
Não sabe/não informou	6	4,29	4	2,86	2	1,43	12	8,57	0,079
Sim	20	14,29	6	4,29	4	2,86	30	21,43	
<i>Total</i>	71	50,71	27	19,29	42	30,00	140	100,00	
<i>Educação permanente</i>									
Contínua	14	10,00	7	5,00	6	4,29	27	19,29	
Esporádica	46	32,86	9	6,43	15	10,71	70	50,00	
Não	11	7,86	10	7,14	20	14,29	41	29,29	0,0031
Não sabe/não informou	0	0,00	1	0,71	1	0,71	2	1,43	
<i>Total</i>	71	50,71	27	19,29	42	30,00	140	100,00	
<i>Gratificações</i>									
Não	54	38,57	25	17,86	35	25,00	114	81,43	
Não sabe/não informou	7	5,00	0	0,00	0	0,00	7	5,00	0,07
Sim	10	7,14	2	1,43	7	5,00	19	13,57	
<i>Total</i>	71	50,71	27	19,29	42	30,00	140	100,00	
<i>Incentivos</i>									
Não	40	28,57	25	17,86	33	23,57	98	70,00	
Não sabe/não informou	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0,0008
Sim	31	22,14	2	1,43	9	6,43	42	30,00	
<i>Total</i>	71	50,71	27	19,29	42	30,00	140	100,00	

Fonte: Elaboração própria.

Nota: CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas; PCCS - Plano de Carreira, Cargos e Salários.

ações de políticas públicas, além disso, esses hospitais podem oferecer melhores condições para garantia da qualidade (BRASIL, 2007).

Em relação à existência de PCCS, no hospital de grande porte, 14,29% dos entrevistados confirmaram a sua presença, embora se constatou que em nenhum hospital da região existe PCCS instituído. Isso porque nos hospitais de grande porte a existência de mecanismos de incentivos está mais formalizada, assim alguns profissionais podem compreendê-la de maneira equivocada. Apesar da utilização dos incentivos ser uma estratégia que pode complementar a renda dos profissionais e valorizá-los, poucas evidências foram demonstradas na sua verdadeira efetividade ou impactos assistenciais (DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012).

Por fim, em relação à educação permanente, nota-se também uma maior presença no hospital de grande porte, que quando somadas de maneira contínua e esporádica atingiu 42,86%. A educação permanente, segundo um estudo de quatro hospitais em Santa Catarina, identificou como obstáculos a falta de um planejamento institucional, não a caracterizando como uma prioridade nos hospitais diante dos problemas relatados, como falta de pessoal, desmotivação e sobrecarga de trabalho (LINO ET AL., 2009).

Conclusões

No que se refere à gestão do trabalho nos 12 hospitais da 9ª Região de Saúde do Paraná, cabe destacar o alto percentual de vínculos precários, especialmente entre os médicos, odontólogos e fonoaudiólogos, que atingiu 100% dos trabalhadores entrevistados. Os mecanismos de ingresso baseados em

critérios subjetivos, como carta-convite (10,71%), indicação (10%) e outros (9,29%); e a ausência de PCCS, que além de não definir claramente os salários e a carreira na instituição, deixam o trabalhador a mercê das decisões do empregador, podendo ser um elemento desmotivador com repercussões na qualidade do cuidado oferecido à população. Um sinalizador importante de certo conformismo com a situação e mesmo de alienação do trabalhador foi a baixa participação política, em que apenas 12,93% dos entrevistados relataram participar de sindicatos.

A situação encontrada nos hospitais da 9ª Região de Saúde do Paraná pode se repetir em outras regiões do estado e mesmo em nível nacional. Considerando que dos 6.701 hospitais existentes no País, 70% são privados (BRASIL, 2014) e que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, parece urgente que o Estado brasileiro de fato exerça seu papel constitucional de regulador, fiscalizador e controlador dos serviços de saúde, independentemente da titularidade de quem os execute. Isso parece essencial para que os hospitais se integrem, efetivamente, nas redes de atenção à saúde, para que os trabalhadores tenham respaldo para se organizarem e reivindicarem melhores condições de trabalho e, assim, a população possa ter uma assistência de qualidade de acordo com o modelo que o SUS propõe.

Por fim, reconhece-se os limites do trabalho que não contemplaram os gestores dos hospitais como sujeitos da pesquisa, bem como questões relacionadas com os processos decisórios internos e mecanismos de participação dos trabalhadores na condução do processo de trabalho nas instituições pesquisadas. ■

Referências

- BARALDI, S. *et al.* Globalização e seus impactos na vulnerabilidade e flexibilização das relações do trabalho em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 539-548, 2008. Disponível em: <<http://www.revista.epsv.fiocruz.br/index.php?Area=ResultadoBusca&Nume=224>>. Acesso em: 20 mar. 2013.
- BRASIL. *Constituição (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 14 set. 2015.
- _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_tripartite.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. *Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2013.
- _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde: agenda positiva do departamento de estágio e da regulação do trabalho em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_positiva.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2013.
- _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas e respostas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2013.
- _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. *Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/pnass.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2015.
- _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 15 abr. 2014.
- CAMELO, S. H. H. Políticas de recursos humanos: Sistema Único de Saúde, bases legais e implicações para a enfermagem. *Rev Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 589-594, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a23.pdf>>. Acesso em: 20 de jan. 2014.
- CHIAVEGATO FILHO, L. G.; NAVARRO, V. L. A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e avanço da ideologia gerencialista. In: LOURENÇO, E. S.; NAVARRO, V. L. (Org.). *O avesso do trabalho III: saúde do trabalhador e questões contemporâneas*. São Paulo: Outras Expressões, 2013.
- COMARU, C. M. *Estresse psicossocial e vínculo profissional em trabalhadores de enfermagem: uma análise da flexibilização do trabalho a partir da escala desequilíbrio esforço-recompensa*. 2011. 89 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.
- DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIESS). *O Trabalhador de saúde em seis regiões metropolitanas brasileiras*. Nota técnica, n. 33, set. 2006. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/notatecnica/2006/notatec33saude.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2013.
- DITTERICH, R. G.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 615-627, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/02.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2015.
- EBERHARDT, L. D.; CARVALHO, M.; MUROFUSE, N. T. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da

- precarização na macrorregião Oeste do Paraná. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 18-29, jan./mar. 2015.
- FREITAS, G. F.; FUGULIN, F. M. T.; FERNANDES, M. F. P. A regulação das relações de trabalho e o gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 434-438, 2006.
- GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L.; GIRARDI, L. G. *Modalidades de contratação e remuneração do trabalho médico: os conceitos e evidências internacionais*. Organização Pan-Americana da Saúde, PWR-Brasil, Belo Horizonte, 2007. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESCON-UFMG/Modalidades_contratacao_trabalho_medico.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2015.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Cidades*, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 3 maio 2014.
- LINO, M. M. *et al.* Educação permanente dos serviços públicos de saúde de Florianópolis, Santa Catarina. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 115-136, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r238.pdf>>. Acesso em: 25 de out. 2015.
- MACIEL, R. H. *et al.* Multiplicidade de vínculos de médicos no Estado do Ceará. *Rev Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 5, p. 950-956, out. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n5/1652.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2013.
- NUNES, E. F. A. *et al.* Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 29-41, jan./mar. 2015.
- PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BARROS, A. F. R.; SANTANA, J. P.; SANTOS NETO, P. M. (Org.). *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*, Brasília, DF: Ministério da Saúde/OPAS, v. 4, 2004. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Livro_inteiro_portugues.pdf>. Acesso em: 20 maio 2013.
- PIERANTONI, C. R. *et al.* Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Rev Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008.
- PINA, J. A.; STOTZ, E. N. Intensificação do trabalho e saúde do trabalhador: uma abordagem teórica. *Rev Bras Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 39, n. 130, p. 150-160, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572014000200150>. Acesso em: 4 ago. 2015.
- SANTOS, L. A natureza jurídica pública dos serviços de saúde e o regime de complementaridade dos serviços privados à rede pública do Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 815-829, set. 2015. Disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3115>. Acesso em: 14 set. 2015.
- SÃO PAULO. *Indicadores de gestão do trabalho e da educação na área da saúde*. São Paulo: Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.obsevasaude.sp.gov.br>>. Acesso em: 25 maio 2013.
- TRONCHIN, D. M. R. *et al.* Educação permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 43, esp. 2, p. 1210-1215, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/al1v43s2.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2015.
- VIANA, D. L. *Gestão do trabalho em saúde: revisão da literatura por meio de scoping review*. 2013. 170 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-28032013-142152/pt-br.php>>. Acesso em: 12 jul. 2013.

Recebido para publicação em maio de 2015

Versão final em outubro de 2015

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Financiado pela Fundação Araucária – edital PPSUS

Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB

Evaluative study of the working process of Primary Care Teams from PMAQ-AB

Josiane Ribeiro Silva Medrado¹, Angela Oliveira Casanova², Cátia Cristina Martins de Oliveira³

RESUMO O estudo objetivou analisar a organização do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica das regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, a partir dos resultados do primeiro ciclo da Avaliação Externa do PMAQ-AB. Foram consideradas para análise quatro subdimensões do módulo II, cotejadas com as características do processo de trabalho da Política Nacional de Atenção Básica. Observou-se que o processo de Avaliação Externa estimulou o planejamento das ações das equipes, contudo ainda possuem entraves tanto para a gestão quanto para as equipes sobre o aproveitamento das informações em saúde, a precariedade de recursos humanos e a institucionalização da avaliação propriamente dita.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária a Saúde; Avaliação em saúde; Processo de trabalho em saúde.

ABSTRACT *The study aimed to analyze the organization of the working process of the Primary Care Teams of the health regions of the state of Rio de Janeiro, from the results of the first PMAQ-AB external evaluation cycle. They were considered for analysis four sub-dimensions of the module II, collated with the characteristics of the working process of the National Policy of Primary Care. It was observed that the external evaluation process stimulated the planning of the action teams, yet that are still obstacles both for management as for the teams on the use of health information, the precariousness of human resources, and the evaluation of institutionalization itself.*

KEYWORDS *Primary Health Care; Health evaluation; Working process in health.*

¹Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), Superintendência de Atenção Básica - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
josiane.medrado@saude.rj.gov.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
angelacasanova@ensp.fiocruz.br

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
catiaoliveira@ensp.fiocruz.br

Introdução

A avaliação entendida como base para os demais componentes da gestão (planejamento, execução, financiamento e regulação) pode subsidiar intervenções mais efetivas no contexto da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Nesse sentido, a avaliação em saúde deve ser compreendida em termos do seu papel estratégico para subsidiar processos decisórios e no aspecto tático-operacional utilizada para melhorar a capacidade organizacional da Atenção Básica (AB), favorecer a comunicação e a informação e garantir a transparência na gestão.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo predominante de AB (ou atenção primária) no País, apresenta inegável aumento de cobertura populacional ao longo dos últimos 20 anos e esforços para a sua qualificação vêm sendo realizados com a perspectiva de garantia do acesso e da qualidade na prestação do cuidado. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) é uma das propostas apresentadas pelo Ministério da Saúde com a finalidade de ampliar a capacidade de gestão, visando a análise do acesso e da qualidade das ações de saúde no âmbito da AB nas três esferas de governo. Em seu âmbito foi realizada a Avaliação Externa, que contou com a participação de instituições de ensino e pesquisa na organização e execução do trabalho de campo. Com efeito, fomenta a institucionalização da cultura de avaliação pautada no fortalecimento de iniciativas que reconheçam a qualidade dos serviços de saúde ofertados, visando estimular a ampliação do acesso nos variados contextos brasileiros.

Nesse sentido, o presente artigo tem como propósito provocar a reflexão acerca do uso da avaliação na organização do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica (EqAB) das regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, a partir da análise dos resultados do primeiro ciclo da Avaliação Externa do

PMAQ-AB, correlacionando dimensões nele utilizadas para avaliação do planejamento e organização do processo de trabalho com aquelas previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB-2012).

Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, utilizando-se como unidade de análise as regiões de saúde do estado Rio de Janeiro, a saber: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio-Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte e Serrana.

Como fonte de dados, utilizou-se os resultados oriundos do primeiro ciclo da Avaliação Externa, realizado com as EqAB do estado do Rio de Janeiro que fizeram adesão ao PMAQ-AB no ano de 2012. Para tanto, foi utilizado o Módulo II: Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde, tendo como recorte a Dimensão IV: Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do processo de trabalho, cujas subdimensões de análise foram: 1) Planejamento das ações da Equipe de Atenção Básica; 2) Reunião da Equipe de Atenção Básica; 3) Acolhimento à Demanda Espontânea; 4) Organização da Agenda da Equipe de Atenção Básica. Vale ressaltar que não foram utilizadas para análise todas as variáveis das subdimensões citadas. As características do processo de trabalho das EqAB contidas na Política Nacional de Atenção Básica foram priorizadas de acordo com as subdimensões do PMAQ-AB (*quadro 1*).

Para a análise dos dados, foi utilizado o software *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*. A aprovação para realização deste processo foi obtida junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, mediante protocolo nº 32012/2012.

Resultados e discussão

No estado do Rio de Janeiro, dos 92 municípios, 77 (83,7%) aderiram ao PMAQ-AB no primeiro ciclo, com um total de 1.075 EqAB. Foram avaliadas 1.047 equipes, sendo, na região Baía da Ilha Grande, 24 equipes (2,3%); Baixada litorânea, 55 equipes (5,3%); Centro-Sul, 84 equipes (8,0%); Médio-Paraíba,

145 equipes (13,8%); Metropolitana I, 414 equipes (39,5%); Metropolitana II, 187 equipes (17,8%); Noroeste, 35 equipes (3,4%); Norte, 34 equipes (3,3%) e Serrana, 69 equipes (6,5%). Foram certificadas 1.012 EqAB, o que corresponde a 96,7% do total de equipes avaliadas no estado. Os resultados serão apresentados abaixo segundo as dimensões definidas no estudo.

Quadro 1. Componentes do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica de acordo com a PNAB e dimensões da Avaliação Externa do PMAQ-AB

Política Nacional de Atenção Básica - PNAB	Módulo II: Dimensão IV - Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho
Características do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica	Subdimensões/Variáveis do questionário do PMAQ-AB
1. Realização do acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade	II. 15 - Acolhimento à Demanda Espontânea
2. Planejamento e organização do trabalho	II. 16 - Organização da Agenda
3. Monitoramento e avaliação das ações das equipes	II. 9 - Planejamento da Equipe de Atenção Básica e ações da gestão para a organização do processo de trabalho da equipe
	II. 11 - Reunião da Equipe de Atenção Básica
	II. 9 - Planejamento da Equipe de Atenção Básica e ações da gestão para a organização do processo de trabalho da equipe

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

Acolhimento, avaliação de risco e vulnerabilidade

Das EqAB avaliadas no estado do Rio de Janeiro, 93,1% possuem o acolhimento implantado nas unidades básicas de saúde, sendo que 58,7% possuem protocolos com definição de diretrizes terapêuticas à demanda de urgência/emergência.

Segundo o Caderno de Atenção Básica, n. 28 'Acolhimento à demanda espontânea' a utilização de tais protocolos e de suas respectivas escalas, reflete na qualidade do acesso destes serviços. Esses protocolos tentam fornecer não um diagnóstico, mas uma prioridade, o que permite impactar

sobre a história das doenças agudas graves e potencialmente fatais, que, se não atendidas como prioridade, podem levar à morte (BRASIL, 2012B).

Nesse contexto, o acolhimento é considerado como um mecanismo de ampliação e facilitação do acesso, na medida em que pressupõe tanto o acompanhamento de grupos populacionais portadores de agravos mais prevalentes ou a partir dos ciclos de vida quanto de pessoas que apresentam necessidades de saúde que não estão contempladas nesses critérios. Para isso, o acolhimento deve ser visto como um dispositivo de (re)organização do processo de trabalho da equipe, provocando mudanças tanto nos

modus operandi das equipes quanto nos modos de cuidar.

No estado, 91,9% das EqAB afirmam realizar avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários. Todas as regiões apresentaram percentual igual ou superior a 80%. Entretanto, a capacitação dos profissionais para a realização dessa atividade (*tabela 1*) foi de 65% no total. Entre as regiões, observa-se uma discrepância quando se compara os percentuais relativos ao desenvolvimento dessa ação e a capacitação das equipes para esse fim.

As regiões que tiveram resultados aproximados em relação à realização da avaliação

de risco e capacitação (*tabela 1*), respectivamente, foram a Metropolitana II (95,7% e 79%) e a Metropolitana I (92,9% e 74%), o que pode ser compreendido, tendo em vista a maior proximidade dos municípios dessas regiões com leque mais amplo de instituições formadoras. As regiões com baixos percentuais de capacitação de equipes para avaliação de risco e vulnerabilidade são: Noroeste (22,7%), Baía da Ilha Grande (26,1%) e Centro-Sul (44,4%), o que põe em questão como garantir um acolhimento de qualidade sem que os profissionais estejam capacitados e/ou, por outro lado, se há alguma incongruência na informação colhida.

Tabela 1. Acolhimento realizado pelas Equipes de Atenção Básica

Regiões de Saúde	Baía de Ilha Grande	Baixada Litorânea	Centro-Sul	Médio Paraíba	Metropolitana I	Metropolitana II	Norte	Noroeste	Serrana	Total
Total de equipes certificadas	24 (2,3%)	55 (5,3%)	84 (8,0%)	145 (13,8%)	414 (39,5%)	187 (17,8%)	34 (3,3%)	35 (3,4%)	69 (6,5%)	1012 (100%)
Acolhimento										
Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?	26,1%	51%	44,4%	57,8%	74%	79%	63,6%	22,7%	55,7%	65%
A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários?	91,7%	94,1%	87,8%	92,6%	92,9%	95,7%	90,9%	78,3%	82,5%	91,9%
Ações decorrentes do acolhimento										
Marcação na agenda do médico	87,5%	92,3%	96,4%	100%	97,7%	97,5%	87%	97%	100%	97,2%
Marcação na agenda do enfermeiro	0%	3,8%	0%	0%	1,8%	6%	0%	0%	0%	1%
Marcação na agenda do dentista	70,8%	65,4%	81,9%	71,3%	70,4%	30,7%	69,6%	60,6%	65,6%	63,9%
Marcação na agenda de outro profissional	87,5%	34,6%	65,1%	88,2%	48,9%	70,6%	65,2%	75,8%	48,4%	60,8%

Tabela 1. (cont.)

Orientação	100%	75%	97,6%	97,8%	92,9%	92,6%	95,7%	100%	93,8%	93,5%
Solicitação de exames	87,5%	63,5%	78,3%	76,5%	83,5%	70,6%	65,2%	72,7%	78,1%	77,8%
Medidas terapêuticas	87,5%	75%	88%	80,9%	85,1%	83,4%	73,9%	93,9%	84,4%	84%
Prescrição de alguma medicação	79,2%	67,3%	60,2%	73,5%	78,7%	70,6%	65,2%	78,8%	71,9%	73,7%

Fonte: Banco de dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

Entre as regiões do estado do Rio de Janeiro, as principais ações oriundas a partir do acolhimento (*tabela 1*) são: a marcação na agenda do médico (97,2%), seguida de orientação (93,5%) e, em terceiro, medidas terapêuticas (84%). Nota-se que mesmo sendo a marcação do médico a primeira ação decorrente do acolhimento, tem-se, em seguida, a orientação sem marcação de consulta e as medidas terapêuticas, que não envolvem a prescrição de medicação como ações consequentes do acolhimento. Isso denota a possibilidade de estar ocorrendo uma mudança de paradigma nas equipes em relação às formas de lidar com o cuidado, modificando a lógica médico-centrada e dependente de procedimentos.

A organização da agenda de uma equipe é fundamental na logística da rotina da equipe no que tange ao atendimento das demandas espontânea e programada, bem como para suscitar a conscientização da importância do papel de cada profissional na resolução de cada caso. Do total das EqAB, 84,9% pactuam uma agenda semanal de atividades com o conjunto de profissionais que integram a equipe.

Quanto ao desenvolvimento de ações para grupos de risco e prioritários, 94,7% afirmaram que realizam programação na agenda de consultas e ações para esses usuários.

A organização da agenda para a realização de Visitas Domiciliares (VD) é realizada por 93,7% do total das equipes das regiões de saúde, o que parece refletir a prioridade dada na realização dessa atividade em

consonância com o preconizado na PNAB (BRASIL, 2012A), no qual a VD constitui um importante veículo de operacionalização de parte de um programa ou de uma política de assistência à saúde, possibilitando a concretização da longitudinalidade, integralidade, acessibilidade e a interação entre o profissional e o usuário/família (PEREIRA ET AL., 2004).

Certamente, a VD é uma importante estratégia de intervenção, uma vez que a ida do profissional de saúde ao domicílio, muitas vezes, representa uma nova forma de atuação: perde-se a proteção das paredes do consultório, obrigando-o a entrar em contato com as singularidades da família, suas angústias e subjetividades, conhecer o território e sua dinâmica e, ao mesmo tempo, maior compreensão dos processos de saúde e doença e suas formas de cuidado (REIS ET AL., 2007).

Quanto às ações educativas, do total das equipes das regiões de saúde, 82,5% afirmaram realizar atividade comunitária ou de grupo, com 88,1% possuindo comprovação documental. Os percentuais inferiores a 80% encontrados em cinco regiões do estado revelam que as atividades de promoção da saúde não têm sido valorizadas conforme o esperado, considerando-se a mudança do modelo de atenção preconizada pela ESF. Como afirmam Albuquerque e Stotz (2004, p. 264),

no dia a dia dos serviços de saúde, porém, pouca ou nenhuma importância é dada às ações educativas. Trabalhos em grupo são muitas vezes marginalizados, os profissionais envolvidos são desacreditados e desestimulados, a

infraestrutura necessária é escassa e de difícil acesso aos profissionais.

Planejamento e organização do processo de trabalho

Quanto às atividades de planejamento, no total das regiões, mais de 92% das equipes afirmaram realizá-las. Sob esse aspecto, o levantamento de problemas e a definição de prioridades têm sido realizados por 95,4% e 96,3% do total das equipes respectivamente (*tabela 2*).

Algumas regiões apresentaram percentuais similares quando analisadas a realização das duas atividades, como a Baixada Litorânea com 97,8%, Médio-Paraíba com 97,8% e Norte com 96,6% respectivamente. Entretanto, as regiões Centro-Sul, Metropolitana I e Metropolitana II tiveram percentuais maiores na definição de prioridades do que

no levantamento de problemas. Como já foi destacado, o PMAQ-AB envolveu um processo prévio de autoavaliação pelas equipes que fizeram adesão ao programa e que implicou exatamente na identificação de problemas e definição de prioridades para o desenho de uma matriz de intervenção. Nesse sentido, tais resultados favoráveis podem refletir esse processo, pois observou-se que, do total das regiões de saúde, 95,8% das EqAB consideraram os resultados da autoavaliação no planejamento e organização do processo de trabalho da equipe. Esse dado é importante, tendo em vista o incentivo da gestão na autoavaliação das equipes, com o intuito de melhorar a organização e o processo de trabalho delas. De toda forma, 96,2% das equipes afirmaram ter tido apoio da gestão no planejamento e organização do processo de trabalho. O apoio às EqAB (*tabela 2*), seja por um apoiador institucional (58,3%) ou profissional de vigilância (40,5%), ou outros profissionais da

Tabela 2. Organização e planejamento do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica

Regiões de Saúde	Baia de Ilha Grande	Baixada Litorânea	Centro-Sul	Médio Paraíba	Metropolitana I	Metropolitana II	Norte	Noroeste	Serrana	Total
Total de equipes certificadas	24 (2,3%)	55 (5,3%)	84 (8,0%)	145 (13,8%)	414 (39,5%)	187 (17,8%)	34 (3,3%)	35 (3,4%)	69 (6,5%)	1012 (100%)
Organização e Planejamento										
Nos últimos 12 meses, a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações?	87,5%	83,3%	93,0%	96,5%	94,6%	94,1%	85,3%	80,0%	86,8%	92,6%
Foi realizado processo de levantamento de problemas?	95,2%	97,8%	92,4%	97,8%	95,6%	93,7%	96,6%	92,9%	96,5%	95,4%
Foram elencadas prioridades?	90,5%	97,8%	93,7%	97,8%	96,9%	96,6%	96,6%	88,9%	96,4%	96,3%
Contribuição da autoavaliação no processo de trabalho	94,40%	97,90%	98,60%	99,30%	95,00%	94,60%	87,50%	90,90%	96,50%	95,80%

Tabela 2. (cont.)

Apoio institucional										
A equipe recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho?	57,1%	77,3%	92,5%	93,4%	88,9%	90,9%	58,6%	71,4%	83,1%	87,2%
Apoiador institucional	41,7%	47,1%	24,3%	59,8%	67,3%	64,2%	23,5%	50,0%	51,0%	58,3%
Profissionais da vigilância em saúde	33,3%	14,7%	25,7%	40,9%	51,2%	37,7%	17,6%	50,0%	20,4%	40,5%
Outros profissionais da gestão	75,0%	52,9%	86,5%	78,0%	69,9%	66,0%	94,1%	75,0%	67,3%	71,7%
Outro(s)	0,0%	8,8%	14,9%	14,2%	18,1%	8,8%	17,6%	5,0%	16,3%	14,4%
Reuniões de equipe										
Organização do processo de trabalho e do serviço	100%	90,7%	98,8%	99,3%	99,3%	98,4%	100%	97,1%	97,1%	98,5%
Discussão de casos pela equipe	95,8%	81,5%	92,9%	93,7%	97,3%	83%	85,7%	97,1%	92,8%	92,4%
Qualificação clínica com participação de equipe de apoio matricial	20,8%	27,8%	61,2%	69,2%	69,3%	52,2%	31,4%	64,7%	30,4%	58,3%
Construção / discussão de Projeto Terapêutico Singular (PTS)	62,5%	42,6%	57,6%	64,3%	74,9%	50%	57,1%	58,8%	49,3%	62,9%
Planejamento das ações da equipe	83,3%	94,4%	96,5%	97,9%	98,5%	96,2%	94,3%	100%	98,6%	97,2%
Monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde	66,7%	66,7%	87,1%	92,3%	87,8%	83%	62,9%	70,6%	79,7%	84%
Outros	4,2%	1,9%	9,4%	12,6%	9,7%	4,4%	2,9%	5,9%	1,4%	7,7%

Fonte: Banco de Dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

gestão (71,7%) realizando a função de apoiador institucional, é considerado importante dispositivo para qualificar o planejamento e a organização do processo de trabalho.

A categoria com menor percentual na função de apoio em todas as regiões de saúde refere-se aos profissionais da vigilância em saúde. Isso pode refletir a ausência da integração entre esses profissionais e a EqAB,

mesmo havendo espaços instituídos para que ela ocorra – reunião de equipe, VD ou mesmo alguma atividade de promoção e prevenção. Quanto ao apoiador institucional, os maiores percentuais foram encontrados nas regiões Metropolitanas I e II (67,3% e 64,2% respectivamente). Os baixos percentuais nas demais regiões apontam para o fato dessa estratégia ainda não ter sido incorporada de maneira correta, especialmente no interior do estado, o que pode estar relacionada com a capacidade institucional dos municípios em conter em seu quadro profissionais qualificados para o exercício dessa função.

Conforme aponta Campos (2003), o apoio institucional é uma estratégia metodológica para o enfrentamento dos inúmeros desafios que o trabalho no campo da saúde coloca. A Política Nacional de Humanização indica que a função do apoiador institucional é de contribuir para a gestão e organização de processos de trabalho, na construção de espaços coletivos, nos quais os grupos analisam, definem tarefas e elaboram projetos de intervenção.

Outra estratégia potente para avaliação e organização do processo de trabalho é a reunião de equipe, que favorece a reflexão

sobre o andamento das ações e atividades e do rumo a se tomar. Nesse caso, 99% das EqAB afirmaram realizá-la, sendo 59,5% das EqAB com periodicidade semanal, 18% quinzenal e 13,9% mensal. Compreende-se que a reunião de equipe é utilizada como um espaço para planejar, organizar e discutir suas ações e seus problemas. Segundo a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2006, P. 54),

a reunião de equipe não é um espaço apenas para que uma pessoa da equipe distribua tarefas às outras. É um espaço de diálogo e é preciso que haja um clima em que todos tenham direito à voz e à opinião.

Nas reuniões de equipe, o planejamento e programação das atividades das EqAB levam em consideração a construção de agenda para organização do processo de trabalho (*tabela 3*), cujo percentual total é de 94,5%, seguido do uso das informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), com 91,2%, e, em terceiro lugar, das informações locais, com 88,7% (diagnóstico da área). Nas regiões de saúde, destacam-se as regiões Médio-Paraíba, Metropolitana I e Metropolitana II, cuja

Tabela 3. Planejamento das atividades das Equipes de Atenção Básica

Regiões de Saúde	Baía de Ilha Grande	Baixada Litorânea	Centro-Sul	Médio Paraíba	Metropolitana I	Metropolitana II	Norte	Noroeste	Serrana	Total
Total de equipes certificadas	24 (2,3%)	55 (5,3%)	84 (8,0%)	145 (13,8%)	414 (39,5%)	187 (17,8%)	34 (3,3%)	35 (3,4%)	69 (6,5%)	1012
Construção de uma agenda de trabalho	79,20%	90,70%	94,10%	97,90%	97,60%	92,30%	80,00%	100,00%	88,40%	94,50%
As metas pactuadas pelo município	66,70%	59,30%	88,20%	88,10%	91,20%	87,40%	68,60%	82,40%	78,30%	85,70%
As informações do Siab	87,50%	92,60%	96,50%	97,90%	90,00%	92,90%	85,70%	94,10%	75,40%	91,20%
As informações locais	87,50%	72,20%	85,90%	93,70%	93,40%	80,20%	85,70%	91,20%	89,90%	88,70%
As questões relacionadas a riscos e vulnerabilidades	83,30%	63,00%	87,10%	88,80%	91,70%	75,80%	71,40%	79,40%	81,20%	84,70%

Tabela 3. (cont.)

As questões ambientais do território	70,80%	46,30%	54,10%	69,90%	77,80%	59,90%	60,00%	76,50%	69,60%	68,60%
Os desafios apontados a partir da autoavaliação	66,70%	61,10%	80,00%	87,40%	79,30%	79,10%	54,30%	58,80%	81,20%	77,80%

Fonte: Banco de Dados PMAQ-AB, primeiro ciclo 2012.

distribuição percentual é bastante próxima, denotando uma igual prioridade entre as atividades elencadas. A região da Baixada Litorânea é a que possui os menores percentuais em relação ao planejamento das atividades.

Foram altos os percentuais encontrados nas regiões quando se questionou as equipes acerca do monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde, excetuando-se as regiões Baía da Ilha Grande (58,3%), seguida da Noroeste (60%) e da Serrana (71,6%).

Discussão

O processo de institucionalização da avaliação na AB tem contribuído para o exercício de uma prática reflexiva e pedagógica, no que tange ao apoio à gestão para a tomada de decisão no âmbito do SUS. Nesse contexto, reconhecer as conexões intrínsecas entre planejamento e avaliação como norteadoras do processo de trabalho tem sido entendida como uma forma de dinamizar e romper com a tradição do planejamento e da avaliação como práticas fragmentadas e burocratizadas (MEDINA; AQUINO; CARVALHO, 2000; FARIA ET AL., 2009). No estudo realizado, verificou-se que, de maneira geral, as regiões de saúde estão, de certa forma, planejando e organizando seu processo de trabalho. Nas regiões consideradas do interior do estado do Rio de Janeiro, como, por exemplo, Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Norte e Noroeste, pode-se perceber em algumas dimensões analisadas os baixos percentuais. Isso pode se dever à limitação, tanto da gestão quanto das EqAB desses municípios, em trabalhar em uma lógica

voltada para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações como elementos intrínsecos e contínuo do processo de trabalho, deixando de ser algo impositivo ou verticalizado com a simples finalidade de se cumprir metas.

Contudo, como condição para a Avaliação Externa, 100% das equipes das regiões passaram pelo processo da autoavaliação, ainda que o método (instrumento) utilizado tenha sido diferenciado em virtude da possibilidade de escolha da gestão. A adesão das equipes e da gestão a esse processo aponta para a capacidade de incitar essa proposta à institucionalização da avaliação na AB. Entretanto, supõe-se também a questão de uma 'indução' por parte do PMAQ-AB no que tange aos incentivos financeiros envolvidos com a realização da etapa de autoavaliação.

Apesar dos bons resultados, na prática, ainda assim, conforme sinaliza Kawata *et al.* (2009, p. 317),

há incoerência entre o que a EqAB estabelece como modelo de gestão das equipes, tomando-o como participativo, e o que de fato ocorre, seguindo o modelo centralizado de gestão e com ações de planejamento e monitoramento incipientes.

No que concerne ao apoio da gestão para o processo de trabalho das equipes, percebe-se que as regiões o recebem mesmo que de forma diferenciada, sendo esse apoio dado, em sua maioria, por profissionais da gestão, por apoiador institucional – mais frequente nos municípios de grande porte – ou profissionais da vigilância em saúde. Entretanto, não se sabe de que forma se dá esse apoio, principalmente

ao levar em consideração a alta rotatividade dos profissionais e a capacidade institucional dos municípios, sobretudo nos de menor porte, em ter no seu quadro profissionais qualificados para tal função.

Por fim, é necessário destacar o reconhecimento das ações de avaliação como instrumento ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos, e não as afirmar como mero mecanismo externo.

Considerações finais

O PMAQ-AB se insere e se relaciona com o conjunto de estratégias prioritárias definidas pela Política Nacional de Atenção Básica e com outros movimentos mais amplos de reorientação do modo como se organiza o SUS, tais como a instituição de redes de atenção e o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS. Nesse âmbito, o PMAQ-AB parece ser uma ferramenta importante na gestão dos recursos destinados à saúde, auxiliando na utilização dos serviços de saúde e contribuindo com melhorias no acesso e na qualidade, corroborando, assim, a tentativa de melhorar o desempenho dos indicadores de saúde. Entretanto, deve-se ressaltar que a incorporação de tais objetivos no processo de trabalho diário das equipes torna-se importante e necessária para que todo o serviço não fique condicionado a apenas um programa.

Este texto aponta como desafio para as EqAB das regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro o melhor aproveitamento das informações em saúde para melhoria da gestão, pois se as informações produzidas em saúde forem avaliadas de forma regular, contínua, esta prática será muito mais valiosa para a gestão em todos os níveis, pois além de promover matéria-prima essencial para a análise da situação de saúde de determinada população, facilitará o monitoramento dos objetivos e das metas, além de estimular a capacidade analítica

das equipes, promovendo a possibilidade de planejamentos mais efetivos.

Outrossim, para que a avaliação seja entendida como algo realmente importante, no sentido de institucionalizá-la, é necessária, primeiramente, uma vontade dos gestores da AB dos municípios de colocá-la em prática, desmistificando a ideia de que a avaliação seja vista como de caráter punitivo e fiscalizatório. Essa percepção é muitas vezes reforçada pelos gestores à medida que há uma cobrança sobre indicadores e metas, sem ao menos ser feito um trabalho paralelo com as equipes para esta melhoria, de maneira a incentivá-los e qualificá-los. Isso remete a pensar a forma verticalizada que o PMAQ-AB foi implantado, no sentido de o Ministério da Saúde propor uma adesão voluntária com ausência de esclarecimentos e prazos ínfimos para a discussão do programa com os gestores municipais, pautado em um discurso normativo. Em segundo lugar, precisa haver uma adesão de todos os envolvidos, desde os 'profissionais da ponta' até a gestão, compreendendo que a avaliação é algo pertinente ao processo de trabalho de todos os profissionais de saúde, fomentando nestes a necessidade de olharem de modo reflexivo para suas práticas e, a partir deste processo, atuarem de forma a aprimorá-las. Contudo, a precariedade dos recursos humanos dos municípios, a alta rotatividade de profissionais, o baixo quantitativo de apoio técnico especializado e a sobrecarga de trabalho denotam uma fragilidade de uma realidade a ser superada. Nesse viés, deve haver, por parte dos gestores, o investimento na formação e capacitação do quadro de profissionais, corroborando o aumento de profissionais qualificados para o exercício de determinadas funções.

Implementar as diretrizes do SUS, respeitando os princípios que nortearam sua criação, garantindo sua viabilidade, é o desafio e, muitas vezes, o impasse vivido.

Atender a essas demandas exige dos gestores uma postura crítica e reflexiva sobre suas práticas, ressaltando-se a avaliação

como instrumento fundamental para o aperfeiçoamento das políticas. ■

Referências

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 259-74, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 24 out. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 23 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS*: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea*: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. (Cadernos de Atenção Básica, 28).

CAMPOS, G. W. S. Reflexões Sobre a Clínica Ampliada em Equipes de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 68-77.

FARIA, H. P. *et al.* *Processo de trabalho em saúde*. Belo Horizonte, Nescon: UFMG: Coopmed, 2009.

KAWATA, L. S. *et al.* O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. *Texto & Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 313-320, 2009.

MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; CARVALHO, A. L. B. Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 21, p. 15-28, 2000.

PEREIRA, M. J. B. *et al.* Assistência domiciliar: instrumento para potencializar processos de trabalho na assistência e na formação. In: BARROS, A. F. R. *Observatório de Recursos humanos em saúde no Brasil*: estudos e análise. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 71-80.

REIS, M. A. S. *et al.* A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 655-666, 2007.

Recebido para publicação em maio de 2015
Versão final em setembro de 2015
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família

Power relations in the work of Family Health Strategy

Eliana Aparecida Villa¹, Antônia Vitória Soares Aranha², Liliane de Lourdes Teixeira Silva³,
Cristina Rabelo Flôr⁴

RESUMO Trata-se de pesquisa qualitativa que tem por objetivo analisar as relações de poder estabelecidas no trabalho da Estratégia Saúde da Família. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com dezenove profissionais integrantes de três equipes e utilizados registros efetuados a partir de observação participante. Os dados foram analisados segundo Bardin e categorizados em duas unidades analíticas. O estudo demonstrou que alguns paradigmas são difíceis de modificar, especialmente quando são vistos de forma natural pelos envolvidos. No entanto, avanços foram verificados a partir do posicionamento daqueles muitas vezes vistos como inferiores nas relações de poder desse serviço.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Relações interprofissionais.

ABSTRACT *It is a qualitative study that aims to analyze the power relations established in the work of the Family Health Strategy. Semi-structured interviews with nineteen professional members of three teams were conducted and records obtained from participant observation were used. Data were analyzed according to Bardin and organized into two analytical categories. The study showed that some paradigms are difficult to modify, especially when they are seen as natural by the involved people. However, advances have been verified from the positioning of those often seen as inferiors on power relations in this service.*

KEYWORDS *Primary Health Care; Family Health Strategy; Interprofessional relations.*

¹ Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte (MG), Brasil. luavilla@gmail.com

² Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte (MG), Brasil. antoniavitoria@uol.com.br

³ Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ) - São João Del Rei (MG), Brasil. lilanets@ufsj.edu.br

⁴ Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ) - São João Del Rei (MG), Brasil. cristinaflor@ufsj.edu.br

Introdução

O campo da saúde se constituiu a partir de uma relação de poder-saber presente no processo de trabalho. Segundo Foucault (1986), a profissionalização dos técnicos se deu por meio da articulação entre saber e poder médico, instituindo-se uma série de práticas disciplinares de regulação das relações e do espaço institucional a partir da hegemonia médica, em torno da qual foram se constituindo todas as demais profissões.

O poder só existe em ato. É sempre relacional, um modo de ação de uns sobre os outros. O poder envolve as relações entre dois ou mais atores sociais, nas quais o comportamento de um é afetado pelo comportamento do outro; o poder expressa a capacidade que um indivíduo tem de levar o outro a fazer algo que de outra maneira não faria, por imposição (FOUCAULT, 1986).

A visão foucaultiana desconstrói a percepção de que há um polo que somente domina e outro que somente sofre a dominação. O poder é exercido numa cadeia de submissões da qual ninguém é o alvo único, mas perpassa os diferentes indivíduos. Foucault amplia essa noção na medida em que não busca identificar o polo dominante ou o dominado, mas entender a posição, os sentidos e as relações de cada sujeito na rede de dominação.

O poder presente nas relações também propicia a produção do saber, e uma das formas de fazê-lo é pela resistência dos trabalhadores. O autor assinala que se o poder fosse somente repressivo, não teria a força que tem: “ele produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso” (FOUCAULT, 1986, p. 8).

Sob outro enfoque, discutindo a teoria weberiana de poder, Cecílio (1999) afirma que o poder, quando exercido de forma legítima, tem o sentido de autoridade. A dominação legítima baseia-se na crença em ordens e no direito de mando daqueles nomeados para exercer a dominação. É o tipo de poder existente no interior das organizações formais, constituído por meio de estruturas

burocráticas conformadas em verdadeiras pirâmides hierárquicas de autoridade.

Segundo Cecílio (2011), a gestão do cuidado está atrelada à cooperação de diversos atores coexistindo em diferentes espaços marcados por disputas, acordos e assimetrias de poder. Nesse sentido, Sulti *et al.* (2015) assinalam que os trabalhadores da saúde misturam em seu trabalho diário compromissos normativos e papéis institucionais com suas práticas personalizadas.

As relações de poder também são evidentes na Estratégia Saúde da Família (ESF). São profissionais que vivenciam relações geradoras de conflitos em virtude da diversidade de opiniões e posturas. Em alguns casos, há tentativa de dominação profissional com centralização da organização do serviço, ainda que esta não seja oficialmente instituída (LANZONI; MEIRELES, 2012).

A ESF propõe um modelo de organização voltado para maiores aproximação e valorização da comunidade, em detrimento da centralização profissional, buscando sair de um padrão de atenção médico-centrado para uma proposta multidisciplinar horizontalizada e integradora (BRASIL, 2012).

Contudo, a realidade do trabalho em equipe na ESF ainda se distancia do que é preconizado para a efetivação de uma atividade multiprofissional e compartilhada. Conforme alertam Lanzoni e Meirelles (2012), há uma inexistência de responsabilidade coletiva entre os membros da equipe, o que gera descontinuidade entre as ações específicas de cada profissional e uma pobre interação entre eles frente às atividades de trabalho.

Historicamente, o médico assume a posição de poder na equipe de saúde, de forma natural. Nesse sentido, Costa e Martins (2011) afirmam que o conhecimento específico dos médicos garante, tradicionalmente, legitimidade para exercer o controle sobre os demais membros da equipe e usuários.

Dessa maneira, torna-se relevante desvelar as relações de poder-saber presentes no trabalho da ESF, visando a uma maior integração

entre os trabalhadores que permita a realização de uma assistência de melhor qualidade. Portanto, este estudo tem como objetivo analisar as relações de poder-saber que se estabelecem entre os integrantes de Equipes de Saúde da Família (EqSF).

Metodologia

A trajetória metodológica adotada foi uma abordagem qualitativa, que possibilita a imersão em um universo de saberes e significados dos sujeitos envolvidos na pesquisa, além de permitir compreender os movimentos sociais, culturais e a relação entre pessoas e instituições (MINAYO, 2014).

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, sendo aprovado sob o parecer N° ETIC 420/05 e Protocolo CAAE – 0420.0.203.000-05. Os dados foram coletados nos meses de março, abril e maio de 2007.

O estudo foi realizado com membros de três EqSFs de um Centro de Saúde do município de Belo Horizonte (MG). Participaram da pesquisa dezenove profissionais de saúde, sendo três médicas (M), seis auxiliares de enfermagem (AE), três enfermeiras (E), seis agentes comunitários de saúde (ACS) e a gerente da unidade (G). Todos os integrantes consultados (das três equipes) concordaram em participar. A obtenção dos discursos encerrou-se quando ocorreu a saturação dos dados, percebendo-se ter atingido uma descrição suficiente do fenômeno.

Para realização da pesquisa qualitativa, optou-se pela entrevista semiestruturada e pela observação participante, registrada em diário de campo. A pesquisadora permaneceu em imersão no serviço por três meses. Foram elaborados 27 relatórios, com observações das atividades realizadas no Centro de Saúde nos dois períodos: manhã e tarde.

Os resultados foram obtidos a partir da exploração do material por meio de codificação, numeração e classificação do

conteúdo coletado nas entrevistas, norteados pela análise de conteúdo de Bardin (2011). A análise resultou na construção de duas categorias: 'As relações de poder na saúde da família' e as 'Mudanças de paradigma nas relações de poder'.

Os participantes do estudo foram identificados com a(s) letra(s) da categoria profissional a que pertencem e numerados conforme a ordem da entrevista, com vistas à manutenção do anonimato.

Resultados e discussão

Categoria 1: As relações de poder na saúde da família

Nesta categoria são relatadas as relações de poder existentes entre as diferentes classes de profissionais da EqSF, e entre esses e os usuários do serviço de saúde.

Foi possível constatar, por meio da presente investigação, que as relações de poder-saber estão vividas entre os integrantes das ESF, porém, ocorrem de forma naturalizada. Ao serem questionados sobre a existência do poder na convivência diária, a maioria dos trabalhadores não a identificou diretamente, enfatizando o bom relacionamento entre todos. No cotidiano do serviço, ficou evidente o estreitamento das relações entre os diferentes profissionais, entretanto, prevalece uma memória cristalizada de uma hierarquia objetiva e impessoal.

Detalhes atitudinais denunciaram os comportamentos diferenciados entre os membros das equipes. Pode-se relacionar alguns deles, tomando alguns trechos das descrições contidas nos diários de campo: nas reuniões, as opiniões das médicas foram as primeiras a serem solicitadas; em três, das cinco reuniões observadas, os assuntos iniciais foram os que envolviam as médicas, para poderem sair logo após suas participações; as enfermeiras e técnicas de enfermagem, ao

entrarem nos consultórios, mesmo fora do atendimento médico, fizeram-no com mais cerimônia que junto aos outros profissionais; as solicitações e os diálogos são mais formais quando dirigidos às médicas.

A presença do poder nas relações da equipe da ESF é declarada por uma das médicas:

Eu acho que ainda existe, sim, essa questão do poder na saúde, infelizmente. A questão do poder, principalmente do médico [...]. O médico tem um poder de decisão muito maior que o enfermeiro, o auxiliar [...] Acho isso péssimo! Às vezes, quero que o auxiliar participe mais da reunião, ou o enfermeiro se posicione, mas eles têm medo de falar porque 'o médico pode não gostar'. (M₁).

Embora o trabalho da ESF se apresente com uma estruturação mais horizontalizada, permanece uma conduta na qual o médico é a figura central, uma autoridade, mostrando que independentemente dos lugares ocupados pelos vários trabalhadores, relações de poder são marcantes na hierarquia entre os profissionais.

Segundo Costa e Martins (2011), essa hierarquia se estende, também, à relação profissional/usuário, comprometendo a autonomia dos envolvidos no processo assistencial. Nesse sentido, por vezes, o usuário chega ao serviço em estado de dependência e de alienação, esperando respostas e soluções, principalmente do médico, como aponta o relato abaixo:

[...] Como médica, a minha experiência aqui e também em outros lugares mostra que, por mais que você tente que o paciente seja mais independente, assuma sua parte, no final, ele volta e quer que você resolva tudo, a todo custo. E quer sempre o remédio [...]. É um hábito já internalizado. (M₃).

A persistência da submissão do usuário ao saber dos profissionais só se mantém porque tanto um quanto outro alimenta essa lógica. Cadoná e Scarparo (2015) salientam que, mesmo com a utilização de práticas consideradas emancipatórias e participativas,

há evidências de uma postura submissa dos usuários, que permanecem na expectativa de modelos de conduta e de prescrições.

Vale ressaltar que essa relação poder-saber presente nos serviços de saúde resulta de uma complexa e engenhosa construção social, que, ao longo do tempo, foi se cristalizando no imaginário social, como o poder do médico sobre a vida e a morte do indivíduo, e, por isso, a suposta diferença desse profissional com relação aos demais:

Ah, não sei se posso chamar de 'poder'... Mas a relação na equipe depende, sim, muito do médico. Ele que decide. O [médico] que estava aqui ficava mais na dele... Aí, a gente também não se sente à vontade pra comentar nada. Sei lá se ele vai gostar, se vai achar que a gente está falando o que não deve, então a gente acaba é ficando quieta, né? (AE₁).

A atitude de 'ficar quieta', assumida pela trabalhadora, pode ser a expressão de um comportamento naturalizado, que acusa uma diferença hierárquica entre ambos. A trabalhadora, em seu discurso, manifesta uma posição enunciativa marcada por uma distância interna, cunhada nas distâncias social e profissional entre as distintas categorias.

Sobre o domínio do poder-saber, Foucault (1995) destaca que em qualquer circunstância dialógica pode haver disputa pelo poder, ainda que nem tudo seja dito de maneira direta. Nesse sentido, o que não é dito pode permanecer subentendido, como mostra o fragmento do discurso de uma das enfermeiras:

Aqui tem, sim, apenas uma médica do grupo de apoio que destoa dos demais, porque se coloca como superior, não em relação aos seus colegas médicos, mas aos enfermeiros e demais profissionais. É uma postura como se os outros fossem 'os burros'! É assim que eu vejo. É uma pessoa muito difícil. E com essa pessoa não é possível troca nenhuma. A pessoa que te impõe alguma coisa [...], mantém uma distância [...]. (E₁).

O depoimento expressa o poder sobre as práticas articuladas ao saber científico, o que nos remete a Pires (2011), quando afirma que os enfermeiros têm dificuldade de analisar as relações de poder presentes no trabalho da equipe e no serviço de saúde, fato que compromete o caráter político do seu agir e enfraquece seu discurso e seus posicionamentos.

Outro olhar sobre o tema diz respeito ao poder legal-administrativo presente nas instituições de saúde, mesmo aquelas que têm as estruturas mais horizontalizadas (CECÍLIO, 1999; 2011). A maneira hegemônica de gestão, ainda presente na ESF, contribui para manter inalterados a hierarquização e o autoritarismo nas relações entre gestores, trabalhadores e usuários, sem produzir maior eficácia e eficiência desejadas (SULTI ET AL., 2015).

A fala de uma das auxiliares de enfermagem ilustra a hierarquia existente:

Quanto ao poder, acho que a gente tem uma hierarquia de trabalho pra respeitar: a gerente, o médico, o enfermeiro, pra organizar o trabalho. Claro que eles têm poder. Não que você tenha que ser submissa, mas a enfermeira, a gerente tem poder sobre mim, funcionária. (AE₄).

No Centro de Saúde em estudo, as decisões são tomadas por um Colegiado Gestor que representa o conjunto de trabalhadores. Trata-se de uma autonomia relativa, pois o Colegiado decide a partir das determinações superiores do Distrito, que detém o poder legal-administrativo. Para Cecílio (2011), os gestores são percebidos como elementos externos à equipe, por vezes, vistos como superiores e inatingíveis, fato refletido no distanciamento desses com os trabalhadores e suas necessidades, conforme apontam os discursos: “*Aqui a gente só tem deveres. Os direitos ficam esquecidos*” (E₁).

Há um grande desrespeito dos gestores com o profissional, porque eu tive um problema sério com eles: fiz um atendimento correto de uma Senhora, mas que ela não concordou e mandou

uma carta de todo tamanho ao órgão gestor, que respondeu à usuária se des-cul-pan-do pelo atendimento! Recebemos essa cópia, e eu fiz questão de ir até lá, falar pessoalmente, porque, antes de darem razão ao usuário, eles têm que consultar a gente, saber o que aconteceu realmente. (E₂).

As entrevistadas manifestaram insatisfação com as cobranças frequentes dos superiores quanto às obrigações no trabalho e com a falta de apoio recebido quando se trata dos seus direitos. Conforme Sulti et al. (2015), na gestão dos serviços estão presentes os desejos, as necessidades e os interesses dos trabalhadores, incluindo os saberes, o poder e o modo de operar as relações. Para os autores, a articulação e as diferentes formas de gestão dependem dos gestores, que devem estar voltados não somente para a produção de saúde, mas para a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

A tecnologia do poder-saber funciona de forma interligada às normas institucionais explícitas e implícitas. Todos os trabalhadores e usuários fazem parte da teia de poderes, podendo sujeitar e submeter o outro, quando no lugar de quem detém o poder:

[...] Mas na minha equipe tem isso [a enfermeira fala]: ‘Eeeee sou suuuua enfermeira e você é miiiiiiiiinha auxiliar! [...] você faz aquilo que eu mando’[...]. Eu já pensei em me desligar do PSF, mas, no momento, por questões financeiras, eu não posso de jeito nenhum. (AE₂).

O enfermeiro sente-se subjugado na relação com o médico e os gestores e, como coordenador da equipe de enfermagem, assume uma postura de ‘mando’ com relação ao auxiliar de enfermagem, determinando as ações que devem ser cumpridas. Para Garcia et al. (2014), na coordenação do processo de trabalho da ESF, o planejamento é um meio de exercer o poder. Pode ser um instrumento decisório, bem como uma ferramenta de dominação, cerceando a possibilidade do

trabalhador de intervir, manifestar-se e participar das ações planejadas.

A teia de poder-saber pode ser percebida, também, na distinção feita pelo usuário:

Outro dia, já falei pra enfermeira: 'qualquer dia você precisa ir comigo, mas não vai de branquinho, não, vai é de abada [uniforme do ACS] [...] Aí você vai ver como eles vão te tratar. Aí, sim!'. (ACS₁).

A distinção relatada reflete a diferença hierárquica de poder atribuída a cada categoria, como declarado por outra trabalhadora:

Outro dia, no acolhimento, um rapaz chegou, me xingou de tudo quanto é nome, porque estava demorando a consulta [...]. Na hora que ele entrou aqui no consultório, abriu a porta, foi todo manso com a enfermeira, como se nada tivesse acontecido. A linguagem deles com a gente é outra [...] a gente fica com as cacetadas. (ACS₂).

A linguagem é um elemento essencial na relação de poder-saber entre trabalhador/ usuário, mas pode atuar como forma de dominação. Por meio da linguagem, é possível influenciar o comportamento do outro visando a atingir os objetivos almejados. Tal função fica explícita nas relações de trabalho, já que a linguagem é muito mais desenvolvida e facilitada por aqueles que detêm o poder. É o que mostra o discurso:

Alguns parece que têm medo de falar com o médico! Chegam pra mim e pedem: fala pra ele! [...] Mas eu entendo, porque tem médico que não dá a mínima, pensa que sabe tudo [...]. Aqui na equipe isso já mudou. (AE₄).

O usuário, em circunstâncias diversas, não dispõe de todos os termos e condições para descrever seu estado e fica inibido diante de quem, para ele, detém o poder-saber. De modo geral, pouco questiona, e é comum sair do atendimento com dúvidas, buscando esclarecimentos junto aos outros profissionais:

[...] Tem também muitos pacientes que vêm tirar dúvidas com a gente. Saíram da consulta e vêm perguntar pra gente. Aí você pergunta: - Mas a médica não lhe explicou isso? Não explicou ou ele não entendeu? Mas chega pra gente, e aí você vai detalhando as coisas. Eu acho que com o médico eles ficam um pouco receosos, principalmente os mais humildes [...]. (AE₃).

Segundo Faïta (2007), o sujeito produz discursos a partir de uma posição e de um contexto determinado, influenciado por outras falas, anteriores e posteriores ao seu enunciado, mobilizando saberes diversos para a compreensão da relação interativa daquele momento. A linguagem é uma ação e permite uma atuação direta sobre as pessoas. Ela é uma construção de sentido em uma situação singular que se expressa nas palavras.

O trabalho na ESF sugere, entre outros fatores, a compreensão da linguagem e os simbolismos que a constituem, tais como as formas de comunicação, a participação, o mal-entendido, o não dito, a interpretação, bem como as diferentes formas de expressão (FAÏTA, 2007). Tal fato é comprovado no depoimento: *“Tem um rapaz da minha equipe que falava daquele médico: ‘Ele é só na dele, tá nem aí. Aí eu não consigo falar quase nada. É como se diz: eu entro mudo e saio calado’”* (AE₂). No silêncio do usuário, a expressão de não se sentir visto pelo profissional.

A medicina exerce um poder histórico nas relações de cuidado, concentra o poder do diagnóstico e da intervenção terapêutica, cumprindo uma autoridade técnico-científica. No entanto, apesar da existência subjetiva dessa relação de poder, moralmente, médico e paciente são indivíduos sem distinção (AGUIAR; OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013). Nessa direção, Cecim e Merhy (2009) colocam que, a depender das relações estabelecidas entre usuário e profissional, esse poder pode produzir a tirania do distanciamento e uma atitude de total desatenção para com os aspectos psicossociais do sujeito.

Assim, deve-se ressaltar que diferentes relações de poder-saber são estabelecidas no

ambiente de trabalho da EqSF, devendo ser traçadas estratégias que visem a horizontalizar as relações de trabalho e cuidado, conforme previsto nas diretrizes da ESF.

Categoria 2: Mudança de paradigma

Nesta categoria analítica, serão discutidas novas formas de vivenciar o poder-saber, propondo novos paradigmas direcionadores dessas relações.

A valorização dos sujeitos, trabalhadores e usuários permite alterar radicalmente as relações de poder-saber e seu reflexo nas práticas da saúde. Historicamente, podemos acompanhar as diferentes estratégias articuladas pelos profissionais em busca de saídas, que resultaram em conquistas e no consequente desenvolvimento do trabalho:

Alguns colegas não se comprometem [...], mas eu acredito que a gente pode mudar [...] precisamos organizar melhor nossos trabalhos, se impor mais, sabe? Eu tenho muito mais potencial pra outras coisas do que ficar só ouvindo queixas, por isso vou à luta. (E₁).

Novos modos de produção de saúde se estabelecem a partir da resistência do trabalhador, presentes nas diferentes e singulares formas de gerir seu trabalho. Nas palavras de Barros e Barros (2007, p. 61), “o trabalhador não é mera vítima que sucumbe às sistemáticas tentativas de desqualificação [...], ele (re) existe, (re)criando o próprio processo de trabalho”. Abrem-se, assim, possibilidades no dizer ou no fazer, nas formas de relação, no confronto e na resistência, na gestão singular e coletiva da saúde e da vida.

É o que pode ser constatado quando as trabalhadoras, buscando driblar as dificuldades, encontram as saídas, estabelecendo novas normas, novos meios de desenvolver suas atividades:

Agora, eu vejo que tenho que contribuir e que tenho muuuuito pra contribuir. Antes, nem abria a boca

e até pensava: – quando isso vai mudar? [...] Agora, dou a maior força pras colegas, pra a gente participar de tudo (AE₃). Mas estamos num momento de transição ainda, porque com o outro médico não tinha nada disso, não. Ele era ele e pra ele só. Você falava alguma coisa, e ele ouvia e balançava a cabeça [...]. Hoje, com a outra médica, tem uma troca mesmo, e a gente discute junto. (AE₁).

Como pontua a trabalhadora, as transformações do trabalho em saúde, particularmente, na atenção primária, vêm ocorrendo paulatinamente. É a partir dos pequenos impulsos, das escolhas singulares, que as mudanças serão efetivadas.

Também entre os médicos foi assinalada a alteração de comportamento:

O médico com médico, um nem olhava a cara do outro. Era uma atitude individualista. O médico tinha uma relação só com o enfermeiro de nível superior, então, pra chegar nessa escala pro auxiliar e pro ACS, mudou muito, abriu o leque, e todo mundo saiu ganhando. (M₂).

Assim, por meio da consolidação de novas atitudes, os profissionais percebem novas formas de atuação, individual e coletiva, e estabelecem relações diferenciadas, menos hierarquizadas no modo de ser e fazer na ESF.

O usuário também pode colaborar para a criação de um novo paradigma relacional de poder-saber quando se percebe ouvido em uma escuta atenta, aquela em que o trabalhador se dirige ao outro como sujeito da relação e não como objeto de seu discurso, permitindo ao usuário colocar mais de si no processo de cuidado.

Da experiência do usuário, de seu encontro com as propostas conceituais e atitudes a serem desenvolvidas, surgem possibilidades de mudanças a serem realizadas de uma maneira gradual:

É que o nosso trabalho não é somente técnico – não vale somente o meu saber. Tem que ter o outro lado, que envolve muito da cultura. É um

processo lento. Hoje, eles já entram e conversam, mas a distância imposta na relação médico-paciente era muito grande. Era o médico lá em cima e o paciente cá embaixo, mas isso, aos poucos, está mudando. (M₂).

Nessa relação de cuidado, cabe ao profissional criar condições para a construção da autonomia do sujeito, mesmo que uma autonomia relativa, porque vai depender do entendimento do usuário e da potência do profissional, naquele momento, para influenciar em um dado contexto ou situação. É no espaço relacional que ocorre o encontro entre profissional e usuário, com a constituição de vínculos e de compromissos.

É imprescindível, portanto, que o ato assistencial esteja pautado numa relação dialógica e que seja guiado por uma postura indagadora, sem o peso da hierarquia de poder-saber, para que o usuário possa se expressar a partir do vivido. E, consoante esses apontamentos, tomamos Cecílio (2011), ao enfatizar a necessidade de serem retomados os projetos de co-gestão, de ultrapassá-los a partir do trabalho vivo em ato, como um espaço de produção de possibilidades e das singularidades.

Conclusão

O presente estudo retrata as diferentes relações de poder-saber entre as categorias profissionais e entre essas e os usuários da ESF, além de identificar caminhos em direção à construção de novas formas relacionais entre os envolvidos no processo de cuidado. O poder mobilizado e construído no trabalho da ESF sugere, portanto, que a gestão do poder tem a potência de modificar os sujeitos e as situações e de reverter os padrões dominantes de subjetividade no trabalho.

Nos serviços de saúde, de modo geral, foi possível constatar certa banalização das

relações de poder presentes no cotidiano, tanto dos trabalhadores quanto dos usuários, manifestada na acomodação burocrática ou na omissão daqueles que a vivenciam, como também dos gestores.

A organização da ESF é elaborada e discutida, em cada um dos níveis hierárquicos, a partir da noção que os gestores têm do trabalho, sem que um consiga vislumbrar as dificuldades e a racionalidade que rege a prática dos demais. Diante da ausência de respostas ou de respostas insuficientes da gestão, alguns trabalhadores buscam contornar a situação, fazendo um uso de si ampliado, desdobrando-se e, por vezes, esgotando suas potencialidades físicas e psíquicas.

É importante ressaltar a relação de poder entre profissional e usuário, manifestada pela linguagem, que permite ao primeiro o domínio frente ao segundo. Contudo, deve-se considerar que todo sujeito é detentor de um saber próprio que o legitima. Portanto, o usuário deve ser protagonista na relação de cuidados e a linguagem não pode subjugar-lo.

Alguns paradigmas das relações de poder-saber existentes nas estruturas de serviços de saúde dificilmente são modificados, especialmente quando são vistos de forma naturalizada. No entanto, o presente estudo mostra avanços no sentido de rompimento com alguns desses padrões, por meio de atitudes singulares que refletem maior confiança e mais firmeza de posicionamento de alguns trabalhadores.

A relação de poder-saber existente entre os integrantes da ESF mostra que um implica e é implicado pelo outro, e não deve ser concebida de forma independente das vivências humanas e de um processo constante de reelaboração e de transformação do estabelecido. A aquisição de saber não pode se fazer de cima para baixo, mas pelo próprio sujeito, mediado pela interação profissional. ■

Referências

- AGUIAR J. M.; OLIVEIRA A. F. P. L.; SCHRAIBER L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-96, nov. 2013.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: 70, 2011
- BARROS, R.; BARROS, M. E. B. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Org.). *Trabalhador da saúde: Muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí/RS: Ed. Unijuí, 2007, p. 61-71.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- CADONÁ, E.; SCARPARO, H. Construcionismo social na atenção básica: uma revisão integrativa. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2721-30, 2015.
- CECÍLIO L. C. O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4 n. 2, p. 315-29, nov. 1999.
- _____. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-99, abr./jun. 2011.
- COSTA, D. T.; MARTINS, M. C. F. Estresse em profissionais de enfermagem: impacto do conflito no grupo e do poder do médico. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1191-1198, out. 2011.
- FAÍTA, D. A linguagem como atividade. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). *Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EdUFF, 2007.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 6. ed., Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- _____. O sujeito e o poder. In: RABINOW, P.; DREYFUS H. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- GARCIA, A. C. P. *et al.* Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des)velando cenários. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 221-236, out. 2014.
- LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. A rede de relações e interações da equipe de saúde na atenção básica e implicações para a enfermagem. *Acta Paul Enferm.*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 464-70, 2012.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- PIRES, M. R. G. M. Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: em busca da autonomia. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 45, n. spe. 2, p. 1710-5, dez. 2011.
- SULTI, A. D. C. *et al.* O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o SUS. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 172-182, mar. 2015.

Recebido para publicação em maio de 2015

Versão final em setembro de 2015

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Protocolo clínico como dispositivo analítico das relações de poder de profissionais de saúde

Clinical protocol as analytical dispositive of power relations among health professionals

Tereza Cristina Peixoto¹, Maria José Menezes Brito²

RESUMO Objetivou-se analisar as relações interprofissionais, tomando como referência o dispositivo protocolo clínico na terapia intensiva pediátrica. Estudo de caso qualitativo com coleta de dados feita por meio de observação, entrevistas com 14 profissionais e análise de discurso foucaultiana. Os protocolos clínicos regulam as relações, mas não asseguram a integração interprofissional. A clínica tradicional dificulta o lidar com a dimensão subjetiva implicada no sofrimento e morte, produzindo relações conflituosas, com busca pela perfeição e culpabilização por erros. Perante os conflitos, o protocolo multidisciplinar para cuidados paliativos pode favorecer a integração e ética da equipe.

PALAVRAS-CHAVE Relações interprofissionais; Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica; Protocolos.

ABSTRACT *This paper aimed at the analysis of inter-professional relationships, using as reference the clinical protocol applied in pediatric intensive care units. The study used qualitative methods based on observation, fourteen professional interviews and foucaultian discourse analysis. Data showed that the clinical protocols were able to regulate professional relationships but did not ensure inter-professional integration. The results indicate that traditional clinical practice hampers the ability to face the subjective dimension of suffering and death, thus producing conflicts, perfectionism and blaming. Before conflicts, the multidisciplinary palliative care protocols could help the building an integrated and ethic team.*

KEYWORDS *Interprofessional relations; Intensive Care Units, Pediatric; Protocols.*

¹Centro Universitário (UNA) - Belo Horizonte (MG), Brasil.
terezacpc@hotmail.com

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Departamento de Enfermagem Aplicada - Belo Horizonte, Brasil.
mj.brito@globo.com

Introdução

Após a Segunda Guerra Mundial, as novas estratégias políticas criadas pelos Estados configuram a biopolítica, a qual consiste na articulação das tecnologias de governo com conhecimentos científicos com vistas a racionalizar e regular os fenômenos sociais. As novas políticas instituídas pelos Estados reorganizaram o modelo de atenção à saúde com foco na prevenção de doenças e no direito à saúde da população (FOUCAULT, 2008B). Assim, os mecanismos de manipulação social passaram a ser mais sutis, conquistando o consentimento da população e não mais a docilização das pessoas (PASSOS, 2012).

No campo da saúde, nos séculos XIX e XX, os avanços científicos e tecnológicos acentuaram o desenvolvimento da medicina principalmente na cura e na prevenção de doenças. Nesse contexto, foram desenvolvidas intervenções tecnológicas sofisticadas, como, por exemplo, o Centro de Tratamento Intensivo, para pacientes em estado crítico. No Brasil, a partir dos anos 1970, tornam-se mais evidentes reivindicações sociais e políticas em prol da promoção da saúde, em defesa da vida e ampliação da cidadania, que se traduzem no movimento denominado como Reforma Sanitária.

Na atualidade, Ferreira Neto e Araújo (2014) mencionam a existência de distintos modelos de gestão e atenção e modos de relacionamento entre os sujeitos no trabalho em saúde. Trata-se do modelo que traduz a lógica da Reforma Sanitária e daquele que atende aos interesses econômicos neoliberais, com ênfase nas intervenções medicalizantes.

Cabe salientar que o modelo de gestão e atenção defendido pela Reforma Sanitária apresenta gestão democrática, com relações integradas no trabalho em equipe e em rede. Ademais, a Clínica Ampliada privilegia a participação do usuário no tratamento e considera a singularidade dos sujeitos, tendo como foco das ações a promoção da saúde e a Clínica Ampliada (BEDRIKOW; CAMPOS, 2011). Por

outro lado, o modelo neoliberal, predominante nas práticas de saúde, dificulta os avanços do Sistema Único de Saúde (SUS), haja vista a centralização do saber médico, com ênfase na cura de doenças, a escassa participação do usuário, as ações fragmentadas e medicalizantes, caracterizando, pois, a clínica tradicional (FERREIRA NETO; ARAÚJO, 2014). Para Bedrikow e Campos (2011), a clínica tradicional é eficaz para a cura de várias doenças, mas é frágil para lidar com demandas subjetivas.

Nesse cenário híbrido, as necessidades de aprimoramento na gestão e atenção na saúde pública se tornam mais complexas, em decorrência da exigência de qualidade com redução dos riscos assistenciais e controle financeiro. Além disso, para Bernardes *et al.* (2011), há a necessidade da criação de mecanismos para a transformação da cultura dos serviços em prol da integralidade assistencial e democratização da gestão. Nessa perspectiva, há que se chamar a atenção para o protocolo clínico como importante ferramenta de gestão voltada para o controle financeiro e redução dos riscos assistenciais. Sobre os protocolos voltados para a gestão da clínica, Mendes (2011) destaca a importância do envolvimento efetivo da equipe multidisciplinar na sua elaboração com a finalidade de integrar a equipe de saúde.

Apesar dos esforços voltados para a consolidação dos novos modelos de gestão e atenção e, ainda, do estímulo à elaboração de protocolos clínicos com a participação da equipe, observa-se a fragmentação das práticas assistenciais, com visíveis fragilidades no trabalho multidisciplinar. A esse respeito, Bernardes *et al.* (2011) afirmam que a implementação dos novos modelos ou ferramentas gerenciais não são suficientes para assegurar mudanças culturais nos serviços de saúde e, nem mesmo, a integração entre os profissionais, o que decorre da micropolítica das relações, caracterizada por conflitos e corporativismos profissionais.

A partir do contexto descrito, objetivou-se, por meio do presente estudo, analisar

as relações interprofissionais, tomando como referência o dispositivo protocolo clínico em uma unidade de tratamento intensivo pediátrica.

Ressalta-se a existência de estudos no campo da saúde coletiva sobre a micropolítica e subjetividade no trabalho em função da importância de estratégias para a transformação da cultura no SUS e efetivação de seu modelo de atenção e gestão. Nessa direção, este estudo contribui para os demais, enfatizando a importância da atenção integral na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (Utip), mesmo sendo destinado a procedimentos intervencionistas. A Clínica Ampliada na Utip contribui para a humanização da assistência e preparo dos profissionais no lidar com a dimensão subjetiva no envolvimento com as crianças e seus pais. Espera-se que este estudo contribua para a criação de estratégias para a produção de novas formas de relacionamento entre os sujeitos com foco na integralidade e na saúde dos profissionais.

Percurso metodológico

A concepção teórico-metodológica deste estudo é de natureza analítico-descritiva, com abordagem qualitativa (MINAYO, 2007). A estratégia de pesquisa foi o estudo de caso, por tratar-se de uma análise em profundidade de uma unidade em foco. Outro aspecto que caracteriza essa estratégia de pesquisa é a busca pela compreensão de ‘como’ e ‘por que’ ocorrem os fenômenos (DIONNE; LAVILLE, 1999).

O cenário de estudo foi uma Utip de um hospital universitário. A referida unidade foi escolhida por sua complexidade, uma vez que possui alta tecnologia e intensa demanda por acolhimento emocional de crianças e seus pais. A coleta de dados foi realizada por meio de observações participantes, no período de junho a agosto de 2014, em diversos horários de trabalho e em plantões de finais de semana, nos turnos da

manhã, tarde e noite, perfazendo um total de 80 horas. As observações foram registradas em um diário de bordo e focalizaram as práticas e fluxos cotidianos do trabalho dos profissionais de saúde, as relações dos profissionais entre si, as relações desses com crianças e com familiares. Também foram utilizados como fonte de dados documentos e informações presentes no setor, sua organização arquitetônica e os acontecimentos diários. A pesquisadora estabeleceu uma relação próxima e afetiva com os sujeitos, profissionais, crianças e familiares.

A partir das observações, foram realizadas entrevistas com roteiro semiestruturado com um grupo heterogêneo de profissionais de saúde, escolhidos intencionalmente: 2 médicos, 1 enfermeira, 4 técnicas de enfermagem, 2 fisioterapeutas, 1 terapeuta ocupacional, 1 psicóloga e 1 nutricionista, 1 coordenador médico e 1 coordenador da enfermagem, totalizando 14 profissionais. As entrevistas foram concomitantes às observações.

As perguntas norteadoras das entrevistas foram: Como é para você trabalhar em uma Utip? Como é lidar com crianças doentes em uma Utip? Quais são os fatores que facilitam e dificultam o trabalho? Como são as relações interprofissionais? Como é o trabalho em equipe? Há reuniões de trabalho e como são? O que você pensa sobre os protocolos assistenciais? Por se tratar de um roteiro semiestruturado, outras perguntas foram elaboradas no decorrer das entrevistas, com vistas ao aprofundamento das questões sobre a temática em foco.

Os entrevistados foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e sobre seus riscos. O anonimato e o direito de interrupção das entrevistas foram assegurados e, no início das entrevistas, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (Protocolo ETIC nº 30316914.0.0000.51.49) e pelo

Comitê de Ética do hospital. Na apresentação dos resultados, os participantes foram identificados pela letra inicial de sua profissão a fim de se preservar seu anonimato.

Os dados das entrevistas foram submetidos à análise de discurso na perspectiva foucaultiana, identificando os enunciados, os quais consistem em acontecimentos que não estão dados, são produzidos por condições históricas, não são aparentes ou visíveis, mas também não estão ocultos nos atos de linguagem (PASSOS, 2012).

Na perspectiva analítica, assumem-se as práticas sociais e os saberes implicados nas relações de poder entre os indivíduos em um contexto sócio-histórico. Os resultados são apresentados com os seguintes subtítulos: Protocolo como regulador das relações de poder e cuidado de si e dos outros na Utip e cuidados paliativos.

Resultados e discussão

Na articulação entre relações de poder e saber, produzem-se as subjetividades, quer dizer, o modo como as pessoas se relacionam consigo mesmas e com os outros. Assumindo o dispositivo protocolo clínico, são analisados os regimes de verdade que sustentam as relações de poder entre profissionais de saúde, suas práticas discursivas e não discursivas. Considerou-se o dispositivo articulado aos três grandes eixos descritos por Foucault: o saber, o poder e a subjetividade.

O contexto sócio-histórico dos Centros de Tratamento Intensivo (CTIs) aponta que sua criação é produto do desenvolvimento da medicina intervencionista, com ênfase na patologia. O CTI surgiu na década de 1940, nos Estados Unidos da América e na Europa, no contexto de uma epidemia de poliomielite, para concentrar doentes críticos, com necessidades de intervenções terapêuticas invasivas, com monitoramento contínuo.

A denominação CTI refere-se ao agrupamento em uma mesma área física de mais de

uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A UTI, por sua vez, é uma área crítica destinada à internação de pacientes graves, com patologias ou faixa etária específicas. Esse setor é normatizado pela Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa) (BRASIL, 2010).

Nos CTIs em geral, os saberes tecnocientíficos, a regulação dos procedimentos e o uso de protocolos clínicos são imprescindíveis para a eficiência e eficácia no trabalho. Ademais, o fato de a Utip, cenário da investigação, pertencer a um hospital universitário reforça a demarcação de um território com concentração de poder em torno do ensino e da ciência (CARMO ET AL., 2007). Na Utip em estudo, foram observadas disputas de saber entre pediatras intensivistas e outros especialistas.

Após a Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS, os hospitais universitários sofreram mudanças na gestão para se integrarem à rede assistencial e atenderem aos compromissos pactuados com as instâncias gestoras do SUS, entre esses o uso de protocolos assistenciais (CARMO ET AL., 2007). Os protocolos clínicos ou assistenciais são recomendações para as práticas assistenciais baseados em evidência científica, elaborados de forma sistemática, a partir de orientações concisas sobre diagnóstico e tratamento. São importantes ferramentas gerenciais e para atualização clínica, sendo utilizados para reduzir a variação das ações na prática clínica por meio de normatizações (WERNECK; FARIA, 2009).

Protocolo regulador das relações de poder

Especificamente em relação ao cenário da pesquisa, observa-se que se trata de um setor com forte regulamentação por leis, normas e protocolos. Na entrevista, o médico 3, ao ser indagado sobre a observância dos protocolos, relata:

Quando eu falo dos protocolos, nossos protocolos são para nós mesmos seguirmos, né? Só

os médicos. Então tem muita coisa assim para as outras clínicas. Tem poucos protocolos multidisciplinares. (M.3).

Essa enunciação explícita que os protocolos da Utip são fundamentados em conhecimentos médicos, ou seja, pertencem aos médicos. Esse fato confere lugar de poder e verdade no setor. Além disso, a escassez de protocolos multidisciplinares expressa a falta de participação efetiva da equipe na elaboração dos protocolos e o predomínio do saber médico.

Apesar de os protocolos serem médicos, os profissionais atribuem valor a seu uso, como no relato a seguir:

Eu sou suspeita, porque eu sou defensora máxima da padronização no Utip, não da mecanização da padronização. Quando você atende, você tem um protocolo de atendimento, esse é o protocolo, mas foge da mecanização, você faz um acalento na criança, você vê como ela está. (Fisio.2).

Nesse discurso, há uma defesa pela padronização como forma de organização do trabalho, mas sem mecanização dos procedimentos, trazendo à tona a polêmica sobre o uso dos protocolos e a objetivação de relações, contrários às discussões de humanização. Alguns estudos em UTI, como os de Araújo (2005), evidenciam que o uso de protocolos, normas e o lidar com máquinas complexas pelos trabalhadores influenciam as relações, que se tornam objetivadas entre os profissionais e os pacientes.

Alguns profissionais resistem ao uso de protocolos, por acreditarem que são dispensáveis para o exercício em sua área de atuação, como no relato a seguir:

[...] na verdade, a Terapia Ocupacional especificamente, por não ter obrigatoriedade na equipe. A gente está construindo os protocolos aos poucos. [...] assim, sinceramente, eu acho que as normas são importantes, mas é [...] pra gente ter como

consulta mesmo [...], mas eu acho que na questão da Terapia Ocupacional elas não sejam essenciais, imprescindíveis. (TO).

Esse relato defende a não obrigatoriedade da exclusividade dessa categoria profissional no setor, mas os profissionais da psicologia, nutrição e fonoaudiologia também não precisam ser exclusivos, são desejáveis na atenção aos pacientes, segundo as normatizações estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária do SUS (Anvisa) para a autorização do funcionamento dos CTIs. Essa regulamentação fragiliza a integração desses profissionais na equipe e a incorporação de outros campos de conhecimentos relacionados à atenção integral nas discussões da equipe.

Ressalta-se que o fato desses profissionais não serem exclusivos no setor fragiliza a sua integração com os demais membros da equipe. Além disso, esses profissionais não se sentem reconhecidos, conforme o relato:

A gente fica assim [...] não é reservado não, mas eles não reparam muito a nossa presença. Então, na passagem de plantão, a gente não tem que estar sempre, de vez em quando a gente consegue acompanhar. (TO).

Durante a observação, verificou-se que os profissionais da terapia ocupacional, da psicologia, da nutrição e da fonoaudiologia não participavam das reuniões na corrida de leitos. Esses profissionais não tinham seus protocolos concluídos e não os utilizavam na Utip, o que, na cultura da Utip, fragiliza ainda mais o reconhecimento de sua atuação, por ser um setor que valoriza práticas fundamentadas em evidência científica. A psicóloga relatou a esse respeito:

Olha, é [...] com relação a protocolo, a gente está mesmo formalizando, mas na Utip a gente não segue muito protocolo, é o trabalho mesmo de acompanhamento. (P.1).

Nas observações, percebeu-se que as relações profissionais são reguladas pelas práticas cotidianas. Nesse sentido, a terapia ocupacional se relaciona prioritariamente com a psicologia, e a fisioterapia com a fonoaudiologia, enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos em decorrência do trabalho conjunto. A respeito da dificuldade de integração com os profissionais não exclusivos no setor, a Físio (2) relatou:

É muito difícil, muito difícil, é por questões do número de profissionais, até da integração que esses outros profissionais têm aqui dentro, mas com a fonoaudiologia é mais tranquilo, a gente trabalha junto.

A integração profissional, em função da afinidade na prática de trabalho, não é suficiente para uma Clínica Ampliada, pois esta requer também a integração de campos de conhecimentos distintos, produzindo uma visão ampliada de saúde. A Clínica Ampliada, como afirmam Bedrikow e Campos (2011), considera a ampliação do objeto de intervenção, incluindo não só a doença, mas também o sujeito e seu contexto, sua forma de viver. Para tal, é necessária a participação dos sujeitos no tratamento e o trabalho em equipe multidisciplinar.

Em contraposição à perspectiva da Clínica Ampliada, a falta de reuniões multidisciplinares com a participação efetiva dos profissionais dificulta a integração e a visão ampliada sobre a saúde. Evidenciou-se que as reuniões multiprofissionais ocorrem diariamente, na passagem de plantão no turno da manhã, mas têm pouca participação da equipe, uma vez que possuem a finalidade de discutir casos mediados pelo discurso médico, direcionados para orientações clínicas. A respeito da participação nas reuniões, a psicóloga relatou:

Olha, atualmente, a gente não tem conseguido participar, aquela reunião é extremamente técnica, ah, o nível de potássio é tanto, é uma reunião super-rápida, de passagem de plantão, em que os profissionais estão querendo ir embora, outros

estão chegando. Então, comecei a participar um tempo, e não estava funcionando. (P.1).

Durante as observações, constatou-se que a fisioterapia participava mais das reuniões do que os demais profissionais. Essa proximidade é evidenciada na elaboração dos protocolos, uma vez que a fisioterapia elaborou alguns protocolos em parceria com os médicos, o que contribuiu para a integração de suas práticas, como no relato abaixo:

Aqui a gente tem alguns protocolos, já prontos, a fisioterapia e a equipe médica também têm muitos. No ano passado, eu até ajudei a montar dois desses protocolos. E a gente tenta colocar em prática, mas o trabalho todo ainda não está sistematizado. Eu acho que tinham que, de alguma forma, conscientizar as pessoas da importância disso, sabe? (F.2).

Esse discurso destaca as resistências dos profissionais com relação ao uso dos protocolos, que, nesse setor, são exigências dos médicos, deixando transparecer o conflito entre os profissionais.

No entanto, mesmo os protocolos da Utip sendo fundamentados no discurso médico, observa-se a resistência de alguns profissionais médicos em sua utilização, como no seguinte relato: “Os protocolos são seguidos, mas a gente ainda tem a cultura de achar que, o eu acho, tem muito do eu acho [...], mas isso está mudando” (M.1). O eu acho refere-se ao conhecimento não fundamentado em parâmetros científicos.

A resistência no seguimento de protocolos refere-se à resistência com a regulação das práticas clínicas (MENDES, 2011). No entanto, o seguimento dos protocolos confere valor perante conflitos interprofissionais e disputas de poder, como na relação entre médicos da Utip e os cirurgiões, como explicitado:

Aí começou a aparecer outro ponto de conflito, que antes era menos que [...] quando não tinha um segmento da ação entre os médicos, o especialista entrava aqui e determinava e fazia o que queria. A

partir do momento que a equipe médica se organizou, é: você quer que faça isso com esse paciente, mas por quê? Cadê o protocolo disso? (M.3).

Percebe-se, por meio do discurso de M.3, que os protocolos legitimam as práticas e regulam as relações de poder. Na Utip, os médicos entrevistados relataram conflitos na definição de procedimentos com os especialistas, principalmente com os da cirurgia. Mediante esses conflitos, os protocolos fortalecem os pediatras em suas decisões terapêuticas.

Em outras situações, foram identificadas divergências entre profissionais quanto a procedimentos, e os protocolos asseguraram a decisão de quem os conhecia, como no relato dessa técnica de enfermagem:

Eu acho essenciais as normatizações, porque, quando existe um protocolo [...] quando há um protocolo, né? E, se eu não estou seguindo o protocolo que está escrito, o erro é meu. Quando o médico me cobra fora daquilo, ele não tem como cobrar, então, na realidade, o protocolo me respalda, excelente! Eu acho que tudo tem que ter um protocolo. (Tec.2).

Esse enunciado demonstra a importância dos protocolos para o posicionamento dos profissionais no setor e perante os conflitos.

Em diferentes ocasiões, foram observados médicos questionando a organização do trabalho de outros profissionais, principalmente das técnicas de enfermagem, explicitando os modos de relacionamento entre os sujeitos, como no seguinte relato:

Então, a gente ficou com um grupo novo de médicos, homogêneo, mas ainda um pouco mais estressado, exigente e, principalmente, exigente. Amenizou embates e brigas por coisas bobas, mas começou a ter um tipo de cobrança [...], mas se eu tenho meus protocolos e tenho uma assistência organizada, na hora que eu vou lá, e a parte

do outro falha, não se consegue manter o protocolo, isso gera briga na beira do leito. (M.3).

Esse discurso apresenta o valor atribuído aos protocolos para segurança das práticas e justifica os conflitos interprofissionais. Foi possível constatar, inclusive, a regulação do trabalho de enfermeiros por parte de médicos, como nessa afirmação de E.2:

Muitas vezes as pessoas não respeitam o que a gente fala, briga com você por causa de [...], mas eu estudei também, né? Eu estudei para ser enfermeira, né? Isso é muito ruim aqui dentro, não é levado em consideração que teve a implantação do check list na corrida de leito, que estressou todo mundo. O check list feito pelos médicos e é da enfermagem.

O predomínio da clínica tradicional no setor relacionado à necessidade dos saberes e decisões médicas fragiliza o reconhecimento dos demais profissionais. Carapinheiro (1998), em sua pesquisa em um hospital, evidenciou que a regulação do trabalho dos demais profissionais de saúde por parte dos médicos é comum no cotidiano dos hospitais e caracteriza as relações de poder. Os médicos, no hospital, possuem um autogoverno sobre suas ações, ao mesmo tempo em que interferem na atuação dos demais profissionais.

Perante esses conflitos, observou-se que a equipe de técnicos de enfermagem registra continuamente seus procedimentos, para se protegerem. O registro é outro mecanismo de regulação das relações, assim como os protocolos clínicos. A esse respeito, uma profissional relatou: “*Nós registramos pouco até, deveríamos registrar mais, pois isso nos dá respaldo*” (Tec.2). O respaldo refere-se novamente à defesa desses profissionais diante de possíveis acusações ou processos legais.

O cuidado de si e dos outros na Utip e cuidados paliativos

Entende-se que o saber médico, predominante na organização, subsidia e regula as práticas de trabalho, produzindo modos de relacionamento entre os profissionais. Nessa perspectiva, os profissionais na Utip apresentam o discurso do autocuidado, na perspectiva da biopolítica: “*Eu faço exercício físico, não fumo, não bebo, mas gosto muito de sair*” (M.1). Identifica-se que os profissionais se referem aos cuidados com seus corpos orgânicos. A respeito do cuidado de si na atualidade, os estudos de Foucault (2004) sobre a produção de subjetividade desde a antiguidade apontam mudanças com relação ao modo como as pessoas entendem o cuidado de si ao longo da história. Na antiguidade, esse cuidado relacionava-se ao exercício reflexivo sobre si mesmo; no cristianismo, é associado a atitudes individualistas, valorizando os sacrifícios pessoais para a conquista da vida eterna. Com o apogeu da ciência, a ênfase do cuidado de si se torna a busca constante do conhecimento racional sobre si mesmo.

Ademais, os profissionais valorizam tanto os controles que seguem que parecem identificar-se com eles em seus relacionamentos, como neste relato: “*Eu tenho essa coisa de perfeccionismo, temos isso. Um rigor excessivo, o rigor não é ruim, mas, em contrapartida, ele traz um pouco de neurose*” (E.3). O perfeccionismo necessário na atividade de trabalho é incorporado às condutas do sujeito, mas representa um sofrimento mental, nesse discurso. Segundo o médico (2):

Às vezes, quinze minutos numa tomada de decisão, que você atrasa, faz a diferença; às vezes, numa parada cardíaca, segundos fazem a diferença. Então, eu acho que o próprio ambiente te cobra isso.

Outra profissional analisa o perfil dos profissionais do setor:

Aqui é muito tenso, né? Todos são muito perfeccionistas, porque eu também sou, eu tenho o meu, né? [...] eu tenho muita intolerância quando as meninas trabalham de qualquer jeito. (E.2).

O ritmo intenso de trabalho, as exigências de controle e a fragilidade do trabalho em equipe multiprofissional intensificam as dificuldades no lidar com falhas, com erros, e principalmente com a morte de crianças. Ante essas dificuldades, as relações tornam-se tensas, com culpabilização pelos erros e se tornam propícias aos conflitos, como relatado:

A equipe é muito exigente, muito envolvida, mas assim se envolve muito emocionalmente, às vezes, com os casos, a ponto de ser assim, quase igual a um parente seu, aquele paciente que está ali. Então isso é [...], mas, assim, é doente a ponto de ter que se afastar para dar um tempo, mas eu sei que aqui o sofrimento é muito grande e que alguns trocam plantão para não ficar naquele período. Outros sofrem muito e reagem de uma forma sendo mais exigente, cada um tem uma reação. (M.1).

Esse relato refere-se ao intenso envolvimento afetivo dos médicos com as crianças, como se fossem um parente, mas sem referências para lidar com a dimensão subjetiva implicada nos afetos mobilizados, o que produz sofrimento no trabalho ou comportamentos exigentes. Não só os médicos, mas também os demais profissionais se envolvem com as crianças e sofrem com algumas mortes que mobilizam a equipe. Outros estudos também evidenciam esse envolvimento dos profissionais na Utip com as crianças e com seus pais (PITTA, 1999).

O sofrimento despertado é projetado nas relações familiares e cotidianas dos profissionais, como mostra o próximo relato:

Eu sou uma pessoa que tem muito medo de morrer o tempo todo, e eu sou uma pessoa que, se

minha filha tem um resfriado, eu choro. Porque a gente vê que uma infecção de garganta, às vezes, pode virar uma miocardite, você está me entendendo? A gente fica meio neurótico. (Tec.2).

O médico 1, em resposta ao modo como os médicos se preparam para lidar com o sofrimento provocado no trabalho, responde:

Ah! Não tem preparo não, a gente não. A gente faz reuniões na equipe médica, muito mais para discutir tratamento, mas para tratar da saúde mental não tem um tipo de abordagem, não tem discussão, não tem reunião com a psicologia. (M.1).

Esse relato reflete a negação da subjetividade no discurso médico que, mesmo perante a constatação do sofrimento dos profissionais, não dispõe de estratégias para a expressão de sentimentos e reflexão sobre a morte. Pitta (1999), em seus estudos sobre o lidar com dor e morte como ofício, também evidencia essas dificuldades dos profissionais em lidar com a morte de crianças.

A dificuldade em lidar com a morte e a fragilidade do trabalho em equipe multiprofissional são evidenciadas no seguinte discurso, em justificativa à falta de protocolo para os cuidados paliativos no setor:

Eu acho que não vai ter, não tem como você esperar um protocolo de cuidados paliativos aqui, tem como você ter uma linha de raciocínio. Na pediatria não tem essa discussão, você acha que o menino pode, e para a família também e para a mãe tem que investir, como em casos neurológicos, por exemplo. (M.3).

Essa enunciação traz à tona a discussão de temas da bioética sobre investimento na recuperação da saúde diante de quadros clínicos com acentuados comprometimentos, como, por exemplo, nos casos neurológicos, nos quais a criança pode ficar dependente eternamente de respiradores artificiais. Rego *et al.* (2008) afirmam que a bioética tem sido amplamente discutida a partir

do crescimento de pesquisas e de práticas científicas que intervêm na vida dos sujeitos, muitas vezes desconsiderando seus valores, direitos e escolhas.

Outro profissional relatou sua indignação com a situação do não reconhecimento dos limites terapêuticos.

[...] tem hora que tem de saber a hora de parar, né? Até quando investir em uma situação que não é nada de eutanásia, não é nada de distanásia, não é nada disso, é tentar entender que tem um limite, né? (F.2).

O planejamento dos cuidados paliativos é fundamental em todos os níveis de atenção à saúde. Deve ser iniciado desde o diagnóstico de uma doença crônica fora de possibilidades terapêuticas até a fase terminal. A discussão em torno da bioética contribui para a formação ética dos profissionais de saúde, uma vez que participa da constituição da reflexividade e construção identitária dos profissionais (RAMOS; DO Ó, 2009).

Para ampliar a discussão da bioética, é importante uma política que articule esses cuidados em todos os níveis de atenção, incluindo as Utips. Os cuidados paliativos são ações que proporcionam conforto e apoio aos pacientes e familiares no processo de doença até a fase final da vida, contemplando os aspectos psicossociais e espirituais, relacionados aos princípios do SUS. Não são ações para apressar ou adiar a morte. Salienta-se que os profissionais de saúde necessitam ser capacitados para esses cuidados (MENDES; VASCONCELLOS, 2015). As discussões a respeito dos cuidados paliativos podem estimular expressões de sentimentos e novas reflexões para a integralidade assistencial e para a saúde dos profissionais.

Entende-se, de acordo com Foucault (2008A), que o poder da ciência, estimulado pelo discurso biopolítico de intervir sobre a vida, prolongando-a, distancia cada vez mais os profissionais da saúde e

a população de conceberem a morte como parte inerente à vida. Assim, a morte passa a ser mais proibida de ser dita do que a sexualidade na atualidade. Em função dessa negação, muitas vezes, intervenções médicas prolongam vidas sem analisarem as possibilidades de vida humana digna.

Pereira (2006) descreve que o surgimento da especialidade da pediatria foi impulsionado pela biopolítica, atendendo às intervenções em prol da redução da taxa de mortalidade infantil, que representam qualidade de vida da população em geral. Em pesquisa sobre a história da pediatria no Brasil, Pereira (2006, p. 2) defende que

No limite, a pediatria na história não fala da morte infantil, porque excluiu de seu campo de formação e de prática o enfrentamento reflexivo e a simbologia dos limites de seu saber.

A dificuldade em lidar com limites nas práticas e com a morte exacerba o sofrimento no trabalho dos profissionais e os conflitos em função de culpabilização pelos erros. O médico 1, em resposta a como se sente após uma morte inesperada na Utip, argumenta:

[...] eu fico assim, com aquele sentimento de culpa, será que eu fiz tudo pelo meu paciente. Não, agora, assim eu estudo, fiz tudo que era para ter feito, fico assim com esse sentimento.

Esse relato traz à tona o sentimento de responsabilidade pela morte da criança, como se o profissional tivesse o controle sobre a vida. O lidar em um setor com recursos sofisticados para intervenção e prolongamento da vida parece produzir um imaginário controle sobre a vida por parte dos profissionais, principalmente dos médicos. As dificuldades vivenciadas nesse contexto são projetadas nas relações entre os profissionais, principalmente na relação entre os médicos e a enfermagem.

Salienta-se que o grupo de profissionais da enfermagem se encontra mais

vulnerável, tanto pelo processo de trabalho, que envolve um lidar contínuo com crianças instáveis, como também por se tratar de um grupo numeroso e heterogêneo de profissionais com diferentes níveis de formação. Além disso, na ocasião da pesquisa, o hospital tinha realizado um concurso público para regularizar os contratos precários de trabalho, pois havia diferentes vinculações.

Conclusão

A Utip em estudo é uma unidade que se caracteriza pelo saber especializado, médico centrado, altamente tecnologizado, regulado por normas, leis e protocolos. A organização do serviço reproduz a fragmentação da assistência, pela dificuldade do convívio com os profissionais da psicologia e da terapia ocupacional. Evidenciou-se que, a despeito de os protocolos clínicos regulararem as relações entre os profissionais e se traduzirem em qualidade assistencial para os profissionais, estes não asseguram a integração da equipe.

Na micropolítica das relações, identifica-se a produção de subjetividades por meio dos saberes biomédicos, caracterizadas como perfeccionistas, com dificuldades em lidar com a falta de controle, com o afeto despertado pelas crianças e seus pais e com a morte. Parte-se do entendimento de que a clínica tradicional não oferece saberes e práticas para lidar com a dimensão subjetiva, reduzindo-a a noção de sujeito estritamente racional. A noção de sujeito da Clínica Ampliada é de sujeito habitado pelo não saber, constituído sócio-historicamente, e em permanente construção, sendo importante a reflexividade sobre si mesmo para o cuidado de si e a busca de transformação. Esse é um trabalho ético defendido por Foucault (2004).

Salienta-se, por meio dos estudos sobre a bioética, a potência dos protocolos multidisciplinares para os cuidados paliativos

para integração da equipe e formação ética dos profissionais, uma vez que abre espaço para a expressão de sentimentos e reflexões sobre a morte e sobre o papel de cada profissional na assistência. Ressalta-se que o presente estudo se restringiu a uma unidade de internação pediátrica, sendo necessárias novas pesquisas sobre a micropolítica em outros hospitais e setores.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), fundação do Ministério da Educação (MEC) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo investimento na formação em doutorado sanduíche na Universidade de Lisboa. ■

Referências

- ARAÚJO, L. F. S. *Processos de subjetivação inscritos na constituição da experiência de si da/o enfermeira/o nas práticas assistenciais de um cenário de trabalho exemplar: a Unidade de Terapia Intensiva*. 2005. 234 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- BEDRIKOW, R.; CAMPOS, G. W. S. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 57, p. 610-613, 2011.
- BERNARDES, A. et al. Modelo de gestão colegiada e descentralizada em hospital público: a ótica da equipe de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, p. 1003-10, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_20.pdf>. Acesso em: 2 out. 2013.
- BRASIL. *Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010*. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%207-2010.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2014.
- CARAPINHEIRO, G. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento, 1998.
- CARMO, M.; ANDRADE, I. G.; MOTA, J. A. C. Hospital universitário e gestão do sistema de saúde: uma trajetória positiva de integração. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 11, n. 4, p. 387-394, jan./mar. 2007.
- DIONNE, J.; LAVILLE, C. *A Construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas*. Belo Horizonte: UFMG, 1999.
- FERREIRA NETO, J. L.; ARAÚJO, G. J. N. Gestão e subjetividade no SUS: o enfrentamento de impasses em tempos neoliberais. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 26, n. 3, p. 675-684, 2014.
- FOUCAULT, M. *Hermetútica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- _____. *Nascimento da Biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.
- _____. *Segurança, território, população*. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.
- MENDES, E. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 881-892, set. 2015.
- MENDES, V. E. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2007.
- PASSOS, I. C. F. A noção de discurso em Michel Foucault. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. PET-Ciências Sociais (Org.). *O poder em perspectiva*. Belo Horizonte: Sografe, 2012. p. 79-88.
- PEREIRA, J. S. *História da Pediatria no Brasil de final do século XIX a meados do século XX*. 2006. 2011 f. Tese

(Doutorado em História) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec, 1999.

RAMOS, F. R. S.; DO Ó, J. Bioética e identidade profissional: a construção de uma experiência de si do trabalhador da saúde. *Interface*, Botucatu, v.13, n. 29, p. 259-70, abr./jun. 2009.

REGO, S.; GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética e humanização como temas transversais

na formação médica. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a11.pdf>>. Acesso em: 8 abr. 2015.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. *Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço*. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

Recebido para publicação em abril de 2015
Versão final em setembro de 2015
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Condicionantes do diagnóstico tardio do câncer cervical na ótica das mulheres atendidas no Inca*

Conditioning factors in the late diagnosis of cervical cancer from the perspective of women treated at Inca

Gabriela Rangel¹, Luciana Dias de Lima², Eliane Portes Vargas³

RESUMO Neste estudo, identifica-se a contribuição de fatores para o diagnóstico tardio do câncer de colo uterino entre mulheres atendidas no Instituto Nacional do Câncer no Rio de Janeiro. Considerou-se as categorias ‘acessibilidade’ e ‘vínculo’ na análise das informações, tendo como pressuposto a importância da integralidade como eixo norteador das práticas em saúde. Apoiado na abordagem qualitativa, as estratégias metodológicas incluem a observação direta e entrevistas semiestruturadas. Os resultados sugerem que as concepções e percepções das mulheres em relação à doença e à atenção à saúde e o vínculo destas com os profissionais atuam de modo inter-relacionado, condicionando o acesso aos serviços.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde; Neoplasias do colo do útero; Diagnóstico tardio; Acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT *This study identifies the contribution of some factors for the late diagnosis of cervical cancer among women treated at the National Cancer Institute in Rio de Janeiro. The categories considered in analyzing the information were ‘accessibility’ and patient-doctor ‘relationship’, based on the premise of the importance of comprehensiveness as a guiding principle in health care. A qualitative approach was adopted involving the methods of direct observation and semi-structured interviews. The results suggest that the women’s ideas and views regarding the disease and the health care, and their bond with the health care professionals are interrelated and condition access to the services.*

KEYWORDS *Health evaluation; Uterine cervical neoplasms, Late diagnosis; Health services accessibility.*

*O artigo deriva da dissertação ‘Condicionantes do diagnóstico tardio do câncer de colo de útero na perspectiva de mulheres atendidas no Inca: contribuições da abordagem qualitativa’, realizada na Ensp/Fiocruz, com bolsa Capes.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil
rangel.gabriela@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil
luciana@ensp.fiocruz.br

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Oswaldo Cruz (IOC) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
epvargas@ioc.fiocruz.br

Introdução

O câncer configura-se atualmente como um importante problema de saúde pública no cenário nacional e internacional. Estimativas da *International Agency for Research on Cancer*, da Organização Mundial de Saúde (OMS), sugerem que, em 2030, o número de casos novos da doença chegará a 21,4 milhões, atingindo cerca de 13,2 milhões de óbitos, em consequência do envelhecimento da população, da redução na mortalidade infantil e das mortes por doenças infecciosas em países em desenvolvimento (INCA, 2014). Particularmente, as taxas de incidência do câncer de colo uterino nas mulheres brasileiras estão entre as mais altas do mundo (FIOCRUZ, 2012), sendo o terceiro câncer mais frequente nesse grupo, com uma estimativa de 15.590 casos novos para 2015, ou seja, um risco estimado de 15,33 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2014).

A forma mais eficaz de controle desse tipo de tumor é através do diagnóstico e tratamento das lesões precursoras e tumorais invasoras em seus estágios iniciais, quando o potencial de cura é expressivo. Nesse sentido, o exame citopatológico (Papanicolau) aumenta as possibilidades terapêuticas na medida em que contribui para o diagnóstico precoce dessas lesões. Em anos recentes, pesquisas demonstraram o papel promissor da vacina contra o *HPV (Human Papilloma Virus)* para o combate ao câncer do colo do útero, entretanto os resultados indicam que não se pode prescindir das ações de prevenção e de detecção por meio do rastreamento de alterações citológicas em mulheres assintomáticas como estratégias de controle da doença (INCA, 2014).

Tais conhecimentos permitem constatar que a formulação e a implementação de políticas voltadas para a redução da incidência e da mortalidade do câncer de colo uterino podem contribuir para o alcance de resultados efetivos no que tange a mudanças no quadro epidemiológico da doença no País.

No Brasil, ao longo dos anos, foram desenvolvidas diversas ações e estratégias de rastreamento e controle do câncer de colo de útero. Entretanto, somente em 1998, o governo brasileiro reconheceu a necessidade de uma atuação em âmbito nacional, desenvolvendo, por meio do Instituto Nacional do Câncer (Inca), vinculado ao Ministério da Saúde (MS), o Programa Nacional de Rastreamento do Câncer do Colo Uterino – Programa Viva Mulher. Seu objetivo consistia na redução da mortalidade e das repercussões físicas, psíquicas e sociais desse câncer na mulher, por meio da estruturação de uma rede de atenção que visava reduzir a desigualdade de acesso ao rastreamento e tratamento das lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma *in situ* (MORAES, 1997).

A partir do Programa Viva Mulher, observou-se uma crescente ampliação da oferta de exames citopatológicos no País, com o aumento de menos de 7 milhões de exames por ano, em 1998, para 10,4 milhões em 2004 (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005). Contudo, as ações de prevenção e detecção precoce não tiveram o impacto esperado na redução das taxas de morbimortalidade por câncer do colo do útero no mesmo período.

Em 2005, novas metas e estratégias para o controle do câncer de colo do útero e da mama foram estipuladas no âmbito da Política Nacional de Atenção Oncológica, sendo que, em 2006, tornou-se prioridade do Pacto pela Vida e um compromisso assumido pelas três esferas de governo para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre as iniciativas mais recentes voltadas para o aprimoramento das ações específicas de controle do câncer de colo de útero no Brasil, destacam-se: a criação de um grupo de trabalho, em 2010, com a finalidade de avaliar o Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo do Útero; a atualização das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento de Câncer do Colo do Útero em 2011; e a inclusão das ações de controle de câncer entre

os 16 Objetivos Estratégicos do Ministério da Saúde para o período 2011-2015, no que tange à Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas.

Contudo, a despeito dessas iniciativas, levantamentos recentes sugerem que as propostas para a detecção precoce e controle do câncer de colo de útero no Brasil permanecem com um enfoque programático e restrito, não garantindo a articulação adequada das ações e serviços de rastreamento, investigação diagnóstica, tratamento e acompanhamento das mulheres com lesões sugestivas.

O presente estudo parte do pressuposto de que as avaliações sobre o acesso em uma perspectiva mais ampla podem ajudar no planejamento e na implementação de ações de saúde mais efetivas. Além disso, considera-se que as avaliações das ações de controle do câncer de colo do útero devem também considerar o ponto de vista das mulheres atendidas nos serviços de saúde, aspecto relevante em termos das posições diferenciadas que elas ocupam na estrutura social e institucional que envolve o cuidado à saúde. Portanto, torna-se importante investigar as visões, valores e experiências destes atores, denominados genericamente nos estudos e práticas avaliativas em saúde como usuários dos serviços de saúde, e não apenas as dos gestores e profissionais (BOSI; UCHIMURA, 2010).

Algumas abordagens nessa direção podem ser observadas em estudos recentes. Méndez, Acevedo e Ceballos (2010), por exemplo, apontam que as políticas e os programas de saúde voltados para o controle desse câncer apresentam um baixo impacto, pois desconhecem as percepções, vivências e significados atribuídos pelas mulheres, resultando em estratégias inadequadas de comunicação para promover uma cultura de prevenção e autocuidado. Nesta direção, Cruz e Loureiro (2008) sugerem que uma boa estratégia de envolvimento das mulheres nas ações preventivas, ainda não alcançadas nas campanhas, é tornar os programas

de prevenção mais próximos das crenças e valores culturais delas.

Tal discussão suscita algumas indagações, entre as quais a que motivou a realização deste estudo: como aspectos relacionados à acessibilidade e ao vínculo estabelecido entre as mulheres e os serviços de saúde podem contribuir para o diagnóstico tardio do câncer de colo de útero no Brasil? Nessa direção, a pesquisa teve como foco a avaliação dos fatores que intervêm nesses processos na perspectiva das mulheres com estágio avançado da doença, privilegiando-se aspectos subjetivos e culturais e relacionados à organização e às práticas dos serviços de saúde, que interferem no acesso, adesão e continuidade das ações de prevenção do câncer de colo uterino.

Método

O estudo foi realizado no Inca/Hospital do Câncer II (HC II), na cidade do Rio de Janeiro, em 2010. Caracterizou-se pela abordagem qualitativa, a fim de analisar os fatores condicionantes do diagnóstico tardio do câncer de colo uterino a partir da ótica das mulheres atendidas. Pretendeu-se identificar dois conjuntos de fatores: um de ordem institucional, relacionado à organização e às práticas dos serviços de saúde; outro relativo aos aspectos culturais, modeladores da percepção da doença que interferem no acesso, adesão e continuidade das ações de prevenção do câncer de colo uterino e condicionam a procura de ações e serviços de prevenção e diagnóstico precoce. Tendo em vista esses fatores e suas inter-relações, as categorias 'acessibilidade' aos serviços de saúde e 'vínculo' estabelecido entre profissionais e usuárias dos serviços de saúde foram eleitas como fundamentais na avaliação das ações e estratégias de rastreamento e controle do câncer de colo de útero.

Além disso, adotou-se a perspectiva da avaliação qualitativa de programas de

saúde, a fim de incluir as demandas subjetivas, percepções, valores, sentimentos e desejos dos atores envolvidos nas ações em saúde (BOSI; UCHIMURA, 2010), imprescindíveis aos objetivos do estudo.

As estratégias metodológicas adotadas foram a observação direta e as entrevistas semiestruturadas (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). O trabalho de campo teve duração de 3 meses e iniciou-se com a observação direta, visando contextualizar as demandas das mulheres por atendimento, seguindo-se da realização das entrevistas semiestruturadas.

As entrevistas foram realizadas com mulheres, atendendo aos seguintes critérios: portadoras de câncer de colo de útero avançado, matriculadas no Hospital do Câncer II (HC II) em 2010 e com indicação de tratamento ambulatorial combinado de radioterapia e quimioterapia, pois estes possibilitariam compreender os fatores concorrentes para o desfecho desses casos extremados. Neste estudo, foi considerado como câncer de colo uterino avançado os casos da doença classificados a partir do estadiamento II B, estabelecido pelas Rotinas do Serviço de Ginecologia do HC II/Inca, nos quais as possibilidades de tratamento são limitadas – aumento da probabilidade de complicações, diminuição das chances de cura e sobrevida.

O eixo orientador da análise corresponde à perspectiva da integralidade na organização e nas práticas dos serviços de saúde (MATTOS, 2007), visando privilegiar as percepções e concepções dos usuários nos estudos avaliativos em saúde. Segundo Mattos (2007), a integralidade envolve o desafio de construção de arranjos nos serviços de saúde, que considere o ponto de vista específico dos usuários de modo a colocá-lo no centro das discussões sobre a organização das práticas.

Convergentemente com essa perspectiva, a categoria acessibilidade expressa tanto as características da oferta relacionada ao sistema de saúde quanto as dos indivíduos no que concerne às relações estabelecidas entre eles no uso de serviços de saúde,

indicando o grau de ajuste/desajuste entre as necessidades da população e os recursos utilizados (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; CAMPOS, 2006). Por outro lado, o vínculo estabelecido entre os usuários e profissionais nos serviços, um dos aspectos que intervêm na acessibilidade, foi destacado como categoria relevante dada a sua importância “para a instituição de uma prática clínica de qualidade” (CAMPOS, 2006, p. 63). Reconhece-se que o estabelecimento de vínculos se encontra também emoldurado pelos atributos dos serviços em termos de oferta de recursos, ultrapassando-o. No entanto, torna-se importante observar, na interação dos usuários com os profissionais, como as mulheres o percebem e, sobretudo, como lidam com as informações visando o acesso à atenção à saúde. Destacou-se, assim, como elementos para avaliação do vínculo, as percepções das mulheres quanto às relações estabelecidas nos serviços de saúde, os significados atribuídos aos cuidados oferecidos, à continuidade dos atendimentos e à satisfação de suas necessidades.

O estudo atende às determinações das questões éticas em pesquisa (BRASIL, 1996), tendo sido aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas no estudo através dos protocolos nº 89/10 CEP/Ensp e nº 59/10 CEP/Inca. As mulheres entrevistadas foram informadas e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e discussão

O grupo da pesquisa foi composto por 9 mulheres, maiores de 18 anos e não portadoras de doença mental (*quadro 1*). A idade das entrevistadas variou de 31 a 76 anos de idade, sendo a maioria natural e residente do Rio de Janeiro. O nível de escolaridade correspondeu a: 2 entrevistadas com ensino médio, 1 com ensino médio e técnico, 3 com ensino fundamental, 1 com ensino fundamental incompleto, 1 apenas com alfabetização e

1 sem estudo. Quanto ao estado civil, 2 entrevistadas se declararam casadas, 2 viúvas, 4 solteiras e 1 divorciada, sendo que entre estas últimas, apenas uma das mulheres residia sozinha - as demais com companheiros. Ressalta-se que as mulheres, em geral, apresentaram uma efetiva rede de suporte familiar e social, mesmo em situação de

ausência de companheiros. A condição socioeconômica - expressa através da renda familiar - variou de 1 a 3 salários mínimos; e as ocupações corresponderam ao trabalho doméstico, do lar, serviços gerais ou técnicos. A situação da doença, no entanto, já provocara, no momento das entrevistas, o afastamento das atividades laborais de 3 entrevistadas.

Quadro 1. Perfil das mulheres entrevistadas na pesquisa

Entrevistadas	Idade	Naturalidade	Escolaridade	Estado Civil	Trabalho atual	Moradia	Com quem mora	Religião	Renda Familiar	Preventivo
M1	48	RJ	Ensino Médio	Divorciada e unida 22 anos	Não trabalha (pela doença)	Vilar dos Teles	Marido	Evangélica	R\$ 600,00 (marido) + 1 salário mínimo (INSS)	Realizava anualmente, após o parto da última filha (adulta e casada)
M2	34	RJ	Ensino Médio	Casada	Do Lar	Coelho da Rocha	Marido, 2 filhos e 1 enteado	Católica	Bolsa família + R\$ 800,00 a R\$ 1.000,00 (marido)	Último preventivo há 15 anos*
M3	47	RJ	Ensino Fundamental	Solteira	Não trabalha (pela doença)	Nilópolis	Filha	Católica	1 salário mínimo	Após 23 anos, realizava 1 ou 2 vezes ao ano
M4	76	MT	Não estudou	Viúva	Não trabalha	Agulha	Filha	Evangélica	1 salário mínimo	10 anos sem realizar*, mas antes realizava regularmente
M5	31	RJ	Até o 7º ano Ensino Fundamental	Solteira	—	S. J. de Meriti	Esposo, 2 filhos e 2 filhas	Católica	1 salário mínimo (marido)	Realizava anualmente, desde os 15 anos
M6	35	RJ	Ensino Médio e Técnico	Solteira	Indústria	Colégio	Filho	Evangélica, mas já foi católica	2 salários mínimos	10 anos sem realizar*, e sem regularidade antes disso
M7	56	RJ	Ensino Fundamental	Casada	Não trabalha (pela doença)	Magé	Marido e 3 filhos	Evangélica	R\$ 640,00	Há 2 anos e meio sem realizar*, mas anualmente antes disso

Quadro 1. (cont.)

M8	68	RJ	Ensino Fundamental	Viúva	Do Lar	Niterói	Sozinha	Espírita	R\$ 600,00	Há 3 anos sem realizar* e sem regularidade antes disso
M9	64	RS	1º ano Ensino Fundamental	União (> de 30, falecido) e solteira	Do lar	Niterói	Filha, genro, e a filha destes	Católica	1 salário (INSS), R\$ 700, 00, e R\$ 1.200,00 (filha e genro)	Há 2 anos sem realizar* e sem regularidade antes disso

Nota: *Considerando o ano da pesquisa, 2010.

Em relação à realização do exame preventivo, 3 entrevistadas informaram realizá-lo anualmente, sendo que uma delas relatou uma frequência de 1 a 2 vezes ao ano; 2 entrevistadas apresentaram um período maior sem a realização do exame – entre 2 anos e meio e 10 anos, mas com regularidade antes deste período; 3 entrevistadas também apresentavam um período maior sem a realização do exame – 2 anos, 3 anos e 10 anos, mas sem regularidade antes deste período; e 1 entrevistada apresentou um período mais expressivo de 15 anos sem a realização do exame preventivo. Por fim, em relação ao quadro da doença, uma das mulheres apresentava um estágio mais avançado que as demais, com dificuldades de locomoção. Neste caso específico, e de forma geral no estudo, a religião se apresentou como instância de grande relevância em suas vidas, por estar relacionada ao significado atribuído à doença e ao enfrentamento da situação de sofrimento gerado pela descoberta do câncer.

Com base nos referenciais teórico-metodológicos adotados, buscou-se apreender dois conjuntos de fatores: (1) caracterizado pela organização do serviço; (2) composto pela descrição de aspectos relevantes das concepções sobre a doença presentes nas relações das usuárias com o serviço de saúde e nas percepções sobre as práticas preventivas. No primeiro conjunto, em que foram consideradas as categorias ‘acessibilidade’ e ‘vínculo’ na análise das informações,

apontaram-se as dificuldades e os apoios obtidos pelas mulheres no percurso pelos serviços de saúde, bem como as estratégias utilizadas na busca e obtenção de atenção à saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). No segundo conjunto, procurou-se aferir as concepções das mulheres sobre o câncer de colo uterino, e seu desenvolvimento, que interferem na decisão quanto à procura e adesão aos programas de prevenção e diagnóstico precoce, tendo em vista os investimentos em propagandas e campanhas de prevenção do câncer em mulheres em idade reprodutiva (CRUZ; LOUREIRO, 2008; MÉNDEZ; ACEVEDO; CEBALLOS, 2010).

Condicionantes da acessibilidade e do vínculo

Tendo em vista o primeiro conjunto de fatores relacionado à organização dos serviços, as mulheres relataram dificuldades associadas à demora na marcação de consultas e/ou exames; atrasos no atendimento; problemas encontrados para a realização de preventivos relativos à reduzida oferta de serviços e/ou à demora na entrega do resultado (de 3 a 8 meses) e extravio deste; como podem ser observados nos seguintes relatos:

Não tem ginecologista, nunca tem, quando tem é pra marcar daqui há 8 meses mais ou menos, eles fornecem o número, aí você tem que levantar de madrugada, dão 4, 5 números para uma fila

com mais de 30 pessoas. Muito precário. (M6, 35 anos, Rio de Janeiro, técnica de laboratório, preventivo realizado 1 ou 2 vezes ao ano, desde os 23 anos);

“Meu último preventivo demorou 8 meses, extraviou, fiz em um posto e foi parar em outro posto de outro bairro” (M5, 31 anos, Rio de Janeiro, preventivo realizado anualmente, desde os 15 anos); *“Você fica ali toda vida esperando chamar, aí chega um, vai na frente, aí chega outro ‘ah, não esse aqui tem que ir na frente”* (M4, 76 anos, Mato Grosso, não trabalha, preventivo não realizado nos últimos 10 anos e regularmente).

Os resultados apontaram para a precariedade dos serviços públicos de saúde – expressa pela carência de recursos humanos, falta de condições e preparo técnicos e superlotação –, evidenciando questões macroestruturais do sistema de saúde, o que dificulta a garantia do acesso igualitário, integral e de qualidade à população. Destacaram-se, ainda, as questões microestruturais da organização dos serviços, nas quais foi possível observar problemas na formalização e cumprimento de regras no processo de atendimento (FLEURY, 2011).

Brito-Silva *et al.* (2014) relacionam a dificuldade no acesso à atenção básica à baixa flexibilidade no agendamento de consultas, considerando as restrições associadas à dinâmica do atendimento e sua burocratização como complicadores e desestímulo à busca do serviço pelas mulheres, o que resulta no retardo da realização do Papanicolau. Nesse sentido, Parada *et al.* (2008) sugerem a reorganização da recepção nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) mediante implementação de estratégias, tais como: atendimento sem necessidade de agendamento prévio, horários alternativos (noturno ou fim de semana), busca ativa das mulheres na faixa etária do programa, principalmente as que nunca realizaram exame colpocitológico com vistas a ampliar e facilitar o acesso das mulheres a esses serviços.

Destacou-se, ainda, nos relatos, a ‘peregrinação’ das usuárias entre as várias unidades de saúde em busca de atendimento, o que evidencia a falta de acolhimento e resolutividade. A ‘peregrinação’ tem sido observada em diversos estudos recentes sobre o acesso à saúde, estando associada à precariedade dos serviços e às desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde (FLEURY, 2011). Somado a esse fato, as mulheres demonstraram pouco conhecimento acerca dos locais de atendimento para a realização dos exames preventivos do câncer de colo uterino, sendo que, quando presentes, essas informações tiveram origem no ambiente familiar – repassadas de mãe/tias para filha/sobrinha.

O Programa Viva Mulher recomenda que os exames preventivos sejam ofertados nas UBS, contudo, as mulheres entrevistadas relataram dificuldades em encontrar o profissional nas unidades para atendimento e realização do exame, como exemplificado no relato a seguir: *“Eu acho que tinha que melhorar o atendimento e colocar mesmo ginecologista nos postos. Eu sempre falava isso, ‘[...] quando a gente vai procurar não tem!”* (M3, 47 anos, Paraty, sem trabalhar por causa da doença, preventivo realizado há 15 anos).

Nessa direção, importantes barreiras parecem ter dificultado a utilização dos serviços de saúde por parte das mulheres com câncer de colo uterino em estágio avançado. Nesse sentido, a falta de informação das mulheres encontra ressonância nas condições concretas relacionadas à oferta de atendimento no sistema de saúde, que encontra limites para sua avaliação no âmbito do presente trabalho. Em termos propositivos, na perspectiva da integralidade, a rede de serviços de saúde deveria responder à necessidade de acesso aos serviços de saúde, sintonizando-se com a dinâmica que estrutura a vida social e considerando a noção do território, na condição dos modos de operação. Isso inclui que os horários sejam compatíveis com as necessidades da população

adscrita (MATTOS, 2007), o que não foi observado nos dados encontrados. Cabe ressaltar, no entanto, que esses achados se encontram restritos à ótica das mulheres atendidas no Inca. Ainda ponderando sobre ações mais efetivas, a Estratégia Saúde da Família (ESF), por ser um modelo de assistência constituído por equipes responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias em uma área geográfica delimitada, poderia favorecer um maior acesso da população ao programa, inclusive por meio da identificação e busca ativa das mulheres elegíveis para o rastreamento e tratamento, o que aumentaria a resolutividade da assistência e, conseqüentemente, o controle dessa neoplasia (GIRIANELLI; THULER; SILVA, 2014). Todavia, ainda que se considere a especificidade do estudo, não foram mencionados relatos de tal situação entre as mulheres entrevistadas.

Em relação à barreira organizacional, foi identificada, a partir da percepção das mulheres, uma ‘lógica própria’ de funcionamento dos serviços na qual as recepcionistas exercem uma espécie de triagem para o atendimento, selecionando quem deve ser atendido em primeiro lugar, o que se contrapõe à noção de acesso irrestrito como lógica geral do sistema de saúde preconizado pelo SUS. Segundo as mulheres, essa lógica é justificada por critérios de maior gravidade, porém há entre elas a percepção de que a escolha não é realizada pelo profissional adequado – o médico – e de que ocorrem favoritismos e desrespeito à fila de espera. Observou-se, ainda, o encaminhamento das mulheres para atendimento em ônibus de campanha de exame preventivo do câncer de colo do útero, o que sugere o caráter isolado das ações em saúde, não condizentes com a perspectiva do atendimento integral a partir de um fluxo organizado do cuidado a essas mulheres dentro do sistema de saúde, como propõe o Programa Viva Mulher.

Outras alternativas, no entanto, mostraram-se como facilitadores do acesso à saúde, como, por exemplo, a utilização de

mecanismos informais de acesso – através da utilização das relações com trabalhadores da saúde para o acesso, burlando a fila de espera. Ou, ainda, como apontam as entrevistadas, através da realização de um ‘escarcéu’ ou ‘uma rebeliãozinha’ nos serviços de saúde – a partir do entendimento de que ‘é necessário brigar para ser atendido’ –; da realização de ameaças de acesso à mídia ou da utilização de estratégias pessoais, como explicar sua situação à recepcionista, a fim de sensibilizá-la e garantir a indicação de ‘urgente’ em seus encaminhamentos.

Como alternativas às barreiras na acessibilidade e, muitas vezes, após intensa incursão em variados serviços públicos de saúde, algumas mulheres optaram por pagar consultas e/ou exames particulares ou utilizar planos de saúde privados, como já observado em estudos recentes (SOUSA ET AL., 2008). Tal alternativa utilizada pelas mulheres do estudo esteve relacionada com o fato de que a busca por atendimento ocorreu no momento do aparecimento do sintoma, o que gerou uma situação de urgência, como pode ser observado:

Eu paguei só pra não esperar [...] é melhor se sacrificar e pagar porque irão examiná-las [...] Eu digo a todo mundo ‘não vai no posto de saúde, não vai no PAM [Posto de Atendimento Médico] pra fazer preventivo, [...] se puder pagar, paga’ (M5, 31 anos, Rio de Janeiro, preventivo realizado anualmente, desde os 15 anos).

O sintoma, nesses casos, determinou a procura por cuidado, levando as mulheres a pagar consultas e exames para acelerar o processo de investigação diagnóstica e posterior tratamento, diante da dificuldade dos serviços públicos de atendê-las prontamente.

No que se refere à relação estabelecida entre as mulheres entrevistadas e os profissionais de saúde encontrados no percurso de acesso aos serviços de saúde, as entrevistadas consideraram que não houve espaço para a escuta das suas percepções e demandas,

estando presentes atitudes de indiferença no atendimento médico e/ou atitudes consideradas grosseiras por parte dos atendentes e recepcionistas. Como pode ser visto no relato a seguir, as mulheres reivindicaram uma maior atenção por parte dos profissionais de saúde:

Os serviços poderiam ser melhores em relação ao atendimento das pessoas. Só você parar pra conversar... porque tem lugar que você vai e eles não param pra escutar, você está falando e estão virando o rosto. (M7, 56 anos, Rio de Janeiro, não trabalha, preventivo realizado há 2 anos e meio e realizava regularmente).

Além disso, partindo da consciência de que o tempo se constitui em um fator importante para o tratamento do câncer, esteve presente a percepção de que, apesar da gravidade da situação de doença, os médicos não agilizavam os seus encaminhamentos, tornando longa a distância entre as marcações das consultas para investigação diagnóstica. Por outro lado, houve associação da má qualidade na atenção a não identificação da doença, pois, em geral, as mulheres consideraram que as suas queixas iniciais não foram levadas a sério pelos médicos, o que poderia ter ocasionado o diagnóstico tardio. Queixas de diagnósticos errados, situações de negligência, principalmente por parte daquelas que realizavam anualmente o preventivo; assim como insatisfações relacionadas à qualidade do atendimento e dos laboratórios também estiveram presentes. De acordo com os referenciais do estudo (MERHY, 2006; CAMPOS, 2006), esses dados apontam que a expectativa do usuário ao chegar aos serviços de saúde é de acolhimento e resolutividade em relação ao seu problema de saúde e que a ausência observada em relação ao estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários pode implicar em uma menor eficácia, com a diminuição do percentual de curas.

Nesse sentido, o diálogo e a escuta são considerados instrumentos fundamentais

do profissional de saúde, devendo estar presentes em todos os momentos do encontro com os usuários. Os profissionais do Programa de Saúde da Família, por exemplo, por estarem mais próximos dos contextos familiares e coletivos, podem construir relações de confiança para discutir as representações sociais/individuais/culturais sobre a sexualidade e a importância da prevenção do câncer do colo uterino, contribuindo para o controle dessa patologia (OLIVEIRA; PINTO, 2007). Pode-se perceber, no entanto, neste âmbito de atenção ao câncer de colo de útero, que a forma como os serviços de saúde se organizam e estruturam suas práticas parece não privilegiar um espaço adequado para a construção de tais vínculos entre profissionais e usuários, contribuindo para aumentar o distanciamento entre as organizações e os sujeitos atendidos. As condições físicas e organizacionais dificultam o estabelecimento do sigilo, do tempo de consulta necessário para cada paciente, além das frequentes interrupções no atendimento por outros profissionais. Neste contexto, em que se torna necessário problematizar as questões de estrutura e organização dos serviços, e de acordo com a literatura, os profissionais de saúde terminam por não se mostrarem capazes de compreender o sofrimento manifesto do outro e os significados das ofertas de cuidado que se fazem necessárias (MATTOS, 2007).

Em relação aos encaminhamentos médicos, percebeu-se que, em geral, estas ações não expressaram a existência de vínculos entre as mulheres e os profissionais de saúde, no sentido de uma relação de responsabilidade e compromisso entre eles, como presente na literatura (MERHY, 2006). Assim, foram observadas ações malsucedidas, com uma relevante desvinculação dos profissionais em relação ao desdobramento dos encaminhamentos com vistas à efetiva resolução do problema de saúde (MERHY, 2006). Encontraram-se, portanto, nestas interações,

fatores que condicionam a procura tardia por serviços de saúde.

Destacou-se, no entanto, um relato de um encaminhamento que se coadunou com os pressupostos defendidos neste trabalho: o profissional responsável pelo encaminhamento solicitou que a usuária o informasse acerca do sucesso ou insucesso desta ação. Foi possível perceber que este compromisso com o encaminhamento se relacionou a uma mobilização emocional, devido a uma identificação com a filha desse profissional, que possuía a mesma idade e quadro de doença da entrevistada. Assim, pode-se observar que a possibilidade de um bom desfecho no atendimento parece associar-se também à identificação do profissional de saúde com as situações problemas, significando um rompimento do modo prevalente de operar a relação de atendimento baseada nos binômios dicotômicos ‘corpo-doença’ e ‘corpo-subjetividade’.

Outro dado relevante encontrado diz respeito à coleta de preventivo por profissionais da enfermagem. Apesar de constituir-se em um procedimento usual baseado no treinamento dessas profissionais para tal, percebeu-se que as mulheres não o veem de forma positiva, pois julgam que estas profissionais não são capazes de realizar o procedimento, embora considerem um atendimento acolhedor. Tais dados mostram-se relevantes, pois, ao envolverem a credibilidade dada aos profissionais e aos serviços – e a possibilidade de construção de vínculos –, constituem-se em fatores que interferem no processo de busca e continuidade de cuidados.

Observou-se, por fim, que algumas mulheres realizavam o exame preventivo anualmente, o que corresponde a uma periodicidade maior do que o preconizado pelo Ministério da Saúde no País: a realização do Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano. Contudo, o fato de estarem continuamente nos serviços de

saúde não foi indicativo do estabelecimento de vínculos com os profissionais de saúde, ao contrário, a relação entre as mulheres entrevistadas e os profissionais mostrou-se uma relação geradora de não acolhimento e não vínculo (MERHY, 2006). Nesse sentido, concorda-se com Merhy (2006) acerca da importância da construção de vínculos que permitam a reconstrução da dignidade de profissionais e pacientes no campo das ações de saúde.

Concepções sobre o câncer de colo de útero e seu desenvolvimento

No segundo conjunto de fatores, no que concerne às concepções sobre o câncer de colo de útero e seu desenvolvimento, observou-se uma associação direta do câncer com doença incurável, decomposição do corpo vivo e morte, em que estiveram presentes sentimentos de pavor intenso, como demonstrado nos relatos seguintes:

Eu tinha tanto medo, tanto medo, que eu falava assim: se um dia eu descobrir, alguém falar que eu tenho câncer, eu vou morrer antes de chegar no hospital e fazer o tratamento, porque eu tenho pavor, só de saber, eu vou morrer rapidinho. (M4, 76 anos, Mato Grosso, não trabalha, preventivo realizado há 2 anos e sem periodicidade regular);

“Para o câncer, não tem jeito” (M6, 35 anos, Rio de Janeiro, trabalha no setor industrial, preventivo realizado há 10 anos e sem regularidade); “Eu estava podre em vida” (M4, 76 anos, Mato Grosso, não trabalha, preventivo realizado há 2 anos e sem periodicidade regular).

Corroborando estes dados, em estudos relacionados ao tema, o câncer ainda se mostra revestido de conotações negativas e estigmas, sendo representado pelas suas consequências trágicas como a iminência

da morte (OLIVEIRA; PINTO, 2007). Esses dados mostram também a forte associação da doença à morte em detrimento da cura nos meios de comunicação, o que tende a aumentar o temor nas mulheres. Para as entrevistadas, a palavra ‘câncer’ em si mesma contém o pavor da doença, tornando-se difícil pronunciá-la ou preferindo-se pronunciá-la em tom de voz mais baixo, em uma tentativa de ocultação. O medo e a negação do câncer constituem um aspecto importante para a compreensão das atitudes das mulheres diante dos serviços, pois, por estarem diretamente associadas à revelação do diagnóstico, tais experiências podem contribuir de forma significativa para o adiamento de busca por atenção. Aliados a esses aspectos subjetivos, encontrou-se o reduzido conhecimento em relação à patologia, seus fatores de risco e suas formas de prevenção, que também se mostraram relacionados à baixa procura por parte dessas mulheres aos serviços de saúde, corroborando estudos sobre o tema (FERREIRA; OLIVEIRA, 2006).

Pesquisas mostram que há uma ampla gama de motivos relacionados a não realização do exame preventivo. Nesse sentido, encontrou-se, no presente estudo, a ausência da prática preventiva na vida das mulheres entrevistadas, devido às atividades do cotidiano – trabalho e afazeres socialmente valorizados –, apesar do conhecimento de que o câncer de colo uterino poderia ter sido evitado com a realização do preventivo. O grande número de afazeres diários socialmente vistos como necessários e associados às atribuições femininas como mães, donas de casa e trabalhadoras termina por adiar o autocuidado (FERREIRA; OLIVEIRA, 2006).

Além disso, outros fatores motivaram a não realização do preventivo, tais como: o temor do próprio ambiente médico e aspectos culturais, como vergonha, vinculados à realização do exame, como demonstrado nos relatos a seguir:

No meu caso não era nem medo do preventivo,

era o pavor que eu tinha de entrar em qualquer hospital, quando eu sentia aquele cheirinho de éter, aquele médico passando de branco perto de mim, aquela enfermeira passando me dava tontura, um negócio ruim, eu ficava apavorada, então, eu evitava ao máximo ir ao médico. (M1, 48 anos, São João de Meriti, sem trabalhar por causa da doença, preventivo realizado há 10 anos).

“Tinha vergonha, e ainda tenho, eu não estava acostumada com isso, fui criada na roça, no meu tempo, os filhos da gente nasciam em casa” (M3, 47 anos, Paraty, sem trabalhar por causa da doença, preventivo realizado há 15 anos).

Eu falava para os meus filhos que nunca ia fazer isso, deixo do jeito que for, não vou mesmo, pela vergonha, porque as pessoas de antigamente só abriam a perna para ter filho e nada mais. (M4, 76 anos, Mato Grosso, não trabalha, preventivo realizado há 2 anos e sem periodicidade regular).

O exame que possibilita a prevenção e o diagnóstico precoce relaciona-se com uma exposição do corpo feminino muito maior que em outras doenças, como o câncer de mama, por exemplo. A produção acadêmica relativa ao tema demonstra que se submeter ao Papanicolau suscita sentimentos de vergonha, medo, nervosismo, constrangimento, ansiedade e dor (SOUSA ET AL., 2008), relacionando tais sentimentos a dificuldades no controle do câncer de colo uterino (CRUZ; LOUREIRO, 2008). Assim como sentimentos de constrangimento e vergonha no que se refere à posição e ao toque ginecológico, e sensações de impotência, desproteção e perda do domínio sobre o próprio corpo induzidos pela posição ginecológica (SOUSA ET AL., 2008).

Dessa forma, é importante que os programas e serviços de saúde se aproximem dessa problemática, compreendendo amplamente os motivos da não realização do exame preventivo, a fim de garantir a efetividade das ações de controle do câncer. Nesse sentido, atitudes e posturas dos profissionais de saúde, expondo apenas a parte do corpo necessária à realização do exame, evitando o trânsito desrespeitoso

de profissionais na sala de exame e encorajando a mulher a diminuir o medo e a vergonha, fazem diferença, pois o sentimento de vergonha exacerbado pode dificultar o relaxamento e provocar a contração da musculatura pélvica, ocasionando, assim, mais dor e dificultando a realização do exame (FERREIRA; OLIVEIRA, 2006). Além disso, explicar o procedimento ao qual a paciente vai ser submetida e a importância da sua realização gera empatia e confiança entre quem assiste e é assistido (SOUSA ET AL., 2008), facilitando a realização do exame.

A mídia televisiva ou as campanhas, por outro lado, foram referidas pelas entrevistadas como importantes para aguçar a conscientização sobre o tema e tornar a prevenção uma prática em suas vidas, mas apesar da associação entre o diagnóstico precoce e a cura da doença estar presente em seu discurso, observou-se grande inconsistência entre conhecimento e prática: muitas mulheres parecem ter adquirido conhecimentos e atitudes favoráveis sobre prevenção, mas estes não foram incorporados no cotidiano do cuidado à própria saúde (FERREIRA; OLIVEIRA, 2006). Nesse sentido, estudos mostram a relativa importância da informação e do conhecimento na adoção de comportamentos preventivos, pois as informações se integram nos complexos conjuntos constituídos pelas representações, que agem como filtros pelos quais os indivíduos interpretam, aceitam ou rejeitam as novas informações (ADAM; HERZLICH, 2001).

Ainda no incentivo à ação preventiva, no que tange à produção dos significados tendo em vista o sentimento de proximidade com a doença decorrente do conhecimento de pessoas doentes na rede de relações sociais, também estes não se mostraram determinantes na prevenção da doença. Na narrativa das mulheres, a referência a parentes acometidos por câncer, anteriormente à própria doença das entrevistadas, não indicou uma maior preocupação em relação à prevenção, mas sim um aumento do pavor da doença associada à morte do ente familiar. No entanto, posteriormente ao diagnóstico de câncer, uma preocupação com o desenvolvimento da doença na filha esteve presente.

Portanto, é importante não reduzir a atitude preventiva a uma questão de aumento de consciência da importância do exame e/ou dos conhecimentos sobre a doença, mas compreender a existência de um conjunto de fatores ligados a esta questão, relativos à valorização dos afazeres do cotidiano, bem como aos valores, sentimentos e estilos de vida sobrepostos à adoção de práticas preventivas que interferem em seu resultado.

A rede familiar e social, por fim, desempenhou um papel importante no auxílio e incentivo à busca do tratamento, sobretudo no momento do aparecimento dos sintomas e nas situações de não percepção da gravidade por parte da mulher. Até mesmo no período de definição do diagnóstico e da terapêutica, foram observadas ajudas financeiras, acompanhamento às consultas e exames, resolução de documentações, busca de resultados de exames, auxílio nas tarefas domésticas, apoios emocionais e religiosos. O apoio do cônjuge também se mostrou significativo tendo em vista sua participação na identificação dos sintomas, já que estes ocorreram, muitas vezes, durante ou após as relações sexuais. Nesse sentido, sugere-se uma atenção maior às estratégias de comunicação utilizadas nas campanhas relativas ao câncer de colo uterino, pois elas não contemplam os homens, que, como visto, não estão totalmente ausentes nessa problemática: do ponto de vista das mulheres entrevistadas, muitas vezes, são eles que as estimulam a buscar o tratamento, ainda que a partir dos sintomas.

Conclusão

Vários fatores condicionam a busca tardia das mulheres ao atendimento ao câncer de colo uterino, entre eles, aqueles relacionados à acessibilidade, na qual se incluem os problemas relativos à disponibilidade e integração de ações e serviços, à história de vida, sentimentos, valores e costumes dessas mulheres, que as distanciam das práticas preventivas; assim como fatores relacionados à fragilidade dos

vínculos estabelecidos entre as mulheres e os profissionais de saúde, que podem diminuir a capacidade de resposta dos serviços e dificultar a continuidade do cuidado. Na prática dos serviços de saúde, esses fatores atuam de modo inter-relacionado, facilitando ou dificultando a busca e obtenção da atenção e cuidado à saúde por parte das mulheres.

Os resultados do estudo sugerem a importância de pensar e avaliar a organização dos serviços e das práticas de saúde com vistas a um atendimento integral e de qualidade, a partir de relações que possibilitem a busca, o acesso e a continuidade do cuidado.

Além disso, as estratégias de comunicação utilizadas também merecem uma atenção, pois existe uma reduzida visibilidade para o câncer de colo uterino, apesar das suas altas taxas de incidência e mortalidade. A campanha do Programa Viva Mulher, por exemplo, se apoia em mensagens que reforçam alguns valores historicamente construídos em relação à sexualidade feminina, fragilizando as mulheres e responsabilizando-as por suas práticas sexuais e cuidados com o seu corpo,

além de não contemplarem os parceiros, o que gera um obstáculo, considerando as questões culturais e históricas ligadas à identidade feminina envolvendo a relação com os parceiros. A doença, portanto, apresenta-se escondida, seja pelas associações com a sexualidade, seja pelo perfil de mulheres acometidas, que corresponde a mulheres de baixo nível socioeconômico. Nesse sentido, as campanhas não encontram ressonância no grupo de mulheres mais atingidas pela doença. Por fim, a perspectiva adotada neste estudo traz como contribuição a possibilidade de ampliação do espectro de visão e de compreensão do problema, visando somar esforços na construção de novas estratégias que possam, de fato, diminuir o quadro de morbimortalidade da doença no País.

Agradecimentos

Agradecimentos a Aurélia Rocha e Andrea Oliveira pelo apoio institucional na realização do trabalho de campo. ■

Referências

ADAM, P.; HERZLICH, C. *Sociologia da doença e da Medicina*. Bauru: EDUSC, 2001.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. A. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. *Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde*. Petrópolis: Vozes, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 196 de 10 de outubro de 1996*. Brasília, DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html>. Acesso em: 17 set. 2015.

BRITO-SILVA, K. *et al.* Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. *Revista de Saúde Pública da USP*, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 240-248, abril 2014.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da Saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. 3 ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

CRUZ, L. M. B.; LOUREIRO, R. P. Comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 120-131, 2008.

FERREIRA, M. L. M.; OLIVEIRA, C. Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo-uterino e detecção precoce do câncer da mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 5-15, 2006.

FLEURY, S. Desigualdades injustas: O contradireito à saúde. *Psicologia & Sociedade*, Florianópolis, v. 23, n. spe, p. 45-52, 2011.

- GIRIANELLI, V. R.; THULER, L. C. S.; SILVA, G. A. Adesão ao rastreamento para câncer do colo do útero entre mulheres de comunidades assistidas pela Estratégia Saúde da Família da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. 198-204, maio 2014.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Inca, 2014.
- MARTINS, L. F. L.; THULER, L. C. S.; VALENTE, J. G. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 485-492, 2005.
- MATTOS, R. A. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS: UERJ: Abrasco; 2007. p. 369-383.
- MÉNDEZ, M. G. C.; ACEVEDO, L. S. T.; CEBALLOS, A. C. A. *Percepción de mujeres de Colima-México y Medellín- Colombia sobre el cáncer cervicouterino: causas, prevención y cuidado*. In: CONGRESSO IBEROAMERICANO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E GÊNERO, 8 abril de 2010, Curitiba, Brasil.
- MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo technoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MORAES, M. F. Programa Viva Mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 103-105, 1997.
- OLIVEIRA, M. M.; PINTO, I. C. Percepção das usuárias sobre as ações de Prevenção do Câncer do Colo do Útero na Estratégia Saúde da Família em uma Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 7, n. 1, p. 31-38, jan./mar. 2007.
- PARADA, R. et al. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, p. 199-206, abr./jun. 2008.
- SOUSA, I. G. S. et al. Prevenção do câncer de colo uterino: Percepções de mulheres ao primeiro exame e atitudes profissionais. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 38-46, abr./jun. 2008.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 190-198, 2004.
- VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

Recebido para publicação em abril de 2015
 Versão final em setembro de 2015
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve

Implementação da atenção em saúde às violências sexuais contra as mulheres em duas capitais brasileiras

Implementation of health care to sexual violence against women in two Brazilian capitals

Ludmila Fontenele Cavalcanti¹, Gracyelle Alves Remigio Moreira², Luiza Jane Eyre de Souza Vieira³, Raimunda Magalhães da Silva⁴

RESUMO Este artigo analisa a implementação da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual em duas capitais brasileiras (Rio de Janeiro/Fortaleza). O estudo qualitativo analisou documentos sobre o tema e entrevistas semiestruturadas com 37 gestores dos sistemas de saúde municipais. A questão vem sendo abordada de forma diferenciada pelos municípios, o que decorre das distintas trajetórias de consolidação dos serviços, das aproximações com o movimento feminista e dos contextos culturais específicos. Notou-se que a implementação das ações nesse âmbito ainda apresenta fragilidades, exigindo esforços de articulação política e técnica para a estruturação e a manutenção dos serviços.

PALAVRAS-CHAVE Políticas públicas de saúde; Violência sexual; Violência contra a mulher; Atenção à saúde.

ABSTRACT *This article analyzes the implementation of health care to women in situations of sexual violence in two Brazilian capitals (Rio de Janeiro/Fortaleza). The qualitative study analyzed documents about the subject and semi-structured interviews with 37 managers of the municipal health care system. The issue has been addressed in different forms by the municipalities, which arises from the different paths of the consolidation of services, the approaches to the feminist movement and to the specific cultural contexts. It was noted that the implementation of actions in this area still has weaknesses, demanding efforts of political and technique articulations for the structuring and maintenance of services.*

KEYWORDS *Public health policy; Sexual violence; Violence against women; Health care (Public health).*

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Escola de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
ludmila.ufrj@gmail.com

²Universidade de Fortaleza (Unifor), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Fortaleza (CE), Brasil.
gracyremigio@gmail.com

³Universidade de Fortaleza (Unifor), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Fortaleza (CE), Brasil.
janeeyre@unifor.br

⁴Universidade de Fortaleza (Unifor), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Fortaleza (CE), Brasil.
rmsilva@unifor.br

Introdução

A violência sexual contra a mulher, como uma das expressões da violência de gênero, é um problema complexo que reflete as assimetrias de poder que marcam as relações sociais entre os sexos. Constitui-se em um problema social que impacta de maneira significativa o modo de viver, adoecer e morrer das mulheres. Nessa perspectiva, o fenômeno é considerado, mundialmente, uma das principais formas de violação dos direitos humanos e um problema de saúde pública (GARCÍA-MORENO ET AL., 2015).

Ao longo das últimas décadas, esse tema vem ganhando visibilidade, tornando-se alvo de discussões em diferentes campos disciplinares e por entidades internacionais, o que demandou a formulação de políticas e programas, assim como a organização de práticas e serviços voltados para o seu enfrentamento. O Brasil, comprometido com pactos firmados internacionalmente, passou a investir na formulação de uma agenda de políticas, envolvendo alterações dos marcos legais e construção de modelos de atenção nas diferentes áreas de atuação pública.

Reportando-se especificamente ao setor saúde, o Ministério da Saúde, reconhecendo que a violência sexual afeta substancialmente o processo saúde-doença das mulheres, vem desenvolvendo recomendações, diretrizes e ferramentas programáticas para melhorar a resposta à violência sexual. O processo de inclusão do fenômeno no rol das responsabilidades do setor saúde teve como marco a publicação, no ano de 1999, da norma técnica 'Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes' (BRASIL, 1999). O documento passou por revisões e atualizações (BRASIL, 2012) em virtude do conhecimento técnico acumulado e do surgimento de novas demandas; e configura-se o principal instrumento organizador dos serviços e direcionador das ações,

lançando as bases operacionais da atenção em saúde às mulheres nessa situação.

Não obstante, apesar dos avanços trazidos por essas iniciativas e do protagonismo do movimento feminista no enfrentamento da questão, a implementação da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual está longe de cumprir o que está idealizado, exigindo continuados esforços de articulação política e técnica para a estruturação e a manutenção dos serviços.

Este trabalho emergiu da necessidade de se analisar o processo de implementação dessa atenção na rede municipal de saúde do Rio de Janeiro (RJ) e de Fortaleza (CE). A escolha da instância municipal justifica-se tanto pelo maior número de serviços voltados para a atenção a essa demanda quanto pelo protagonismo na articulação da rede de serviços locais. A seleção desses dois municípios pautou-se no fato de representarem contextos culturais distintos, pertencentes a polos diferenciados no que se refere aos indicadores sociais e de violência. Essa heterogeneidade entre os locais de estudo permite o conhecimento e o acompanhamento das ações governamentais em cenários distintos, com vistas a realimentar decisões e consolidar as estratégias.

Este estudo, baseado na análise de implementação de políticas públicas (DRAIBE, 2001), pretende contribuir com a identificação dos aspectos exitosos e os principais limites e desafios no desenvolvimento da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual, apontando pontos cruciais para a correção de rumos. Nesse sentido, objetivou-se analisar a implementação da atenção em saúde a essa demanda em duas capitais brasileiras.

Método

Este trabalho é parte de uma pesquisa mais ampla, interinstitucional, que teve como objetivo analisar os serviços de saúde na

atenção às mulheres em situação de violência sexual nos municípios do Rio de Janeiro e de Fortaleza. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, visando à compreensão dos fatores facilitadores e dos obstáculos que operam, ao longo da implementação, e que condicionam, positiva ou negativamente, o cumprimento das metas e dos objetivos da intervenção (DRAIBE, 2001).

Utilizou-se a triangulação de fontes para a obtenção dos dados, apoiando-se em materiais e documentos institucionais disponíveis nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e na internet, além de entrevistas realizadas com gestores dos sistemas de saúde municipais. Essa triangulação possibilitou uma análise mais consistente da implementação da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual, uma vez que informações de fontes diferenciadas permitem a refutação de fatos ou apontam contradições.

Os materiais consultados foram publicados entre os anos de 2006 e 2013 e constituíram-se de matérias de jornais locais, documentos das secretarias municipais de saúde do Rio de Janeiro e de Fortaleza, documentos das secretarias estaduais de saúde do Rio de Janeiro e do Ceará, documentos de outros órgãos governamentais e de Organizações Não Governamentais (ONGs). Adotaram-se como critérios de inclusão dos materiais: matérias e documentos institucionais que abordassem ações municipais no enfrentamento à violência sexual contra a mulher; materiais publicados a partir de 2006, ano em que foi promulgada a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006). Essa lei, oriunda do movimento feminista, representou um avanço legislativo ao coibir e prevenir a violência contra a mulher; ao criar os Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra as Mulheres, com competência cível e criminal; e ao estabelecer medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência.

O acesso ao acervo ocorreu nos meses de janeiro a março de 2014, por meio dos

endereços eletrônicos dos principais jornais circulantes no Rio de Janeiro e em Fortaleza, nos *sites* das secretarias municipais e estaduais das referidas localidades e nas páginas eletrônicas de ONGs que abordam o tema violência sexual contra a mulher.

Considerando que políticas e programas de saúde são implementados por pessoas, que os operacionalizam segundo seus valores, interesses e opções (DRAIBE, 2001), participaram da pesquisa 34 profissionais da gestão dos serviços da rede hospitalar dos municípios do Rio de Janeiro (19) e de Fortaleza (15), além de três gestores (dois no Rio de Janeiro e um de Fortaleza) do nível central das secretarias municipais de saúde, totalizando 37 entrevistados. A proposta foi se aproximar da realidade na perspectiva dos gestores, que são os agentes responsáveis, entre outras atividades, pelo planejamento e pela coordenação das ações.

Adotaram-se como critérios de inclusão dos participantes: ser gestor dos hospitais municipais de referência na atenção às mulheres em situação de violência sexual (diretor executivo, técnico e clínico; coordenação ou direção de setores institucionais envolvidos com a questão); e ser gestor do nível central indicado como responsável pelas ações relativas a essa atenção nos municípios.

Para a coleta de dados com os gestores, foram realizadas entrevistas semiestruturadas baseadas em roteiro, no período de agosto a dezembro de 2013, com consentimento dos informantes, de forma individual e em ambiente reservado. As gravações tiveram média de 29 minutos por entrevista, sendo, posteriormente, transcritas na íntegra, codificadas com as siglas GR (Gestor Rio de Janeiro) e GF (Gestor Fortaleza) e numeradas de 1 a 37, como forma de preservar o anonimato dos participantes.

O conjunto de dados foi analisado segundo a técnica de análise de conteúdo, na modalidade temática (MINAYO, 2013). A análise das entrevistas constou de uma fase de pré-análise,

em que foi feita uma leitura compreensiva do material, buscando-se uma visão de conjunto e a apreensão de informações pertinentes ao objeto do estudo. Procedeu-se à identificação de ideias centrais (núcleos de sentido) que compõem a comunicação. E, por fim, buscou-se estabelecer uma compreensão do material empírico articulando-o às diretrizes preconizadas pelas políticas públicas voltadas para a atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual e à apreensão dos contextos locais.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, com parecer 45A/2013.

Resultados e discussão

Contextualização do fenômeno nos cenários estudados

O município do Rio de Janeiro apresenta taxa de homicídio de 3,9 por 100.000 mulheres, ocupando a 22ª posição no País (WAISELFSZ, 2012). No ano de 2012, apresentou taxa de 36,5 por 100.000 habitantes (5.923 casos de crimes contra a liberdade sexual) (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2013). Com relação às notificações das violências sexuais contra as mulheres realizadas pelo setor saúde, o município registrou 2.014 notificações no período de 2009 a 2013. Esses registros revelam que essas violências atingiram, com mais frequência, mulheres entre 20 e 29 anos, brancas e com ensino fundamental incompleto. Predominaram os casos ocorridos no mês de setembro, na residência da mulher e na via pública, em que o agressor foi um desconhecido (BRASIL, 2015).

Fortaleza foi considerada a 7ª capital mais violenta do mundo e 2ª do Brasil, com taxa de homicídio de 72,81 por 100.000 habitantes (ORTEGA, 2014) e uma das capitais mais atingidas pelo turismo sexual. No tocante às violências de gênero perpetradas contra mulheres, a taxa de homicídio é de 5,6 por

100.000 mulheres, ocupando a 16ª posição no País (WAISELFSZ, 2012). Os registros estaduais da segurança pública revelam taxa de 17,2 por 100.000 habitantes (1.483 casos), referente aos crimes contra a liberdade sexual, em 2012 (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2013). O setor saúde empreendeu 148 notificações de violências sexuais contra as mulheres entre os anos de 2009 e 2013. Essas violências foram perpetradas, em sua maior parte, contra mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos, pardas e com ensino fundamental incompleto; ocorreram com mais frequência no mês de janeiro, na residência da mulher e na via pública, sendo um desconhecido o principal agressor (BRASIL, 2015).

A respeito da diferença significativa das taxas de crimes contra a liberdade sexual e do número de notificações na área da saúde entre os cenários, considera-se que tais dados podem refletir, além de uma maior ocorrência de casos no Rio de Janeiro, o investimento desse município no aprimoramento dos sistemas de informação, o que resulta na visibilidade do fenômeno.

Caracterização dos gestores

No Rio de Janeiro, a maioria dos gestores era do sexo feminino, enquanto em Fortaleza sobressaíram-se os do sexo masculino. Nos dois municípios, predominaram os gestores na faixa etária de 50 a 59 anos, que se declararam unidos (casamento formal ou união estável) e de religião católica.

A formação médica predominou entre os participantes das duas capitais. Apesar disso, observou-se, no Rio de Janeiro, uma representativa atuação de enfermeiros na gestão dos serviços de saúde; e, em Fortaleza, outras formações da área da saúde, como serviço social e farmácia, também estiveram envolvidas na gestão. Nos dois grupos, predominaram os gestores com mais de 25 anos de formados e que possuem pós-graduação, com prevalência dos cursos de especialização em nível *lato sensu*.

Gestão da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual

O processo de implementação das ações de atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual apresenta diferenças significativas entre os locais. No município do Rio de Janeiro, esse processo foi iniciado na década de 90; as unidades de referência são, em sua maioria, maternidades; a gestão das ações voltadas à saúde da mulher situa-se em duas subsecretarias da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência; Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde); e o município dispõe de Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SPM-Rio), criada em 2013.

Fortaleza iniciou esse processo há cerca de 10 anos. As unidades de referência são, em grande parte, instituições hospitalares secundárias, e a gestão da atenção às situações de violência sexual encontra-se na área de saúde da mulher, que se localiza na Coordenadoria de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde, dentro da Célula de Atenção às Condições Crônicas. O município conta com uma Coordenadoria Especial de Políticas para as Mulheres, criada em 2007, na estrutura da Secretaria Municipal de Cidadania e Direitos Humanos.

Conforme mencionado anteriormente, a atenção em saúde às violências contra as mulheres vem sendo abordada de forma diferenciada pelos municípios estudados. No Rio de Janeiro, a localização da gestão dessa atenção na estrutura da SMS expressa a relevância atribuída às ações nesse âmbito, trabalhadas de modo transversal, com capilaridade para unidades de saúde de diferentes níveis de atenção. Isso é resultado da trajetória de consolidação das políticas públicas municipais nessa área. Em Fortaleza, verifica-se, ainda, relativa invisibilidade da atenção em saúde

às violências na estrutura da SMS, decorrente do estágio em que se encontra o reconhecimento do problema no ciclo da política (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013), tendo em vista a recente incorporação do tema na agenda governamental.

Nesses contextos, a participação do movimento feminista, como ator político estratégico impulsionador da formulação de uma agenda, vem alcançando impactos distintos na gestão municipal. A interlocução com o movimento feminista no município de Fortaleza no enfrentamento às violências de gênero vem ocorrendo por intermédio do Observatório da Violência, da participação em organizações não governamentais e do fomento à criação de equipamentos de proteção às mulheres. No Rio de Janeiro, observa-se uma vinculação mais orgânica de gestoras da área da saúde ao movimento feminista, viabilizando sua participação no processo de capacitação de gestores e profissionais, na implementação de serviços e na definição das ações institucionais.

No Rio de Janeiro, o organismo responsável pelas políticas com recorte de gênero possui o *status* de secretaria, ainda que recentemente criada, o que possibilita maior capacidade de vocalizar as demandas de saúde da população feminina. Em Fortaleza, tal demanda é tratada por intermédio de coordenadoria na estrutura municipal, o que reduz as possibilidades de interferência nas respostas municipais sobre essa questão.

Os organismos de políticas para as mulheres trabalham na perspectiva da transversalidade de gênero na gestão das políticas públicas, buscando articulação intersetorial das ações municipais (BRASIL, 2007). Nesse sentido, o enfrentamento das violências de gênero contra as mulheres é considerado uma área prioritária de atuação de tais organismos, na direção da prevenção, assistência e garantia de direitos. García-Moreno *et al.* (2015) advogam que o envolvimento de organizações de

mulheres e da comunidade pode aumentar a conscientização sobre a violência e os serviços disponíveis, além de promover atitudes mais respeitadas e equitativas com relação às mulheres e contra a violência. As autoras destacam que a existência de organizações de mulheres constitui-se num recurso valioso para os sistemas de saúde.

A partir da análise do material coletado na internet, verifica-se um crescimento da disseminação de notícias sobre violência de gênero contra a mulher, que alcança o maior número de matérias veiculadas no ano de 2013, nos dois municípios. O enfrentamento da violência sexual aparece com mais ênfase nos materiais oriundos do Rio de Janeiro, com destaque para as campanhas realizadas, os dados estatísticos e os programas de enfrentamento. Em Fortaleza, nota-se uma ênfase na operacionalização dos equipamentos criados, na realização de capacitações direcionadas aos profissionais da rede de atenção e no incremento às campanhas.

Esses dados confirmam a disparidade entre os dois municípios nesse processo. Enquanto o Rio de Janeiro, nos últimos anos, tem investido na divulgação da magnitude do fenômeno e nos modos de enfrentamento, Fortaleza vem empreendendo esforços na divulgação dos serviços especializados da rede e na qualificação dos recursos humanos atuantes nessa área. Ambos os municípios têm visibilizado o fenômeno por meio do desenvolvimento de campanhas alusivas a datas específicas. Nos dois municípios, a área da mulher tem sido a responsável por divulgar as ações através da mídia, no entanto, chama a atenção que, no Rio de Janeiro, o setor saúde também partilha dessas informações.

Além da construção de uma agenda pública na implementação da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual, os municípios têm procurado apoiar-se na divulgação e na circulação de informações qualificadas ao público em geral (DRAIBE, 2001).

Caracterização da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual: um olhar sobre os municípios do Rio de Janeiro e de Fortaleza

ACESSO DAS MULHERES AOS SERVIÇOS

No Rio de Janeiro, o acesso das mulheres em situação de violência sexual à unidade de saúde ocorre por encaminhamento das delegacias distritais e especializadas (Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher – Deam) ou por outras unidades de saúde. *“Vêm por meio das delegacias, das Deam [...]”* (GR4). *“Muitas vezes elas vão para o Hospital Salgado Filho, e o hospital manda vir para cá”* (GR7).

Em Fortaleza, o acesso ocorre por demanda espontânea. As mulheres que procuram os serviços espontaneamente o fazem como primeiro contato após a violência, principalmente através dos serviços de emergência.

Nós temos uma emergência tanto em clínica médica como em obstetrícia, então, a chegada é espontânea” (GF20). *“Normalmente, elas chegam espontaneamente na emergência.”* (GF22).

O acesso das mulheres aos serviços de saúde por meio de encaminhamentos pela rede intra e intersectorial, no Rio de Janeiro, demonstra o funcionamento dessa rede de atendimento, com uma boa integração entre alguns setores envolvidos com a questão. Fato ainda incipiente em Fortaleza, que reflete uma desarticulação entre os serviços integrantes da rede.

Por outro lado, o acesso espontâneo pode representar o reconhecimento da necessidade da atenção em saúde pelas mulheres que sofreram uma violência sexual, assim como pode indicar a busca do serviço de saúde somente em ocasiões em que o ato provocou ‘marcas’. Estudos confirmam essa assertiva, apontando que, na maioria das vezes, o primeiro contato das mulheres em situação de violência com o setor saúde ocorre a partir dos serviços de emergência, em virtude de lesões e agravos físicos (PEDROSA; SPINK, 2011; GARCÍA-MORENO ET AL., 2015).

PROCEDIMENTOS INSTITUCIONALIZADOS

No Rio de Janeiro, é reconhecida por muitos entrevistados a adoção de protocolo, tomando como referência a norma técnica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), além de protocolos elaborados pela própria unidade de saúde. “Protocolo é a norma técnica do Ministério da Saúde” (GR2). “Nós temos um protocolo que foi implantado praticamente quando eu assumi a direção, que é um Protocolo Operacional Padrão (POP), que orienta a conduta no caso de violência sexual.” (GR16).

Em Fortaleza, os participantes informam a ausência de protocolo ou apresentam a compreensão de protocolo como sendo a notificação ou outro tipo de registro. Apenas um pequeno grupo de entrevistados informa a existência de protocolo escrito, referindo-se ao ‘Protocolo do atendimento às mulheres e adolescentes vítimas e em situação de violência doméstica e sexual do hospital da mulher de fortaleza’ (FORTALEZA, 2012), o qual não encontra-se totalmente implementado. “*Não ocorre. A gente até tem conhecimento do protocolo... Não ocorre porque o hospital não tem esse serviço montado*” (GF21). “*A gente não tem protocolo, a gente tem uma folha de notificação que é específica para esses casos, e através dessa notificação que a gente remete à secretaria de saúde [...]*” (GF28).

Os protocolos são, em grande parte dos serviços, adaptações da norma técnica (BRASIL, 2012) à realidade municipal. A elaboração de um protocolo, muitas vezes, reflete o investimento dos gestores locais na construção de uma política municipal, no planejamento e no monitoramento das ações; assim como favorece a identificação dos limites da área da saúde na abordagem da violência sexual contra as mulheres.

Adotar um protocolo permite que os profissionais tenham subsídios para realizar um atendimento mais preciso e eficiente diante dos casos de violência (HASSE; VIEIRA, 2014). Os protocolos, nesse âmbito,

devem citar os serviços de referência, o fluxo de atendimento, os medicamentos necessários, as orientações e as informações que devem ser fornecidas, entre outros aspectos. Nessa perspectiva, a adoção de protocolos imprime qualidade às ações de cuidado e de gestão, viabilizando uma atenção que responda apropriadamente às mulheres em situação de violência sexual.

A inexistência de protocolo ou sua insuficiente aplicação em Fortaleza explica-se, por um lado, pela recente trajetória de implementação dessa atenção no conjunto de unidades da rede pública de saúde, e, por outro, pela falta de qualificação dos gestores na abordagem do fenômeno. Andalaft Neto *et al.* (2012) retratam, em estudo envolvendo 1.395 estabelecimentos de saúde que referiram atender mulheres e crianças que sofrem violência sexual no Brasil, a escassa utilização de protocolos pelos serviços: apenas 8% do total. Cabe ressaltar que a não utilização de protocolos que padronizem e normatizem essa atenção pode trazer dificuldades na condução dos casos, uma vez que os profissionais tendem a desconhecer o fluxo de atendimento, as ações previstas e os encaminhamentos necessários (PEDROSA; SPINK, 2011; HASSE; VIEIRA, 2014).

Sobre a realização das profilaxias das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e os respectivos aconselhamentos, o Rio de Janeiro realiza esses procedimentos sistematicamente, dispondo de kit com os medicamentos, fornecidos por médicos e enfermeiros. O aconselhamento refere-se aos efeitos da medicação, riscos envolvidos e acompanhamento multiprofissional.

São feitas na sala de admissão mesmo. Tem um kit de VVS que é levado para a sala [...] E aplicam as medicações e explicam porque ela está fazendo todas aquelas medicações e a importância delas. (GR6).

“Tem um kit pronto na supervisão, e, depois do atendimento, o médico solicita à enfermeira que traga o kit [...] E a gente faz a entrega” (GR9).

Em Fortaleza, esses procedimentos ainda não estão instituídos em quase todas as unidades, sendo realizados em apenas um serviço de saúde municipal considerado de referência. Alguns gestores também mencionaram o encaminhamento das mulheres para unidades da gestão estadual para realização das profilaxias. *“Desconheço que sejam feitas as profilaxias” (GF27).*

Não, a gente só faz aqui o teste rápido do HIV para as pacientes que vão parir, porque é protocolo estabelecido. Mas, para vítima de violência, a gente não tem nada implantado. (GF20).

“Encaminha para outro hospital que seja estruturado. Normalmente, a orientação dos profissionais é que se encaminhe” (GF21).

As profilaxias das DST são medidas fundamentais para proteger a saúde sexual e reprodutiva das mulheres dos possíveis e intensos impactos do ato de violência a que foram submetidas. Dessa forma, os serviços de saúde necessitam estar organizados para atender a essa demanda de forma rápida e resolutiva, tendo em vista que esse cuidado é sensível ao tempo (GARCÍA-MORENO ET AL., 2015).

Nesse contexto, também é imprescindível o aconselhamento da mulher, tendo em vista que ele permite minimizar o dano emocional, além de favorecer uma melhor adesão aos esquemas medicamentosos. Torna-se fundamental nesse processo o esclarecimento precoce dos possíveis efeitos colaterais relacionados ao tratamento, bem como as formas de minimizá-los durante a sua utilização.

O aconselhamento, como processo de escuta ativa, ainda permite estabelecer relação de confiança entre a mulher e o profissional de saúde, facilitando a superação da situação traumática (BRASIL, 2012).

Atendimento diante da gravidez decorrente da violência sexual

A oferta de anticoncepção de emergência também faz parte da rotina de atendimento no Rio de Janeiro, por meio de kit com a medicação, envolvendo médicos e enfermeiros no fornecimento. *“Na emergência mesmo são colhidas as informações. A mulher é examinada e nessa hora são dadas todas as medicações, incluindo a anticoncepção de emergência” (GR5).* Em Fortaleza, da mesma forma como acontece como as profilaxias das DST, essa oferta ocorre em apenas uma unidade municipal. *“Como não existe o serviço montado, não existe contracepção de emergência” (GF35).* *“Não tem. Geralmente, a gente encaminha para o Gonzaguinha” (GF34).*

Mesmo considerando que o uso da anticoncepção de emergência não se aplica a todas as situações de violência sexual, a prevenção da gravidez não desejada deve se constituir em elemento prioritário na atenção em saúde a essa demanda. A não oferta ou a demora desse procedimento pode submeter as mulheres a uma gestação decorrente de violência sexual. A gravidez, nessa situação, destaca-se pela complexidade das reações psicológicas e sociais que determina, representando, para a maioria das mulheres, uma segunda forma de violência. Nesse sentido, os profissionais de saúde precisam estar capacitados e instrumentalizados para o diagnóstico precoce e a prevenção dos problemas decorrentes dessa violência, bem como a gestão deve assegurar os recursos (medicamentos, suprimentos e equipamentos) necessários para as condutas preconizadas pela normatização (BRASIL, 2012).

A partir dos relatos dos gestores, evidencia-se que em Fortaleza apenas uma unidade da rede municipal hospitalar oferece as ações previstas na norma técnica. No entanto, recentemente, a Lei nº 12.845/2013 ampliou a oferta desse tipo de atenção, prevendo a obrigatoriedade do atendimento

integral a pessoas em situação de violência sexual nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013). Dessa forma, todos os serviços tornam-se responsáveis por essa demanda, não sendo mais restrita às instituições consideradas de referência.

Com relação aos encaminhamentos realizados no caso de gravidez decorrente da violência sexual, o Rio de Janeiro possui apenas uma unidade de saúde de referência para o aborto previsto em lei. Os participantes também referem encaminhamentos para realização de pré-natal e para adoção.

Se ela está gestante devido a um estupro, a gente faz o Sinan [Sistema de Informação de Agravos de Notificação], vê a data da última menstruação, vê a data da violência, quanto tempo tem essa gestação. Ela vai depois para o serviço social, para a saúde mental e para o médico obstetra. Ai, todo mundo de acordo e tendo até 20 semanas de gestação, ela é internada para realizar o aborto. (GR1).

“A gente não faz o aborto legal aqui, a referência é a Fernando Magalhães” (GR9). “A gente oferece o pré-natal e informa à paciente que existe o pré-natal, e ela pode entregar a criança para adoção se ela quiser”. (GR10).

Fortaleza também possui apenas uma unidade de saúde de referência para o aborto previsto em lei. No entanto, a maioria dos entrevistados desconhece os procedimentos e considera que as respectivas unidades de saúde não possuem perfil para realização desse tipo de atendimento. *“No caso, ela vai ser referenciada para um serviço que já exista, que seja montado. Quem vai dar essa orientação é o próprio serviço de referência” (GF21).*

A gente normalmente referencia para o Hospital de Messejana, porque eles lá já são capacitados no caso da gravidez. Se a paciente deseja interromper, eles lá já têm profissionais aptos para isso. Nós aqui não temos (GF22).

Sobre o monitoramento dos casos encaminhados para o aborto previsto em lei, ambos

os municípios informam que é realizado pela equipe de saúde, sendo que no Rio de Janeiro essa atribuição fica a cargo do serviço social.

A capacitação dos profissionais, a qualidade da informação e a eficácia do atendimento diante da gravidez decorrente da violência sexual podem ser consideradas indicadores positivos da institucionalização de uma perspectiva de gênero na implementação dessas ações.

Por outro lado, o desconhecimento, a resistência em executar o procedimento na unidade de saúde e a fragilidade no monitoramento dos casos indicam o despreparo dos gestores, agravado pelo preconceito frente ao aborto previsto em lei e pela existência de apenas um serviço de referência em cada um dos municípios.

Quando a violência sexual resulta em gravidez, a mulher, bem como a adolescente e seus representantes legais devem ser esclarecidos sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação e sobre as possibilidades de atenção nos serviços de saúde. O aborto, nesses casos, é um direito e não uma obrigação. Em razão disso, da mesma forma, as mulheres devem receber orientações sobre o direito de manter a gestação até o seu término, assegurando os cuidados pré-natais apropriados para a situação, e sobre a alternativa de entrega da criança após o parto para adoção. Nessa última hipótese, os serviços de saúde devem providenciar as medidas necessárias junto às autoridades que compõem a rede de atendimento para garantir o processo regular de adoção (BRASIL, 2012). A decisão final cabe à mulher, e os profissionais de saúde devem respeitar sua autonomia, atuando como agentes que assegurem que essa decisão seja tomada de forma livre, consciente, esclarecida e informada.

Contudo, a questão do aborto é muito polêmica, e seu cumprimento esbarra em dificuldades administrativas e em questões culturais que influenciam a atuação da equipe de saúde na prestação desse atendimento. Para Colas, Aquino e Matar (2007), questões religiosas, sexuais ou familiares, de ordem pessoal dos profissionais, podem

desestimular ou até mesmo restringir o acesso das mulheres ao aborto legal e seguro.

Vale discorrer que a objeção de consciência e a recusa do profissional de realizar a interrupção da gravidez devem ser respeitadas. Em contrapartida, as instituições necessitam oferecer condições para tal prática disponibilizando outros profissionais. A negação dessa prática pode levar a mulher a buscar um aborto em condições inseguras, o que constitui-se em um problema ainda maior, com sérias repercussões à sua saúde.

Trabalho em rede

Os entrevistados dos dois municípios identificam como instituições da rede intrasetorial as unidades voltadas para a saúde da mulher, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), hospitais gerais e Unidades de Atenção Primária à Saúde (Uaps). Porém, observa-se uma diferença importante relativa às relações estabelecidas entre essas instituições. No Rio de Janeiro, os vínculos entre os serviços são formais, através de guia de referência, regulação de vagas, documentação e contato telefônico. Foi informada a existência de linha de cuidado adotada pela SMS. *“A gente encaminha por guia de referência e contrarreferência”* (GR4). *“O encaminhamento, geralmente, é com um contato prévio. A gente entra em contato direto com o gestor local”* (GR6).

Em Fortaleza, apesar dos contatos telefônicos e do estabelecimento de referência, através do serviço social e da central de leitos, verificam-se vínculos informais. *“O serviço social encaminha para as unidades que têm realmente fluxo”* (GF20). *“Normalmente, é via central de regulação, mas, às vezes, quando a central de regulação não funciona, é por amizade mesmo”* (GF21).

Sobre a rede intersetorial, os gestores do Rio de Janeiro mencionam instituições da segurança pública (delegacias e Instituto Médico Legal – IML), conselhos de direito, Conselho Tutelar, universidades públicas,

Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), abrigos, defensoria pública e informam a existência de fluxo pré-estabelecido. Fortaleza possui uma rede que inclui instituições da segurança pública (delegacias e Perícia Forense), promotoria, centro de referência, organização não governamental e casa abrigo, todavia, não foi informado fluxo pré-estabelecido.

Os dois municípios apresentam dificuldades em apontar as formas de gerenciamento das redes intra e intersetorial, apesar do investimento de articulação das redes em ambos os municípios pelos gestores da área da saúde e da área da mulher. Alguns entrevistados não souberam responder sobre essa questão, o que pode estar associado à falta de conhecimento sobre a rede de atendimento às mulheres em situação de violência sexual ou à própria desarticulação dessa rede nos municípios.

O conceito de enfrentamento adotado pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres diz respeito à implementação de políticas amplas e articuladas, que procurem dar conta da complexidade do fenômeno em todas as suas expressões. O enfrentamento requer a ação conjunta dos diversos setores envolvidos com a questão (saúde, segurança pública, justiça, educação, assistência social, entre outros), por meio da constituição da rede de atendimento (BRASIL, 2011).

Na perspectiva de uma atenção integral, torna-se imperioso ultrapassar ações institucionais isoladas, uma vez que a mera existência de vários serviços, trabalhando de formas distintas entre si, não é capaz de responder ao fenômeno. Nessa direção, Schraiber *et al.* (2012) reforçam que a configuração de uma ‘rede’ para um conjunto de serviços só é possível quando existe articulação entre as ações particulares de cada serviço, sendo concreta quando houver uma produção assistencial minimamente partilhada pelos diferentes setores que prestam assistência às mulheres em situação de violência.

Verifica-se, nas realidades estudadas, a presença de algumas conexões já estabelecidas, tais como entre as Deam e as unidades hospitalares no Rio de Janeiro, ou entre os serviços que compõem a rede intrasetorial. Contudo, observa-se pouca integração e comunicação entre os setores no cenário de Fortaleza, fato ratificado pela inexistência de fluxo pré-estabelecido, prevalecendo a fragmentação das ações e o desconhecimento mútuo.

Segundo a norma técnica (BRASIL, 2012), o limite de atuação de cada unidade depende da disponibilidade de recursos; e situações de maior complexidade podem requerer mecanismos de referência e contrarreferência. Dessa forma, a construção e a consolidação da rede de serviços para o enfrentamento da violência contra as mulheres se configuram em umas das estratégias mais relevantes e desafiadoras para lidar com esse problema multifacetado, na medida em que fortalece as mulheres e também os profissionais, ao se sentirem amparados e encorajados a agir (HASSE; VIEIRA, 2014).

Conclusões

Apesar dos esforços de ambos os municípios em visibilizar o fenômeno da violência de gênero, as fragilidades relativas à qualificação da gestão na atenção às mulheres em situação de violência sexual apontam para a necessidade de inclusão desse tema na formação profissional.

Notadamente, há uma insuficiência de serviços de referência para o aborto previsto em lei nos dois cenários. Nesse sentido, pode ser considerada relevante a inclusão desse tema na agenda municipal, na perspectiva da garantia de direitos, a despeito das descontinuidades na implementação da atenção em saúde decorrentes das mudanças na gestão.

As gestões de ambos os municípios ainda estão iniciando o processo de produção da informação sobre esse agravo, indispensável ao monitoramento das ações de atenção às mulheres em situação de violência sexual

na área da saúde. Isso pode estar associado ao distanciamento da gestão das ações de saúde das ações de enfrentamento à violência contra a mulher.

Assim como o fenômeno da violência sexual possui contornos específicos em cada um dos municípios, o processo de implementação das ações de atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual também apresenta diferenças significativas, o que pode estar relacionado ao estágio em que se encontra o reconhecimento do problema no ciclo político.

Apesar dos pontos de convergência, os resultados apontam para uma incorporação diferenciada dos dois municípios com relação aos parâmetros sugeridos pela norma técnica, decorrente da trajetória de consolidação dos serviços, da apropriação da categoria gênero por gestores e profissionais, da aproximação com o movimento feminista e dos contextos culturais específicos.

Nesse sentido, o processo de implementação em Fortaleza, comparado ao do Rio de Janeiro, mostra-se mais incipiente. Os procedimentos previstos na norma técnica (BRASIL, 2012), como: adoção de protocolo, realização das profilaxias das DST e os respectivos aconselhamentos, oferta de anticoncepção de emergência e encaminhamentos realizados no caso de gravidez decorrente da violência sexual não fazem parte da rotina dos serviços de saúde e, em sua maioria, são referenciados a uma única unidade de saúde.

Na direção de uma resposta mais efetiva na atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual, colocam-se como desafios para o município do Rio de Janeiro: ampliação do acesso aos serviços e ao direito ao aborto legal; fortalecimento do fluxo de atendimento com envolvimento das unidades nas pactuações da rede intra e intersetorial; e construção de um sistema de monitoramento voltado para o acompanhamento das usuárias após o atendimento emergencial, com a participação do nível primário de saúde.

Em Fortaleza, com vistas à institucionalização de uma perspectiva de gênero, é necessário

esforço para promover a integração dos serviços da rede de atendimento. Sugerem-se: investimento na produção de materiais educativos dirigidos à instrumentalização dos profissionais; incorporação dos protocolos já estabelecidos; aumento da oferta das profilaxias das DST e da anticoncepção de emergência; ampliação do diálogo com as outras áreas de políticas públicas; e divulgação acerca dos dispositivos legais e da rede de serviços.

Torna-se relevante aos dois municípios o investimento permanente na articulação

intersetorial para o enfrentamento à violência sexual contra as mulheres, tendo como protagonista a área da saúde. Essa articulação deve superar o mero encaminhamento de usuárias para a consolidação de um fluxo resolutivo, com a realização de ações integradas.

Resta salientar a importância desses resultados para pensar o desenho das políticas públicas municipais na consolidação da cidadania feminina, por meio de estratégias desenvolvidas em contextos e culturas institucionais distintas. ■

Referências

ANDALAFI NETO, J. *et al.* Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. *FEMINA*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 6, p. 301-306, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN)*. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>>. Acesso em: 5 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: normas técnicas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Presidência da República. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação

dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>. Acesso em: 10 nov. 2014.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Brasília, DF: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011.

_____. Presidência da República. Lei n. 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 1 ago. 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/12845.htm>. Acesso em: 10 nov. 2014.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Enfrentamento à violência contra a mulher: balanço de ações 2006 – 2007*. Brasília, DF: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2007.

COLAS, O.; AQUINO, N. M.; MATTAR, R. Ainda sobre o abortamento legal no Brasil e o conhecimento dos

- profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 443-445, 2007.
- DRAIBE, S. M. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. (Org.). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE: PUC, 2001. p. 14-42.
- FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. *Protocolo do atendimento às mulheres e adolescentes vítimas e em situação de violência doméstica e sexual*. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2012. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/131289352/Hospital-Da-Mulher-Livro-Procedimentos-Web#scribd>>. Acesso em: 15 jan. 2015.
- FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. *Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2013. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/storage/download//anuario_2013-corrigido.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2015.
- GARCÍA-MORENO, C. *et al.* The health-systems response to violence against women. *The Lancet*, Londres, v. 385, n. 9977, p. 1567-1579, 2015.
- HASSE, M.; VIEIRA, E. M. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 482-493, 2014.
- HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. (Org.). *Política pública: seus ciclos e subsistemas – uma abordagem integral*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
- ORTEGA, J. A. *Por tercer año consecutivo, San Pedro Sula es la ciudad más violenta del mundo*. 2014. Disponível em: <<http://www.seguridadjusticiaypaz.org.mx/sala-de-prensa/941-por-tercer-ano-consecutivo-san-pedro-sula-es-la-ciudad-mas-violenta-del-mundo>>. Acesso em: 17 nov. 2014.
- PEDROSA, C. M.; SPINK, M. J. P. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saude Soc.*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 124-135, 2011.
- SCHRAIBER, L. B. *et al.* Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersectorial. *Athenea*, Cerdanyola del Vallès, v. 12, n. 3, p. 237-254, 2012.
- WAISELFISZ, J. J. *Mapa da Violência 2012: atualização: homicídio de mulheres no Brasil*. São Paulo: Cebela: Flacso Brasil, 2012.

Recebido para publicação em maio de 2015
Versão final em setembro de 2015
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) através do Edital MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA Nº 32/2012 – Relações de Gênero, Mulheres e Feminismos

Direitos sexuais e reprodutivos de crianças e adolescentes: desafios para as políticas de saúde

Sexual and reproductive rights of children and adolescents: challenges for health policies

Luciene Jimenez¹, Daniel Adolpho Daltin Assis², Ronaldo Gomes Neves³

RESUMO Pesquisa qualitativa documental que analisou – a partir da compreensão de paradigma proposta por Kuhn – como a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos estão previstos nas normas e leis brasileiras que regulam os direitos de crianças e adolescentes, incluindo aqueles que se encontram em conflito com a lei. Os paradigmas contraditórios, a questão do ‘consentimento’ e as violências acenam como desafios para a execução das políticas de saúde. Como estratégia, propõe-se o exercício de tais direitos com diretriz ética enquanto ‘o cuidado de si’, conforme compreendido por Foucault. Atenta-se, ainda, para o princípio da incompletude institucional como égide para tal transformação.

PALAVRAS-CHAVE Direitos sexuais e reprodutivos; Saúde do adolescente; Políticas públicas; Legislação como assunto.

ABSTRACT Documental qualitative research that analyzed – from the comprehension of paradigm according to Kuhn’s proposal – how health and the sexual and reproductive rights are foreseen in Brazilian norms and laws that regulate children and adolescent rights, including those that are in conflict with the law. The contradictory paradigms, the issue of ‘consent’ and violence stand out as challenges for the execution of health policies. As a strategy, it is proposed that the exercise of those rights with an ethical parameter as ‘care of the self’, as comprehended by Foucault. Furthermore, attention should be paid to the principle of institutional incompleteness as foundation for such transformation.

KEYWORDS Sexual and reproductive rights; Adolescent health; Public policies; Legislation as topic.

¹Universidade Anhanguera de São Paulo (Unian) – São Paulo (SP), Brasil. lucienejimenez@hotmail.com

²Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) – Brasília (DF), Brasil. Ministério da Saúde (MS) – Brasília (DF), Brasil. danieladolpho@gmail.com

³Universidade Anhanguera de São Paulo (Unian) – São Paulo (SP), Brasil. Escola Estadual Fábio Eduardo Ramos Esquível – Diadema (SP), Brasil. ronaldo.gn@gmail.com

Introdução

Os direitos sexuais e reprodutivos de crianças e adolescentes são amplamente reconhecidos, como será visto adiante, por meio de Conferências Internacionais das quais o Brasil é signatário. Apesar disso, a temática é complexa e contraditória. A própria noção de infância/adolescência é uma construção social e cultural que pode variar grandemente no tempo histórico ou entre as culturas, podendo variar também a partir de fatores, como a classe social. Os limites convencionados social e culturalmente para delimitar as fases da vida vão incidir no momento considerado adequado para a criança receber as informações sobre sexualidade e reprodução, bem como para a anuência ou não da prática sexual.

Melo (2010) considera que falar de direito, sexualidade e infância/adolescência em uma perspectiva emancipatória é tarefa no mínimo espinhosa, seja pelas reações que o tema suscita, seja pelas poucas reflexões teóricas. O mesmo autor aponta que o número de meninas brasileiras entre 10 e 14 anos que deram à luz em hospitais públicos passou de 24,8 mil em 2005 para 26,3 mil em 2007, evidenciando a importância de enfrentar o tema e seus espinhos.

Não obstante, ao se incluir na temática os e as adolescentes que se encontram em cumprimento de medida socioeducativa, o desafio é dobrado. O termo ‘adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa’ remete a um grupo de jovens entre 12 e 21 anos incompletos de idade que foram responsabilizados judicialmente por ato infracional ocorrido no decorrer da adolescência (entre 12 e 18 anos incompletos) devido à prática de conduta descrita em lei como crime ou contravenção penal. Tal responsabilização implica o cumprimento de medida socioeducativa, sendo seis as modalidades possíveis: duas de privação/restrição de liberdade (a internação e a semiliberdade); duas exauridas no âmbito do

judiciário (a advertência e a obrigação de reparar o dano); as outras duas executadas em meio aberto (a Prestação de Serviços à Comunidade – PSC – e a Liberdade Assistida – LA) (BRASIL, 1990).

Dados do ano de 2012 indicam um número de 20.532 adolescentes em restrição e privação de liberdade (internação, internação provisória e semiliberdade), e de 88.022 em meio aberto (prestação de serviços à comunidade e liberdade assistida), totalizando 108.554 adolescentes em cumprimento de alguma medida socioeducativa. Tais números representam 0,51% da população total de adolescentes (BRASIL, 2014B).

No cenário nacional, observa-se que 95% são do sexo masculino, egressos do sistema formal de ensino, vivendo nas regiões mais pauperizadas e com acesso restrito aos direitos básicos. Embora sejam escassos os estudos sobre direitos e saúde sexual e reprodutiva desse grupo, pode-se inferir que se trata de um grupo com menor acesso também a essa dimensão da saúde. Assis e Souza (1999), ao entrevistarem adolescentes infratores e seus irmãos ou primos não infratores, identificaram que:

Todos os infratores entrevistados relataram ter ou já terem tido namorada, sendo que cinco deles já viviam com suas mulheres. Alguns revelaram ter começado a namorar muito precocemente, por volta dos oito anos de idade e iniciado a vida sexual entre os dez e treze anos. A relação com as namoradas é efêmera e o relato de ocorrência de gravidez foi muito comum. A maioria das garotas não chegou a ter o filho, mostrando a frequência com que o aborto é feito por esse grupo social. O número elevado de gravidez das namoradas e o de filhos nascidos evidencia, de um lado, a pouca utilização de métodos para evitar a concepção e, de outro, a ausência de medidas preventivas relacionadas a doenças sexualmente transmissíveis. [...] Os irmãos/primos entrevistados têm o mesmo comportamento no que se refere à alta rotatividade nos relacionamentos e envolvimento paralelos. Entretanto, tiveram uma entrada na

vida sexual mais tardia e apresentaram maior preocupação com a prevenção de gravidez e doenças, embora tal comportamento nem sempre se expressasse em medidas eficazes. Nesse grupo, foram poucos os relatos de interrupção de gravidez; foi maior o número de jovens que assumiram a paternidade e que planejaram com cautela a futura constituição de suas vidas conjugais. (ASSIS; SOUZA, 1999, P. 140).

No que diz respeito às adolescentes que se encontram em cumprimento de medida socioeducativa, Dell’Aglia *et al.* (2005) identificaram importantes eventos estressores vivenciados na esfera da sexualidade, tais como: ‘ficar grávida’, ‘ser estuprada’, ‘ser tocada sexualmente contra a vontade’ e ‘fazer aborto’. Os adolescentes e jovens constituem um grupo populacional que necessita de novos modos de produzir saúde, em particular, a saúde sexual e reprodutiva (PASCHETTI *ET AL.*, 2014), e tal afirmação deve incluir aqueles que estão em conflito com a lei.

Nesse sentido, cabe realizar um sucinto resgate histórico sobre a constituição semântica do campo da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na infância/adolescência.

Saúde sexual e reprodutiva

As questões e discussões referentes ao exercício da sexualidade e da reprodução humana atravessaram todo o século XX com marcos internacionais importantes, entre eles, as três Conferências Internacionais da Mulher (MÉXICO, 1975, COPENHAGUE, 1980, NAIRÓBI, 1985). A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Cairo, em 1994, pautou os direitos reprodutivos, incluindo os adolescentes e atentando no item ‘e’ do capítulo VII para o fato de que, enquanto grupo, os adolescentes são particularmente vulneráveis e ignorados pelos serviços de saúde reprodutiva.

No ano seguinte, a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim (1995), retomou a

relação entre direitos e sexualidade, porém enquanto as diretrizes do Cairo enfatizaram o direito à reprodução, foi com o evento de Pequim que a sexualidade assumiu relevância ao propor o respeito com as diferentes expressões sexuais que fogem ao tradicional binômio normativo masculino/feminino; ou seja, homossexuais, transexuais, travestis e transgêneros passaram a ter seus direitos reconhecidos nas diretrizes de Pequim (VENTURA *ET AL.*, 2003, P. 35).

Em 1999, a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou um processo de revisão e avaliação da implementação dos direitos sexuais e reprodutivos conquistados até então – Cairo + 5 –, avançando, entre outros tópicos, nos direitos dos adolescentes. De acordo com Ventura (2005, p. 37),

Na revisão do documento, deixou de ser incluído o direito dos pais em todas as referências aos adolescentes, garantindo o direito dos adolescentes à privacidade, ao sigilo, ao consentimento informado, à educação, inclusive sexual no currículo escolar, à informação e à assistência à saúde sexual e reprodutiva.

Pode-se afirmar que os direitos sexuais e reprodutivos de crianças e adolescentes são amplamente reconhecidos no cenário internacional e supostamente no nacional, uma vez que o Brasil foi signatário dos documentos resultantes de tais eventos.

Nesse sentido, foram objetivos deste trabalho identificar como tais direitos estão sendo contemplados nas leis e normas nacionais que organizam os direitos de crianças e adolescentes – inclusive daqueles que se encontram em conflito com a lei –, para, a seguir, sem a intenção de esgotar o tema, traçar alguns desafios para a execução das políticas de saúde.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa documental que teve como objetivo analisar dois

documentos e duas leis nacionais que remetem aos direitos das crianças e adolescentes e propõem a organização do funcionamento do sistema socioeducativo brasileiro. A pesquisa qualitativa é aquela que busca incorporar a intencionalidade, os significados, afetos e outras dimensões subjetivas da vida (MINAYO, 1992). Quanto à pesquisa documental, Gil (1994) refere que os conteúdos dos textos tiveram pouco tratamento analítico, constituindo assim material a partir do qual o pesquisador pode desenvolver sua investigação e análise.

As normas analisadas foram: 1) Lei Federal 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA); 2) Lei 12.594/2012. E os documentos: 1) Resolução do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) n.º 119/2006 – Sinase; 2) Portaria Interministerial n.º 647, de 11 de novembro de 2008.

A análise buscou identificar a presença dos paradigmas que organizam a concepção de saúde e direitos sexuais na infância e adolescência. A compreensão de paradigma é utilizada para estabelecer diferenças entre dois momentos ou dois níveis do processo de conhecimento científico (KUHN, 1989). Pode-se compreender o paradigma como um modelo de ciência que serve como referencial para o fazer científico de determinada época. Tal modelo tende a se esgotar, sendo suplantado por outro, cujas bases estruturantes sugerem maior confiabilidade. Pode ocorrer de dois ou mais paradigmas se superporem ou disputarem espaços de hegemonia na construção do conhecimento científico. Para tanto, foi realizada uma combinação entre critérios cronológico e hierárquico: partindo da primeira lei – ECA, 1990; em seguida, a Portaria Interministerial n.º 647/2008; a Resolução n.º 119, de 2006 (BRASIL, 2006), e, por fim, a Lei 12.594 de 2012, a fim de observar como o tema estudado foi abordado no decorrer do tempo, quais as expressões utilizadas para fazer menção aos direitos ou saúde sexual/reprodutiva, sexualidade e qual a abrangência do capítulo, eixo ou parágrafo no qual tais termos estavam inseridos.

Discussão

ECA – Lei Federal 8.069/1990: paradigma da sexualidade como violência

O ECA foi a primeira lei a ser analisada, pois representa uma evolução sem precedentes ao propor a criança e o adolescente como sujeitos de direitos, superando a compreensão tutelar da Doutrina da Situação Irregular, preconizada pelo Código de Menores de 1979, que os tratava como objetos de intervenção estatal.

Embora o ECA tenha gerado uma compreensão integral, na perspectiva dos direitos – e não do dever do Estado em intervir na vida dessa população –, o campo temático aqui tratado ainda não é alvo pleno dessa nova leitura que inclui os direitos sexuais e reprodutivos na agenda política atual dos direitos humanos. Predomina a compreensão negativa da sexualidade, ou seja, aquela segundo a qual crianças e adolescentes devem ser protegidos de possíveis violências, abusos e exploração sexual.

Os verbos utilizados remetem sistematicamente ao ato de proteger a criança e o adolescente da possibilidade de ser tratado como um objeto sexual, a sexualidade é contextualizada como ‘crime’, sendo o adulto envolvido apresentado enquanto ‘agressor’. Nas palavras de Pirotta e Pirotta (2005, p. 88),

O tratamento que o ECA dá aos direitos sexuais e reprodutivos de crianças e adolescentes é sempre pela negativa, ou seja, tem sempre o intuito de prevenir o abuso e a exploração sexual de crianças e adolescentes pelos adultos. É notável a ausência de direitos afirmativos referentes à vida sexual e reprodutiva.

No entanto, para Ventura *et al.* (2003), algumas garantias previstas no ECA criam pressupostos fundamentais para que os direitos sexuais e reprodutivos sejam assegurados na assistência à saúde, tais como: 1 - O reconhecimento de adolescentes como sujeitos de

direitos implica a garantia da privacidade, do sigilo e no consentimento informado; 2 - A garantia do direito ao respeito, como inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral desses sujeitos, e preservação da imagem, identidade, da autonomia, dos valores, das ideias e crenças, da opinião e expressão, dos espaços e objetos pessoais; 3 - A afirmação da natureza tutelar do direito à saúde, isto é, sua definição como um direito cuja garantia exclui qualquer outra norma que prejudique o bem tutelado, neste caso, a saúde.

Ainda para Ventura *et al.* (2003), em relação aos adolescentes em situação de privação de liberdade, o Estatuto estabeleceu, no seu artigo 124, uma série de garantias, denominadas como ‘rol de direitos fundamentais’, e adotou a expressão ‘dentre outros’, indicativa de que o rol ali apresentado não está esgotado, o que significa dizer que, além desses direitos básicos e fundamentais, podem e devem ser garantidos outros, abrindo possibilidade para a inclusão dos sexuais e reprodutivos.

Dessa forma, embora o ECA não trate de direitos sexuais e reprodutivos na adolescência nem mesmo reconheça a existência da sexualidade para esse grupo, no seu âmbito geral, busca proteger crianças e adolescentes de possíveis violências de natureza sexual. Ao mesmo tempo, ao propor o amplo acolhimento em saúde, deixa em aberto possibilidades para a ampliação de interpretação e ação que possam reconhecer direitos conquistados posteriormente.

Portaria Interministerial n.º 647/2008: o paradigma biológico e normatizador da sexualidade

Existem três Portarias Interministeriais referentes à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade: a Portaria n.º 1.426/2004 (BRASIL, 2004A), que aprovou as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; a Portaria SAS/MS n.º

340/2004 (BRASIL, 2004B), que ampliou e detalhou as propostas, delineando-as nas formas de anexos operativos e técnicos, sendo revogada pela Portaria SAS/MS n.º 647/2008 (BRASIL, 2008), que, em linhas gerais, mantém as determinações veiculadas na anterior e por isso será foco de análise.

No item 4.3.2, a Portaria 647/2008 (BRASIL, 2008) estabeleceu, sob o título ‘Saúde sexual e saúde reprodutiva’, as ações direcionadas para ambos os sexos e as ações voltadas ao sexo feminino, não havendo ações específicas para o sexo masculino, bem como reduzindo o recorte de gênero apenas ao binômio hegemônico. As ações a serem desenvolvidas foram compreendidas como práticas educativas e versaram sobre a dimensão orgânica, tais como: contracepção, controle do câncer uterino, autoexame da mama, contracepção, pré-natal, prevenção e tratamento sintomático das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), tratamento do vírus da imunodeficiência humana (HIV). No item 4.3.2.2, letra ‘G’, propõe ‘Proporcionar ambiente e condições favoráveis para aleitamento materno’, porém não estipula tempo mínimo para a permanência do bebê com a mãe, o que é genericamente garantido apenas no art. 63 § 2º da Lei 12.594/12 (BRASIL, 2012).

No que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos dos e das adolescentes em privação de liberdade, o documento mantém-se superficial sobre os procedimentos incluídos nas ações socioeducativas, demonstrando seu alcance, no máximo, sobre as atividades referentes à ‘violência doméstica e social’ e ‘violência e abuso sexual’, ambas com recorte no gênero feminino (BRASIL, 2008).

É indiscutível o avanço da proposta, no entanto, a Portaria reduz os direitos sexuais e reprodutivos ao binômio normativo masculino/feminino, atentando para a dimensão biológica e patognomônica da sexualidade e silenciando sobre as demais expressões de sexualidade, como a presença, nas unidades de internação, de adolescentes homossexuais, transgêneros ou *intersex*.

O caráter médico/sanitário atribuído à atividade sexual talvez tenha sido motivado pelo momento em que foi escrita a Portaria, pois coincide com o avanço das doenças sexualmente transmissíveis entre adolescentes, em particular pela epidemia da Aids, fato que despertava grande preocupação por parte da população e das autoridades, fazendo com que pairasse sobre o sexo o perigo da ‘peste’, do adoecimento e da morte.

Resolução n.º 119 do Conanda de 2006 (Sinase): as dimensões afetiva e política da sexualidade

Em fevereiro de 2004, a então Secretaria Especial dos Direitos Humanos (Sedh), por meio da Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente (SPDCA), em conjunto com o Conanda e com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), sistematizou e organizou a proposta do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase) (BRASIL, 2006). Tornada Resolução, o documento não ganhou, então, força de lei, mas adquiriu legitimidade por ser tanto deliberação de Conselho de Estado quanto resultado de uma construção coletiva e de um processo democrático e estratégico.

Mais amplo do que o normativo analisado anteriormente, o Sinase além-se ainda menos, especificamente, à saúde sexual e reprodutiva, mas apresenta como grande inovação com relação aos documentos anteriores a expressão ‘orientação sexual’ e a trata juntamente com a diversidade étnico-racial e de gênero. Não obstante, no capítulo 6, apresenta as referidas temáticas enquanto norteadoras da prática pedagógica,

Questões da diversidade cultural, da igualdade étnico-racial, de gênero, de orientação sexual deverão compor os fundamentos teórico-metodológicos do projeto pedagógico [...]; sendo necessário discutir, conceituar e desenvolver metodologias

que promovam a inclusão desses temas, interligando-os às ações de promoção de saúde, educação, cultura, profissionalização e cidadania [...], possibilitando práticas mais tolerantes e inclusivas. (BRASIL, 2006, p. 49).

Aspecto reforçado no eixo 6.3.2, onde inclui também a questão da identidade. “Diversidade Étnico Racial, gênero e orientação sexual, que sejam realizadas ações que abordem as três dimensões em questão, bem como, o tema da identidade” (BRASIL, 2006, P. 58).

Um segundo elemento assume relevância: a emergência da expressão ‘direito sexual’ não restringindo a temática à saúde sexual e, ao mesmo tempo, explicitando que as ações devem ser desenvolvidas em parcerias com as secretarias de saúde municipais.

Eixo 6.3.5 - [...] 3) oferecer grupos de promoção de saúde incluindo temas relacionados à sexualidade e ‘direitos sexuais’, prevenção de DST/Aids, uso de álcool e outras drogas, orientando o adolescente, encaminhando-o e apoiando-o, sempre que necessário, para o serviço básico de atenção à saúde; 4) buscar articulação e parcerias com a Secretaria de Saúde do Município a fim de receber apoio e desenvolver programas [...]. (BRASIL, 2006, p. 60, destaque nosso).

A possibilidade de visita íntima foi afirmada no item 6.2.1, que tratou da distribuição dos diferentes espaços, prevendo espaço e condições adequadas para visita íntima, o que foi confirmado posteriormente na Lei n.º 12.594/12.

O documento inova quanto à compreensão do exercício da sexualidade para além da proteção da saúde, pois, como direito, insere a temática no eixo político-pedagógico juntamente com outras dimensões do desenvolvimento, como etnia e gênero, reconhecendo a sexualidade como dimensão afetiva e, ao mesmo tempo, política para a existência humana. Reflete bem a sexualidade compreendida não apenas como instância da vida íntima ou privada, mas também

como exercício político, público, arena de disputas e constituição de subjetividades (FOUCAULT, 1988).

Lei 12.594/12, de 18 de janeiro de 2012: o retorno ao paradigma biológico

A Lei 12.594/12 foi sancionada seis anos após a publicação do Sinase com o objetivo de dar a este documento o estatuto legal. No entanto, enquanto o primeiro documento avança, entre as 122 páginas, sobre conceitos, estratégias e procedimentos de garantia de direitos nos quais são detalhados os princípios e ações, as breves 24 páginas da lei se dividem entre inovar na inscrição de procedimentos de gestão e reiterar a maioria dos direitos já assegurados no ECA – elidindo a expressão ‘direitos sexuais’ presente na Portaria anterior.

A primeira menção a questões de sexualidade se dá no Título II - Da Execução das Medidas Socioeducativas - Capítulo I, Disposições Gerais, § 8º, que aborda a não discriminação, incluindo gênero e orientação sexual, como um dos princípios a regerem a execução das medidas (BRASIL, 2012A).

A seguir, a saúde integral é reconhecida como um direito individual no Capítulo III, e o art. 60, inciso IV, trata pontualmente da saúde sexual e reprodutiva, informando que a atenção integral seguirá, entre outras diretrizes, a “disponibilização de ações de atenção à saúde sexual e reprodutiva e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis” (BRASIL, 2012A). Ou seja, a temática até então presente no eixo político-pedagógico da Resolução n.º 119 do Conanda (BRASIL, 2006) retorna para o eixo da saúde.

A visita íntima para adolescentes que se encontram internados(as) consta entre as especificações de visitas e é contemplada no art. 68:

É assegurado ao adolescente casado ou que viva, comprovadamente, em união estável o direito

à visita íntima. Parágrafo único. O visitante será identificado e registrado pela direção do programa de atendimento, que emitirá documento de identificação, pessoal e intransferível, específico para a realização da visita íntima. (BRASIL, 2012a).

O fato de a visita íntima ter sido contemplada manteve a conquista já estabelecida no documento de 2006, no entanto, as restrições colocadas, como comprovação de união estável, podem criar limitações ao exercício do direito para parte expressiva dos e das adolescentes. Ademais, não basta identificar o complicador de ordem cartorial, pois a relação pode até se dar sob a insígnia da união estável, porém de modo informal, como ocorre com significativa parte da população brasileira, ainda mais na adolescência. Trata-se, ainda, de condicionar o exercício dos direitos sexuais a um estado civil, negando-se, portanto, todas as demais dimensões desse direito consagradas na legislação internacional e nacional durante as décadas anteriores.

Orientação sexual e gênero deixaram de fazer parte da política de atenção à saúde e passam a constar exclusivamente no parágrafo que visa a não discriminação. Em suma, a lei empalideceu várias conquistas presentes no documento inicial datado de 2006, fazendo com que uma parcela importante de adolescentes privados de liberdade siga também privada do exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. À revelia da realidade brasileira, a principal norma inovadora no tema – visita íntima – não apenas apresenta baixo impacto (pois é restrita à condição de união civil) como também cerceia absolutamente o exercício que não seja heteroafetivo e para maiores de 16 anos de idade. Em suma, a lei sugere um retorno ao paradigma organicista.

Desafios para as políticas públicas

Um primeiro desafio está colocado na presença de diferentes paradigmas que

legitimam o acesso à saúde sexual e reprodutiva de crianças e adolescentes, fazendo com que tais concepções se reflitam no dia a dia de profissionais e gestores. Transcender a lógica exclusiva da proibição e da censura, sem abdicar da real necessidade de sua observância e, ao mesmo tempo, inserir a sexualidade na infância/adolescência enquanto instância constitutiva dos afetos, das identidades, da noção de quem se é, enfim, das dimensões da subjetividade, constitui um primeiro desafio para as políticas de saúde.

Avaliando que os direitos sexuais e reprodutivos devem ser tratados “no sentido libertário e igualitário, e não no sentido prescritivo de constituição de um modelo e regras para o exercício da sexualidade e da vida reprodutiva” (ÁVILA, 2003, P. 466), elencaram-se mais dois desafios que, embora não estejam explicitados nas normas e leis analisadas, fazem-se presentes no Código Penal e no cotidiano dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa em instituições fechadas: a questão do ‘consentimento’ e as situações de violência sexual.

A criança/adolescente como sujeito de direitos: a lei do ‘estupro presumido’ e a questão do ‘consentimento’

O artigo 224 do Código Penal brasileiro presume a existência de violência – estupro – em qualquer relação sexual com adolescente do sexo feminino ou masculino menor de 14 anos de idade. Esse artigo impacta diretamente nas discussões e na execução das políticas de saúde sexual e reprodutiva de crianças e adolescentes, levando a questionar a partir de qual idade uma pessoa tem o reconhecimento de autonomia para consentir, de maneira considerada válida, uma relação sexual.

Laura Lowenkron (2007, P. 735) propõe que “a noção de consentimento pode ser definida como uma decisão de concordância voluntária tomada por um sujeito dotado

de capacidade de agência e livre-arbítrio”, e realiza uma reflexão sobre a ‘menoridade sexual’ por meio da análise de um julgamento de um jovem de 24 anos que manteve relações sexuais com uma adolescente de 12 anos. Alguns dos argumentos apresentados pelos ministros participantes do julgamento versaram sobre os seguintes fatos: o rapaz não poderia prever a menoridade, pois a adolescente aparentava ter 15 anos; a adolescente era precoce mentalmente e promíscua sexualmente; as carícias trocadas antes do ato sexual representariam ou não constrangimento? Afinal, como identificar se houve ou não consentimento de fato, apesar de a adolescente afirmar que ‘transou porque pintou vontade’?

É possível observar nos argumentos dos ministros a presença de uma determinada compreensão do desenvolvimento humano na qual as características biológicas da puberdade tendem a se superpor à maturação afetiva e moral. Ou seja, uma vez tendo aparência de 15 anos, a adolescente teria maturidade equivalente. Por outro lado, independentemente da aparência, alguns ministros consideraram os adolescentes “como indivíduos incompletos e de personalidade indefinida, ou seja, não tendo desenvolvido ainda a capacidade de autocontrole de seus instintos, portanto considerados incapazes para o exercício pleno da liberdade sexual” (LOWENKRON, 2007, P. 731). Ambas as compreensões partem do paradigma biologicista da sexualidade humana que pouco considera a subjetividade e, portanto, cria importantes limites para discutir o consentimento.

Em contrapartida a essas concepções e como forma de garantir a condição de sujeito de direitos de crianças e adolescentes, propõe-se o desafio de um paradigma de desenvolvimento que se faz de modo heterogêneo, ou seja, levando em consideração as particularidades entre os indivíduos, e sem que as diferentes instâncias (física, intelectual,

sexual, moral etc.) se superponham, mas, antes, dialoguem entre si.

Para além do desenvolvimento perceptível e sensível para com o corpo, faz-se necessário o desenvolvimento de uma cultura da ética do sujeito. Uma ética que promova junto aos indivíduos condições para desenvolver a capacidade de manejar, por recursos próprios, um número de operações sobre seu corpo, pensamentos e condutas, de tal modo que possa transformar a si mesmo e ao mundo que o cerca (FRANÇA, 1996).

Nesse caminho, é necessário desvincular o discurso normativo e tutelar a respeito de crianças/adolescentes para compreendê-los a partir de suas próprias vozes e interesses, promovendo o desejo e o exercício do asseio de si mesmo e de suas práticas. Ou seja, não é apenas se questionar ‘eu quero transar? Eu posso transar?’ E a lei irá responder: ‘Hoje não, mas amanhã, com 14 anos de idade, sim’. Ao contrário, desdobrar a questão em pauta para promover a apreensão do desejo sexual e sua implicação com a vida e com sua condição de sujeito. ‘Eu quero transar com essa pessoa? Essa pessoa quer transar comigo? Quais as consequências que podem advir? Estamos preparados para as consequências? Como nos preparar?’ Propõe-se, portanto, a promoção de uma cultura que compreenda o exercício sexual enquanto parte da saúde sexual como um exercício ético de poder sobre si mesmo e sobre o seu corpo voltado para a conquista da autonomia, e não como uma prática de impulsos a serem controlados ou liberados em determinados tempos e momentos ditados pelo contexto exterior.

O exemplo apresentado por Lowenkron (2007), no qual a adolescente relata que transou porque ‘pintou vontade’, exemplifica bem o que está se chamando aqui de ‘prática dos impulsos’, realidade extensiva a muitos outros adolescentes, uma vez que é essa a reserva de conhecimentos e autonomia que a sociedade lhes oferece para lidar com a sexualidade.

Como instrumento para oportunizar tal giro paradigmático que vai da ‘prática dos impulsos’ para a ‘autonomia sobre si mesmo’, propõe-se o conceito de ‘cuidado de si’, conforme compreendido por Foucault (2010) e seus leitores que, sinteticamente, implicaria:

1) Romper com a mentalidade tutelar, ainda presente em parte da legislação analisada e cujos ecos se fazem presentes nos discursos dos profissionais de saúde, apostando no entendimento que tal população pode, livremente, assumir sua própria constituição de sujeito. Para tal, devem ser ouvidos e motivados a olharem para si com uma atitude investigativa de como se tornaram o que são, de como o mundo no qual estão imersos procurou produzir suas subjetividades (CAVALCANTE JUNIOR, 2008).

2) Desenvolver estratégias não como normas universais às quais todos devem se submeter, mas como princípios de estilização da conduta proposto àqueles que queiram dar à sua existência a forma mais bela, mais justa e mais realizada possível (FOUCAULT, 1984).

Tais desafios provocam o desenvolvimento criativo de espaços de fala e escuta, de técnicas que permitam a crianças e adolescentes expressarem suas percepções sobre seus corpos e desejos antes de agirem, tendo como objetivo alcançar o governo de si como expressão de liberdade e de autonomia.

Não se trata de uma solução mágica, pois está claro que para levar a cabo tal desafio se deve ousar romper com o silêncio que ainda paira sobre o sexo e as sensibilidades a ele associadas, mantendo-o como um tabu que atravessa os séculos. Não se pretende esgotar o tema, tampouco responder a questões, por exemplo: como conversar com crianças de diferentes idades, incluindo as de idade pré-escolar, sobre as sensibilidades de seus corpos ou sobre como os bebês são feitos. Ao invés disso, apenas afirmar que crianças e adolescentes podem falar sobre tais questões caso haja quem

os escute, e tal fato pode ser efetivo para a construção desse grupo como sujeitos, possibilitando não apenas o exercício ético da sexualidade, mas também contribuindo para protegê-los das situações de violência e abuso, bem como das doenças e gravidez indesejada, focos de preocupação de diversas leis e normas aqui analisadas.

Algumas particularidades de adolescentes que se encontram em cumprimento de medida socioeducativa de internação

Existem importantes questões que compõem os direitos sexuais e reprodutivos e fazem parte do cotidiano dos adolescentes que se encontram no sistema socioeducativo, principalmente daqueles que se encontram em privação de liberdade, e não se restringem às doenças ou gravidez indesejada. As violências que acontecem dentro das unidades de internação, incluindo a violência sexual e de gênero, o preconceito e a discriminação contra as diferentes expressões de sexualidade, fazem-se presentes no cotidiano desses adolescentes e não foram evidenciadas nas leis e normas analisadas. Uma pesquisa realizada pelo Conselho Nacional de Justiça entre os anos 2010 e 2011 em 320 estabelecimentos de internação identificou que:

Dos dados, destaca-se o número de estabelecimentos que registraram situações de abuso sexual sofrido pelos internos: em 34 estabelecimentos pelo menos um adolescente foi abusado sexualmente nos últimos 12 meses. Em 19 estabelecimentos há registros de mortes de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. [...] e dois registraram mortes por suicídio nos últimos 12 meses. A violência sofrida por adolescentes no interior dos estabelecimentos enseja mais atenção do Estado. (BRASIL, 2012B, P. 127).

Os dados acima explicitam o paradigma da sexualidade como expressão da violência, escopo de preocupação do ECA. É possível

que a efetivação real da visita íntima prevista no Sinase (BRASIL, 2006), enquanto parte do eixo político-pedagógico, não só abrandasse tais eventos como também pudesse abrir novas possibilidades para promover aos e as adolescentes a compreensão de sexualidade enquanto governo de si, e não enquanto ‘prática dos impulsos’ e/ou opressão e domínio do outro.

Não obstante, a ansiada maior atenção do Estado à qual o documento se refere implica, entre outras ações, acionar o princípio da Incompletude Institucional que rege o Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes. A Incompletude Institucional propõe um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, de base territorial, institucional e comunitária para a organização das políticas de atenção à infância e à adolescência (BRASIL, 2006). Partindo desse princípio, ações de saúde devem ser realizadas em cooperação com serviços dos três níveis de atenção, sobretudo as Unidades Básicas de Saúde e os Centros de Referência em DST/Aids responsáveis pelo território no qual se localiza a Unidade de Internação.

Nesse sentido, uma larga avenida a se atravessar pode ser a encontrada na Portaria GM/MS n.º 1.082/2014, ‘Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI)’. A PNAISARI apresenta uma importante novidade: realizar ações de matriciamento no processo saúde-doença-cuidado em construção entre técnicos do sistema socioeducativo e adolescentes internados/as, não sendo a principal atividade “o atendimento individual, ambulatorial, nem mesmo a realização de avaliações demandadas pelo Judiciário” (BRASIL, 2014A). Essa modalidade de gestão compartilhada entre socioeducativo e saúde ocorre “em virtude da importância da promoção de saúde mental em instituições fechadas, do reconhecimento do sofrimento psíquico decorrente da institucionalização” (BRASIL, 2014A). Considerando que a atenção psicossocial seja

uma importante dimensão da saúde sexual e reprodutiva, e enquanto os direitos referentes a esses estejam arriscadamente assentados pela atual Lei n.º 12.594/2012, no direito à saúde, um significativo lastro estratégico pode ser a PNAISARI, porquanto deve arrancar das ruas e das redes de atenção – logo, fora da instituição total –, por meio de ações de matriciamento, as atividades de promoção de saúde, especialmente pela necessária aproximação dos profissionais das unidades básicas de saúde e, no caso em tela, dos Centros de Referência em DST/Aids. A nova força centrífuga presente nas ações de cuidado pode significar um passo na consolidação do princípio da incompletude institucional, bem como, conseqüentemente, um percurso de afirmação ética avesso à instituição total e, logo, justificador de uma discursividade validadora das liberdades, inclusive de pensamento, desejos e participação.

Considerações finais

Ao se analisar as leis e normas em questão, têm-se consciência da expressiva contribuição que cada uma delas representa, já que:

a regulamentação [de tais documentos] aconteceu dentro do contexto da Constituição Federal de 1988, que promoveu o reordenamento jurídico brasileiro pondo fim ao período de

Ditadura Militar, e onde a afirmação dos direitos dos cidadãos foi a tônica fundamental. (NEVES, 2015, P. 93).

Ainda que os paradigmas se apresentem contraditórios entre si, tal fato reflete as diferentes compreensões presentes no tecido social sobre a sexualidade na infância e adolescência e a desafiadora tarefa de pautar a saúde e os direitos sexuais como parte intrínseca dos direitos humanos desse grupo.

Nesse contexto, garantir os direitos sexuais e reprodutivos é participar do processo de transição do lugar histórico de crianças e adolescentes como objetos de tutela do Estado para o lugar de sujeitos de direitos, transição iniciada com a promulgação do ECA, no ano de 1990, e em plena vigência. A trajetória percorrida nesses 25 anos tem buscado afirmar, desde o ponto de vista legal e cultural, o entendimento da criança/adolescente como sujeito de direitos, permitindo-se aqui a proposição de desafios a fim de contribuir neste percurso: a construção de uma cultura que reconheça crianças e adolescentes também como sujeitos éticos. Portanto, não é apenas necessário garantir e avançar nos direitos sexuais e reprodutivos de crianças/adolescentes por ser direito, mas também e, sobretudo, por ser bom no sentido ético e necessário no sentido humano. ■

Referências

ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. Criando Caim e Abel: pensando a prevenção da infração juvenil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 131-144, 1999.

ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. 465-469, 2003.

BRASIL. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 13 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm>. Acesso em: 26 nov. 2015.

_____. Portaria Interministerial n. 1426 em 14 de julho de 2004. Aprova as diretrizes para a implantação e

implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 14 jul. 2004a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1426.htm>>. Acesso em: 26 nov. 2015.

_____. Portaria Interministerial n. 340/2004 de 07 de julho de 2004. [sem descrição]. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 07 jul. 2004. 2004b. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=830>. Acesso em: 26 nov. 2015.

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. *Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo*: SINASE. Brasília, DF: Conanda, 2006.

_____. Portaria Interministerial n. 647/2008, de 11 de novembro de 2008. [sem descrição]. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 11 nov. 2008. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=830>. Acesso em: 26 nov. 2015.

_____. Lei n. 12.594, de 18 de janeiro de 2012. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional e dá outras providências. Presidência da República. Casa civil. Subchefia para assuntos jurídicos. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 18 jan 2012a. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2012/lei-12594-18-janeiro-2012-612303-publicacao-original-134972-pl.html>>. Acesso em: 26 nov. 2015.

_____. Conselho Nacional de Justiça. Panorama Nacional. *A execução das medidas socioeducativas de internação*: programa justiça ao jovem. Brasília, DF, 2012b. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/pesquisas-judiciarias/Publicacoes/panorama_nacional_doj_web.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1082, 23 de maio de 2014. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o

cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 23 maio 2014a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html>. Acesso em: 26 nov. 2015.

_____. Presidência da República. Secretaria dos Direitos Humanos. *Levantamento Nacional dos e das adolescentes em conflito com a lei – 2012*. Brasília, DF, 2014b. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes/pdf/levantamento-sinase-2012>>. Acesso em: 26 nov. 2015.

CAVALCANTE JUNIOR, I. G. *O cuidado de si; por uma hermenêutica mais próxima do sujeito*. 2008. Disponível em: <http://www.fap.com.br/fapciencia/002/educacao_2008/007.pdf>. Acesso em: 8 maio 2015.

DECLARAÇÃO e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher. Pequim, 1995. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/Articulacao/articulacao-internacional/relatorio-pequim.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2013.

DELLAGLIO, D. D. *et al.* Eventos estressores no desenvolvimento de meninas adolescentes cumprindo medidas sócio-educativas. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 30, p. 119-129, 2005.

FOUCAULT, M. *A Hermenêutica do sujeito*: curso dado no Collège de France (1981-1982). São Paulo: Martins Fontes, 2010.

_____. *História da sexualidade*: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. *História da sexualidade*: o uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FRANÇA, S. A. M. A indisciplina como matéria de trabalho ético e político. In: AQUINO, J. G. (Org.). *Indisciplina na escola; alternativas teóricas e práticas*. São Paulo: Summus, 1996. p. 139-148.

- GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 1994.
- KUHN, T. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1989.
- LOWENKRON, L. (Menor)idade e consentimento sexual em uma decisão do STF. *Revista de Antropologia*, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 713-746, 2007.
- MELO, E. R. Direito e norma no campo da sexualidade na infância e adolescência. In: UNGARETTI, M. A (Org.). *Criança e adolescente: direitos, sexualidades e reprodução*. São Paulo: ABMP, 2010. p. 43-60.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- NEVES, R.G. “Cuidado de si”, um princípio inspirador para o ensino da Filosofia junto a adolescentes. 2015. 167 f. Dissertação (Mestrado Profissional Adolescente em Conflito com a Lei) – Universidade Anhanguera de São Paulo, São Paulo, 2015.
- PASCHE, D. F. *et al.* Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 52, p. 58-71, 2014.
- PIROTTA, W. R. B.; PIROTTA, K. C. M. Relações de gênero e poder: os adolescentes e os direitos sexuais e reprodutivos no Estatuto da Criança e do Adolescente. In: ADORNO, R. C. F.; ALVARENGA, A. T.; COSTA, M. P. (Org.). *Jovens, trajetórias, masculinidades e direitos*. São Paulo: Fapesp: Editora da Universidade de São Paulo, 2005, p. 75-90.
- UNITED Nations International Conference on Population and Development. Cairo, 1994. Disponível em: <www.iisd.ca/cairo.html>. Acesso em: 13 jun. 2012.
- VENTURA, M. Sexualidade e reprodução na adolescência. In: ADORNO, R. C. F.; ALVARENGA, A. T.; COSTA, M. P. (Org.). *Jovens, trajetórias, masculinidades e direitos*. São Paulo: Fapesp: Editora da Universidade de São Paulo, 2005. p. 31-52.
- VENTURA, M. *et al.* *Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos*. Rio de Janeiro: Advocaci, 2003.

Recebido para publicação em maio de 2015
Versão final em julho de 2015
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Características dos serviços públicos de saúde mental (Capsi, Capsad, Caps III) do estado de Santa Catarina

Characteristics of public mental health services (Capsi, Capsad, Caps III) of the Santa Catarina State

Aline Batista Bernardi¹, Lilia Aparecida Kanan²

RESUMO O artigo apresenta as características de estrutura física, de recursos humanos e de atendimentos ofertados aos adolescentes com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas nos serviços públicos de saúde mental do estado de Santa Catarina. Estudo de natureza quali-quantitativa e descritiva. Das 21 equipes de profissionais dos serviços existentes no estado, 19 participaram do estudo. Os dados foram coletados mediante questionário on-line e organizados em categorias definidas a priori. Ao final, conclui-se que é premente a ampliação dos equipamentos da rede de saúde mental para atendimento de crianças e adolescentes usuários de drogas, com base na atenção integral e intersetorial de cuidado.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental; Saúde pública; Adolescente; Transtornos relacionados ao uso de substância.

ABSTRACT *The article presents the characteristics of physical structure, human resources and care offered to adolescents with disorders resulting from the use of alcohol and others drugs in the public mental health services of the Santa Catarina State. It is a qualitative, quantitative and descriptive study. Of the 21 professional teams of existing services in the state, 19 participated in the study. Data were collected through online questionnaire and organized into defined categories. At the end, it is concluded that it is urgent the expansion of Mental Health network equipment for the care of children and adolescents drug users, based on the full attention and intersectoral care.*

KEYWORDS *Mental health; Public health; Adolescent; Substance-related disorders.*

¹Universidade do Planalto Catarinense (Uniplac), Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Ambiente e Saúde. Saúde - Lages (SC), Brasil. alinebernardi@hotmail.com

²Universidade do Planalto Catarinense (Uniplac), Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Ambiente e Saúde. Saúde - Lages (SC), Brasil. lilia.kanan@gmail.com

Introdução

O uso de drogas na adolescência afeta a cognição, a capacidade de julgamento, o humor e as relações interpessoais, aspectos que, frequentemente, já se encontram em desenvolvimento nesse período e que podem ser comprometidos pelo uso de drogas. Pinsky e Bessa (2012, p. 11) asseveram que a adolescência é uma fase de mudanças, “época de grandes transformações, de descobertas, de rupturas e de aprendizados”. Os autores afirmam que é em decorrência dessas transformações que essa se torna uma fase de medos e instabilidades, que podem ocasionar alterações de comportamentos, oscilando entre demonstrações de agressividade, agitação e impulsividade ou tédio, sonolência e insatisfação com a vida no geral. Depreende-se, assim, que a fase da adolescência necessita de cuidado, amparo e proteção, pois, além da transformação para um corpo adulto, existe uma maturação emocional a ser considerada.

A adolescência, além de ser um período de transições, também evidencia a necessidade de integração social, busca de autoafirmação, construção da identidade sexual e da independência. Com relação à motivação para o uso e a dependência de drogas psicoativas, Silva e Mattos (2012) ponderam que os circuitos cerebrais envolvidos na motivação são os responsáveis pela impulsividade e pela tomada de decisões, áreas, geralmente, em desenvolvimento na adolescência. Os autores afirmam que, se ocorrer experimentação de drogas psicoativas nessa fase, recebendo o adolescente cuidado, amparo e proteção pela rede familiar e social, possivelmente, o uso de drogas será interrompido com a maturidade.

Em 2012, foi realizada a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que investigou os fatores de risco e proteção à saúde dos adolescentes, tendo como população os escolares do 9º ano do ensino fundamental. No que se refere ao uso de drogas, os

dados da PeNSE 2012 mostraram que 66,6% dos escolares já haviam experimentado bebida alcoólica, sendo esse indicador maior na região Sul do País (76,9%). Destaca-se que 21,8% dos escolares já tiveram algum episódio de embriaguez na vida (IBGE, 2012).

No tocante ao uso de drogas ilícitas, tais como maconha, cocaína, *crack*, cola, loló, lança perfume, *ecstasy*, evidenciou-se que 7,3% dos escolares já haviam feito uso. Considerando-se, exclusivamente, os escolares que usaram drogas ilícitas alguma vez na vida, 34,5% utilizaram maconha, e 6,4% usaram *crack*. Deste modo, o uso de drogas na adolescência torna-se um problema de saúde pública, uma vez que seu consumo abusivo tem aumentado ao longo dos anos.

No que se refere ao atendimento desses adolescentes, Pereira (2012) assegura que se trata de uma demanda que exige reflexões clínicas constantes e chama a atenção para a consolidação da política voltada ao sistema de garantia de direitos das crianças e dos adolescentes.

No Brasil, há significativo aparato legal que converge para a obrigatoriedade de que o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) se constitua como um serviço substitutivo que ofereça atividades terapêuticas e atendimento clínico em regime de atenção diária, ou seja, o Caps extrapola seu uso para consultas e obtenção de medicamentos, evitando, desse modo, as internações em hospitais psiquiátricos. Esse processo chama-se Clínica Ampliada, que está sendo reorientada nas práticas de atenção psicossocial, o que provoca mudanças nos modos tradicionais de compreensão e de tratamento dos transtornos mentais.

Os Caps, regulamentados pela Portaria n.º 336/2002 (BRASIL, 2002B), devem ser compostos por uma equipe multiprofissional, e esses profissionais devem trabalhar com perspectiva interdisciplinar, sendo responsáveis pela unidade durante todo o seu período de funcionamento, o que inclui criar uma ambiência terapêutica acolhedora. Os Caps podem se constituir em 5 modalidades: Caps I, Caps II e Caps III,

diferenciando-se apenas no que se refere à ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. E outros 2 serviços específicos de atenção psicossocial: Capsi (Criança e Adolescente), voltado à atenção psicossocial para atendimentos de crianças e adolescentes; e Capsad (Álcool e outras Drogas), responsável pela atenção psicossocial de pessoas com transtornos decorrentes de uso e dependência de substâncias psicoativas.

A Portaria n.º 3.088/2011 propõe que os adolescentes com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas sejam atendidos nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011). Entende-se, assim, que, por critério clínico, no caso de abuso de drogas, deveriam ser atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. Todavia, o Ministério da Saúde não definiu de forma clara qual Caps possui atribuição exclusiva para atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais decorrentes do uso de drogas psicoativas, atribuindo a responsabilidade tanto aos Capsi quanto aos Capsad.

Ainda, atribui ao Caps I (que deve ser implantado em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes) responsabilidade com relação ao atendimento de crianças e adolescentes (BRASIL, 2011), sendo, portanto, necessário que cada município defina o fluxo mais adequado às necessidades da população.

A inclusão tardia da saúde mental infantil na agenda das políticas de saúde mental pode ser atribuída a diversos fatores. De acordo com Couto, Duarte e Delgado (2008), alguns exemplos que podem ser destacados são: a extensa e variada gama de problemas relacionados à saúde mental da infância e da adolescência; a complexidade da avaliação diagnóstica e situacional; a dificuldade de encontrar estudos sistematizados sobre as consequências dos transtornos mentais originados na infância e na adolescência sobre a vida adulta; poucas evidências empíricas de qualidade sobre a eficácia e a efetividade de tratamentos para transtornos mentais infantis; e a dificuldade de

inclusão da saúde mental infantil no campo da saúde pública.

Couto, Duarte e Delgado (2008, p. 392) asseveram que

há ainda um significativo hiato a ser recoberto quanto ao desenvolvimento de modalidades de intervenção para o cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes que sejam aplicáveis a diferentes contextos.

Esse entendimento vai ao encontro de Espinola (2013), quando afirma que a realidade complexa vivenciada por todos os envolvidos no processo de atenção de adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas estimula os profissionais e pesquisadores no sentido de observar, investigar, analisar as mudanças das práticas de atenção e cuidado oferecidas aos adolescentes usuários de drogas psicoativas e a seus familiares nos serviços de saúde.

Neste artigo, objetiva-se apresentar as características da estrutura física, de recursos humanos e de atendimentos ofertados aos adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas nos serviços de saúde mental: Capsi, Capsad e Caps III, do estado de Santa Catarina. Importante destacar que o que ora é apresentado é parte de uma dissertação de mestrado que investigou, também, as características da assistência prestada pelas equipes profissionais dos serviços públicos de saúde mental referidos.

Percorso metodológico

A pesquisa é de natureza aplicada, com abordagem quali-quantitativa. Com relação aos objetivos caracteriza-se como descritiva e no que se refere aos procedimentos utilizados, trata-se de em estudo de levantamento.

Foram convidados a participar da pesquisa os 21 serviços de saúde mental cadastrados no primeiro semestre de 2013 na Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Obteve-se retorno e anuência à participação de 19 serviços de saúde mental

(Caps), de 9 municípios de Santa Catarina. A saber: 7 Capsi, 9 Capsad e 3 Caps III.

A escolha dos Caps deveu-se ao fato de serem os serviços estratégicos da Reforma Psiquiátrica, tendo como diretriz de atendimento ser uma base comunitária para pessoas em sofrimento psíquico. Segundo a Portaria n.º 336/2002 (BRASIL, 2002B), devem “responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território”. Ainda, os Caps para atendimentos específicos em saúde mental para atenção em álcool e outras drogas e para crianças e adolescentes (Capsi e Capsad), possuem como critério apenas serem implantados em municípios com mais de 70 mil habitantes (BRASIL, 2002B).

Obteve-se retorno de 90,4% dos instrumentos enviados, percentual considerado significativo para o desenvolvimento da pesquisa. Mertens (2005 APUD SAMPIERI; CALLADO; LUCIO, 2013, P. 255) assevera que “uma taxa de devolução de questionários preenchidos via correio ou de maneira eletrônica acima de 50% é muito favorável”.

A coleta de dados, precedida de um pré-teste para verificar a confiabilidade do instrumento, ocorreu por meio de questionário encaminhado on-line, sendo um por instituição.

Quanto à organização e à análise dos dados, as respostas aos instrumentos foram codificadas. Os dados quantitativos foram demonstrados em números, traduzindo as opiniões e informações, de modo a se proceder à análise. Os dados qualitativos foram compilados através da análise de conteúdo quantitativa, que, conforme Sampieri *et al.* (2013, P. 275), “é uma técnica para estudar qualquer tipo de comunicação de uma maneira ‘objetiva’ e sistemática, que quantifica as mensagens ou conteúdos em categorias”.

A pesquisa obteve anuência de Comitê de Ética em Pesquisa da universidade a qual as autoras estão vinculadas (Parecer n.º 096/13), conforme preconiza a Resolução CNS n.º 466/12 (Conep). Por meio do Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) on-line, encaminhado junto ao instrumento de coleta de dados, os participantes tiveram conhecimento formal e documental das condições de sua participação na pesquisa, o qual, conforme devolução do questionário respondido à pesquisadora, formalizou automaticamente o aceite dos termos previstos no TCLE. O item 9.8 do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa, elaborado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) (BRASIL, 2002A), informa que no caso de preenchimento de questionário anônimo via *e-mail*, à semelhança deste estudo, a devolução do questionário preenchido configura o consentimento em participar da pesquisa. Assim, fica dispensada, nesses casos, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Importante destacar, ainda, que o estudo não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro e não apresentou, em qualquer de suas fases, conflito de interesse.

Resultados e discussão

Ao se analisar o conjunto dos dados coletados, observa-se que Santa Catarina tem um bom indicador de cobertura de Caps, 0,94 Caps/100.000 habitantes, quando se compara à taxa do País, que é de 0,74 Caps/100.000 habitantes (BRASIL, 2012). Verifica-se também que a modalidade com maior cobertura é de Caps I. Isto porque dentre os 295 municípios catarinenses, 277 (93,9%) têm população de menos de 70.000 habitantes (IBGE, 2015), o que inviabiliza a implantação das demais modalidades de Caps.

Os dados coletados junto aos 19 serviços de saúde mental participantes deste estudo foram organizados em categorias definidas em consonância com os objetivos da pesquisa. Neste artigo, trata-se de uma das categorias: ‘Características dos serviços de saúde mental em relação à estrutura física, recursos humanos e atendimentos ofertados’.

A respeito do 'tempo de existência' dos serviços que participaram da pesquisa, 10 (52,6%) apresentaram tempo de serviço maior que 7 anos; 6 (31,6%) possuem de 4 a 6 anos; e 3 (15,8%) têm entre 1 e 3 anos. Tal dado amplia a fidedignidade dos dados, uma vez que a maioria dos serviços possui significativa experiência no atendimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso de drogas.

Quanto ao 'quantitativo de profissionais por equipes', relacionado ao número de instrumentos respondidos por Caps, obteve-se o seguinte retorno:

Respostas coletivas de 16 profissionais da equipe: 01 Caps.

Respostas coletivas de 11 profissionais da equipe: 01 Caps.

Respostas coletivas de 8 profissionais da equipe: 02 Caps.

Respostas coletivas de 5 profissionais da equipe: 01 Caps.

Resposta coletivas de 4 profissionais da equipe: 01 Caps.

Respostas coletivas de 3 profissionais da equipe: 03 Caps.

Respostas coletivas de 2 profissionais da equipe: 04 Caps.

Respostas do coordenador da equipe: 06 Caps.

Das 'categorias profissionais' que participaram da construção das respostas ao instrumento de coleta de dados das equipes, obteve-se a participação de 75 profissionais, sendo eles:

17 Psicólogos;

16 Coordenadores;

7 profissionais das categorias Terapeuta Ocupacional e Enfermeiros;

5 profissionais das categorias Assistente Social e Auxiliares Administrativos;

3 Técnicos de Enfermagem;

2 profissionais das categorias Pedagogo, Professor de Artes e Redutores de Danos;

1 profissional das categorias Farmacêutico, Auxiliar de Limpeza, Cozinheiro, Educador Físico, Educador Social (Ensino Médio), Médico Clínico Geral, Médico Psiquiatra, Motorista e Professor de Música.

No Brasil, desde a década de 1970, o trabalho em saúde passou a priorizar a composição de equipes multiprofissionais. Esse processo é dicotômico no sentido de que aumenta as possibilidades terapêuticas de assistência, contudo, pode aumentar, também, o risco de fragmentação do trabalho, impondo, assim, a necessidade de integração interdisciplinar. A atuação interdisciplinar pretende superar a fragmentação do conhecimento.

A dificuldade das equipes participantes desta pesquisa de se organizarem coletivamente para responder ao questionário denota um dos pontos críticos da integração interdisciplinar em saúde. Esse ponto refere-se à ausência de espaços para a discussão de um projeto em comum, a problemas no processo de comunicação e à existência de concepções de integralidade imprecisas e/ou equivocadas entre profissionais de saúde.

Tal fato possibilita perceber o quanto as equipes necessitam de processos de comunicação mais eficazes, que busquem compartilhar saberes e práticas, com o intuito de fortalecimento e atendimento de maneira integral.

É possível depreender que responder ao instrumento de coleta de dados possibilitou processos comunicacionais mais complexos. Exemplo disso é a manifestação de um dos participantes:

a equipe é dividida na opinião da efetividade da redução de danos para adolescentes, assim como em qual unidade de saúde mental deveria ser atendido (Capsi ou Capsad). (Capsi 1).

Observa-se, assim, que a atuação das equipes participantes traz consigo atravessamentos complexos, pois, de um lado, emerge a necessidade de estabelecer uma base epistemológica comum entre as profissões, e, por outro, insurge a perspectiva multiprofissional e interdisciplinar proposta pela reforma psiquiátrica, que impõe a mudança do modelo de assistência, tarefa bastante complexa (VASCONCELLOS, 2010).

Com relação aos ‘profissionais que compõem as equipes’ das instituições participantes, pode-se verificar que os 3 (15,7%) Caps III têm sua composição de equipe consoante a Portaria n.º 336/2002, que estabelece os Caps I, Caps II, Caps III, Capsi II e Capsad II e suas diretrizes (BRASIL, 2002B).

Entre os 7 Capsi participantes, 4 (21,1%) estão de acordo com a Portaria n.º 336/2002 (BRASIL, 2002B) e 3 (15,7%) apresentam deficiência na quantidade de profissionais de nível médio. Entre os 9 Capsad participantes, 6 (31,6%) atendem à Portaria n.º 336/2002, e 3 (15,7%) apresentam deficiências como falta de médico psiquiatra e médico clínico, enfermeiro e profissionais de nível médio.

Sobre a ‘estrutura física’ dos serviços, verifica-se que em 3 (15,7%) Caps III as deficiências estão representadas pela quantidade insuficiente de quartos de repouso, quando se considera a exigência da Resolução da Anvisa – RDC n.º 50, de 2002 (BRASIL, 2002C).

Os 7 (36,8%) Capsi atendem às exigências da Resolução da Anvisa quanto à estrutura física. Entre os 9 Capsad participantes, 3 (15,7%) apresentam deficiências com relação à sala de atendimento para desintoxicação.

Interessante é observar, ainda, que, entre os 19 serviços participantes, somente 8 (42,1%) relataram ter sanitário adaptado para deficientes, fato que evidencia problemas de adaptação e mobilidade para pessoas com deficiências. Cabe considerar que a necessidade de superar barreiras de acesso aos serviços da Rede de Atenção à Saúde é uma das diretrizes do Decreto n.º 5296, de 02 de dezembro de 2004, assim como do Decreto n.º 7.612, de novembro de 2011, que institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, tornando necessária a adaptação dos serviços no tocante à estrutura física para o acolhimento de pessoas com deficiências.

Ainda, de modo a reforçar os dados apurados, destaca-se a Política Nacional de Humanização (PNH), que objetiva o aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da humanização das relações entre todos os agentes envolvidos. Uma das diretrizes da PNH é a ambiência na saúde, pois refere-se ao cuidado com o espaço físico, que possibilita os encontros social e profissional e as relações interpessoais, de modo a proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Há de se considerar, além disso, a ausência de alguns serviços adaptados para pessoas com deficiências, o que possivelmente prejudique a atenção acolhedora, resolutiva e humana dedicada àquelas que necessitam desses serviços.

Existe uma forte relação entre a ambiência e o cuidado, que pode ser um fator de acréscimo ou redução do cuidado.

A estrutura disponibilizada precisa oportunizar um ambiente terapêutico, e quando necessário ser passível de modificações, a fim de promover melhorias nas condições do cuidar, já que ele está presente em todas as etapas do cuidado”. (WILLRICH ET AL., 2013, P. 256).

Com base nesse entendimento, parece certo que a ambiência é relevante enquanto aspecto estruturante do processo terapêutico.

Todavia, por meio dos dados apurados, observa-se que a maioria, 13 (68,4%) dos Caps, atendem aos requisitos mínimos de estrutura física e recursos humanos, o que, em algumas situações, prediz a possibilidade de fragilização do atendimento em decorrência do número insuficiente de profissionais por equipes.

Os Caps funcionam sob uma lógica do território, a fim de executar as atribuições de supervisão e regulação da rede de serviços de saúde mental, e um dos objetivos desses serviços é a promoção de inserção social dos usuários através de ações intersetoriais e estratégias em conjunto para o enfrentamento dos problemas. É comum os usuários se recusarem a comparecer no Caps, seja pelo desconhecimento do serviço, por problemas de compreensão referentes à patologia, problemas socioeconômicos, entre outros.

Tal entendimento possibilita verificar a importância das 'estratégias para facilitar o acesso dos usuários' aos serviços de saúde mental. E, sob esse viés, neste estudo, encontrou-se que, entre os 19 serviços participantes, apenas 2 (10,5%) não oferecem transporte aos usuários. Entre os 17 serviços que o disponibilizam, 7 (36,8%) dispõem de veículo próprio do serviço e também oferecem crédito para transporte coletivo. 9 (47,3%) Caps utilizam como estratégia apenas a oferta de crédito para transporte coletivo, e um Caps disponibiliza apenas o veículo da instituição.

Quanto à assistência prestada ao usuário nos Caps, a Portaria n.º 336/2002 prevê que:

os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 refeições diárias. (BRASIL, 2002B).

A respeito desse aspecto, esta pesquisa revelou que todos os serviços participantes oferecem 'refeições' aos usuários, conforme

preconiza a legislação. Entretanto, 2 (10,5%) serviços disponibilizam quantidade inferior à recomendada pela legislação vigente, o que denota o desconhecimento por parte de alguns serviços dos direitos das pessoas com transtorno mentais.

Outro dado significativo da pesquisa refere-se à 'Reunião de Equipe'. Roeder (2012) ressalta que as reuniões da equipe devem ocorrer regularmente e com integração efetiva entre os diversos setores. Para a Política Nacional de Humanização, a reunião de equipe não é apenas um espaço para divisão de tarefas, mas de diálogo, e é preciso que haja um clima democrático. Para tanto, é preciso criar um clima favorável à troca de opiniões (inclusive críticas), associado à objetividade das reuniões. Isso exige um aprendizado de todas as partes e é a primeira tarefa de qualquer equipe (BRASIL, 2009).

Ao analisar a frequência das reuniões de equipe, encontrou-se que todos os Caps participantes da pesquisa realizam reunião de equipe. Em relação à periodicidade, 12 (63,1%) das equipes reúnem-se semanalmente e 7 (36,9%) mais que 2 vezes na semana. Entre os 3 principais assuntos abordados nas reuniões de equipe, 'discussão de casos' foi indicado por 100% dos Caps; 'discussão sobre planejamento de atividades terapêuticas aos usuários' por 12 (63,1%); e 'organização dos serviços burocráticos e rotina de trabalho' por 11(57,8%).

As discussões nas reuniões de equipe, para construção e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular, são oportunidades de valorização dos trabalhadores da equipe de saúde. No decorrer, vai sendo manifesta a interdependência entre todos na equipe. Tal situação favorece o cuidado com usuário e o reconhecimento do trabalho em equipe (BRASIL, 2009).

Para Vasconcellos (2010), uma efetiva interdisciplinaridade fornece espaço para um cuidado plural, no qual o usuário é o ponto comum de várias profissões e modos de cuidado. Dessa maneira, a reunião de

equipe possibilita a transformação do cuidado ao dirimir problemas comunicacionais e de diálogo entre os profissionais e ao tornar os espaços coletivos favoráveis à elaboração dos conflitos afetivos e das fronteiras profissionais.

A ascensão da perspectiva interdisciplinar provoca mudanças nos paradigmas disciplinares e de pensamentos. Contribui para maior diálogo entre os diversos profissionais e disciplinas, para mudanças de paradigmas do pensamento, tornando-o mais criativo e sistêmico, bem como para a busca de resolução de problemas atuais e complexos (STEILL, 2011).

E, com o intuito de filtrar os dados para os ‘Caps que atendem adolescentes’ com transtornos decorrentes do uso de drogas, verificou-se que, dos 19 serviços, 4 (21,05%) Caps não atendem adolescentes, sendo 2 (10,5%) na modalidade de Caps III e 2 (10,5%) de Capsad. A justificativa para o não atendimento encontra-se no fato de no município haver Capsi ou Capsad que já acolhe essa demanda.

Destaca-se que dos 7 Capsi participantes, todos (100%) afirmaram realizar atendimento dos adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas. Cumprindo com suas características definidas na Portaria n.º 336/2002, o Capsi deve “responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território” (BRASIL, 2002B).

Um dado importante é que em 5 (55,5%) municípios dentre os 9 onde os serviços participantes da pesquisa estão inseridos, tanto o Capsi quanto o Capsad atendem adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas. Todavia, um Capsi revelou desconhecimento de que o Capsad também atende adolescentes. A situação deve ser debatida pelo sistema de garantia de proteção da criança e do adolescente para que não fira os preceitos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei n.º 8069, de

1990. Reitera-se que a atenção dedicada aos adolescentes deve operar em rede e por meio da articulação e da integração de diferentes atores sociais e pontos de vista, mas tendo como princípio a Proteção Integral de Crianças e Adolescentes.

Em resposta a uma pergunta ‘aberta’ foram citados 68 ‘outros serviços’ voltados ao atendimento em saúde mental de adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas que são oferecidos pelos municípios onde os Caps estão inseridos. Entre estes serviços, os mais citados foram: o Programa de Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa, mencionado 13 vezes (19,11%); a Estratégia Saúde da Família e o Hospital Geral, citados 9 vezes (13,2%); e a Comunidade Terapêutica, referida 8 vezes (11,7%). O Programa de Redução de Danos foi citado 3 vezes (4,4%) dentre as 68 citações.

Importante observar que não houve menção às Unidades de Acolhimento Transitório Infantojuvenil. Há de se considerar que os municípios pesquisados possuem mais de 70 mil habitantes, sendo possível a implantação da unidade. No entanto, verifica-se que essa importante estratégia de cuidado voltada a adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas ainda não é disponibilizada pelos municípios.

A assistência aos adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas apresenta uma relação com os delitos cometidos pelos adolescentes. Tal afirmação é sustentada pelo fato de que o Programa de Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa foi o mais mencionado pelos participantes da pesquisa como um serviço que atende adolescentes.

O Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa em Meio Aberto foi tipificado pela Resolução n.º 109/09, do Conselho Nacional de Assistência Social, como serviço de responsabilidade do Creas (Centro de Referência Especializado em Assistência Social).

Destarte, esse dado sinaliza a relação que existe entre o uso de drogas na adolescência e o ato infracional, o que, de certo modo, sinaliza a ineficiência dos atendimentos preventivos ou realizados precocemente. O destaque para o Programa de Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa como sendo de atendimento a adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas denota uma possível desarticulação das políticas setoriais na efetivação das medidas socioeducativas, assim como revela o preconceito relacionado ao uso de drogas e ao ato infracional, bem como a falta de entendimento sobre as diferenças entre medidas protetivas e medidas socioeducativas.

A socioeducação é imprescindível como política pública específica para resgatar a imensa dívida histórica da sociedade brasileira com a população adolescente (vítima principal dos altos índices de violência) e como contribuição à edificação de uma sociedade justa, que zela por seus adolescentes (BRASIL, 2013). Nesse sentido, o Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo é um passo adiante em direção a novos modos de atendimento de adolescentes autores de ato infracional e suas famílias, pois possibilita oportunidades de construção de projetos de autonomia e emancipação cidadã. Contudo, sua implantação ainda é incipiente, uma vez que esse Plano é, ao mesmo tempo, um desafio e um chamado à integração intersetorial da justiça, da saúde e da assistência social (BRASIL, 2013).

Cabe destacar aqui que algumas perspectivas contrárias possivelmente acarretam prejuízos para a atenção aos adolescentes que cometeram ato infracional, como, por exemplo, a campanha para redução da maioria penal. É importante considerar que atos infracionais cometidos por adolescentes devem ser entendidos como resultado de circunstâncias que podem ser transformadas e superadas; e, para que exista uma inserção social saudável e de reais oportunidades, os adolescentes precisam ser protegidos de novas violências com

medidas capazes de romper com a banalização da violência e seu ciclo perverso.

Sendo assim, a atuação judiciária deve coexistir com a avaliação dos profissionais socioassistenciais e de saúde que estejam na assistência com o adolescente, em meio aberto ou fechado. Por sua vez, indica-se que os profissionais não devem se ater aos fatos relacionados à prática infracional, mas às situações e à realidade de vida em que o adolescente está inserido. Tanto o ECA quanto o Sinase determinam a implementação de programas sociais e sociofamiliares destinados aos egressos do sistema socioeducativo. No entanto, observa-se que são pouco desenvolvidos.

Considerações finais

O Movimento da Reforma Psiquiátrica é um processo contínuo de assistência a pessoas em sofrimento psíquico, que deve se manter atento para não perder sua perspectiva epistemológica. Na assistência em saúde mental é preciso manter a legitimidade aos princípios do Movimento da Reforma Psiquiátrica como diretriz para o cuidado das pessoas em sofrimento psíquico. Deste modo, destaca-se que a

afirmação da diferença e da singularidade humana que a saúde mental, se rigorosa em seus princípios, pode extrair o vigor de suas ações e responder por aquilo que a especifica e legítima frente ao conjunto das políticas públicas. (COUTO; MARTINEZ, 2007, p. 8).

O fato de 93,9% dos municípios catarinenses possuírem população de menos de 70.000 habitantes e, por tal razão neles inexistirem serviços públicos de saúde mental a adolescentes usuários de álcool e outras drogas, representa um dos desafios para a saúde mental infantojuvenil apontado por Couto, Duarte e Delgado (2008): a necessidade de estender aos Caps I, II, III, AD e aos ambulatórios de saúde mental a cobertura para tratamento de crianças e adolescentes, na ausência de recursos específicos. E, assim,

torna-se premente a realização de pesquisas com os serviços Caps I para a compreensão de como se configura, no mesmo espaço, o atendimento de crianças, adolescentes e adultos com sofrimentos psíquicos diversos.

Na pesquisa empreendida, pôde-se verificar potencialidades e fragilidades dos serviços de saúde mental participantes, como, por exemplo, que alguns apresentam esforços na busca de consolidar os princípios da reforma psiquiátrica e do SUS: universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde da população. Da mesma forma, foi possível observar que os Caps participantes da pesquisa trabalham na perspectiva da atenção psicossocial, clínica ampliada, território e projetos terapêuticos singulares aos usuários do serviço.

Apesar disto, as fragilidades dos serviços pesquisados estão principalmente associadas à constituição das equipes. Isto porque os Caps participantes relatam trabalhar com o número mínimo de profissionais previsto pela Portaria n.º 336/2002. Representa ainda maior gravidade o fato de algumas equipes citarem ausência de profissionais preconizados nesta Portaria. Tal fato se repete em relação à estrutura física, pois somente os espaços mínimos consoantes à legislação vigente é que são disponibilizados aos usuários do serviço. Sobre esse aspecto, encontra-se, ainda, que alguns serviços apresentam deficiências de estrutura, principalmente no que diz respeito aos leitos para repouso, desintoxicação e adaptação para atendimentos de pessoas com deficiências.

Em se tratando de fragilidades, citam-se ainda as estratégias de acesso aos usuários, (transporte e oferta de refeições), pois dois dos Caps participantes da pesquisa não atendem ao preconizado pela Portaria n.º 336/2002.

Tais deficiências de recursos humanos e estruturais sinalizam a necessidade de supervisão constante dos órgãos governamentais, de modo que a qualidade, a ambiência e a efetividade do atendimento em saúde mental sejam garantidas.

Os dados apurados possibilitam constatar esforços por parte dos serviços em promover ações interdisciplinarmente, uma vez que

relatam realizar reuniões semanais e que os assuntos que permeiam as reuniões dizem respeito aos atendimentos prestados e às suas relações interpessoais. Contudo, apesar dos serviços relatarem empenho para um trabalho interdisciplinar, depreende-se dificuldades quanto às reuniões da equipe. Este entendimento se baseia na resposta ao instrumento de coleta de dados de 6 Caps, onde se observou que apenas o coordenador respondeu ao instrumento. Restam, assim, dúvidas referentes à operacionalização das reuniões de equipe.

Depreende-se também a fragmentação do cuidado com os adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas. Isto porque alguns Caps não têm definido se o atendimento deverá ser determinado pela idade ou se a avaliação da equipe é que definirá se o atendimento será realizado pelo Capsi ou pelo Capsad.

Deste modo, é notória a lacuna existente na Rede de Atenção Psicossocial, definida pela Portaria n.º 3.088/2011, quanto ao cuidado do adolescente com transtornos decorrentes do uso de drogas. Tal entendimento se sustenta no fato de que tanto o Capsi quanto Capsad atendem esse público, o que, consequentemente, favorece a fragmentação e a desresponsabilização pela assistência e pelo cuidado.

Nesses termos, quando o adolescente é atendido no Capsad juntamente com os adultos, observa-se uma tentativa forçada de tratá-lo como adulto. Dessa forma, possivelmente, há prejuízos ao adolescente, que apresenta características físicas, sociais e psicológicas ainda em desenvolvimento. Esse fato pode estar associado à baixa adesão dos adolescentes ao serviço e à precarização de estratégias terapêuticas desenvolvidas nos serviços, no que se refere ao atendimento juvenil.

É premente a necessidade de definição e implementação de Política de Saúde Mental específica para o atendimento de crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas, bem como de ampliação dos equipamentos da rede de saúde mental para esse público.

Observa-se que ainda é incipiente a instalação de serviços especializados

destinados ao acompanhamento contínuo de crianças e adolescentes com transtornos decorrentes do uso de drogas, assim como é notória a necessidade de maior mobilização de poderes constituídos e da sociedade em torno de ações que visem à prevenção do uso de álcool e outras drogas pelo público infantojuvenil.

Destarte, considera-se que não há pretensão de se esgotar o assunto nesta pesquisa,

visto que é um recorte da caracterização dos serviços de saúde mental do estado de Santa Catarina. Há necessidade de pesquisas que caracterizem o trabalho realizado nos Caps I, e é imperativo fomentar pesquisas na área da infância e da adolescência relacionadas à assistência prestada ao público portador de transtornos decorrentes do uso de drogas, de modo a fortalecer, assim, a implantação de políticas públicas eficazes. ■

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Manual operacional para comitês de ética em pesquisa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 20 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2 dez. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite. Brasília/DF, 2011. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 17 nov. 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm>. Acesso em: 10 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de

Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 23 dez. 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 10 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 9 fev. 2002b. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Resolução – RDC nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, em anexo a esta Resolução a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada compreendendo. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 21 fev. 2002c. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ca36b200474597459fc8df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA.+50,+DE+21+DE+FEVEREIRO+DE+2002.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Presidência da República. Decreto Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da

- Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 13 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm>. Acesso em: 20 nov. 2015.
- _____. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos (SDH). *Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo: diretrizes e eixos operativos para o SINASE*. Brasília, DF: SDH/PR, 2013.
- COUTO, M. C. V.; MARTINEZ, R. G. (Org.). *Saúde mental e saúde pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2007.
- COUTO, M. C.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 390-398, 2008.
- ESPINOLA, L. L. *Práticas do cuidar de adolescentes usuários de drogas*. 2013. 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – 2012 (PeNSE 2012)*. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Lista de municípios de Santa Catarina por população segundo a estimativa para 2015*. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=42&search=santa-catarina>>. Acesso em: 20 nov. 2015.
- PEREIRA, Z. U. A assistência às crianças e adolescentes em uso de álcool e outras drogas nos serviços de saúde mental: da experiência clínica. In: FERREIRA, T.; BONTEMPO, V. L. (Org.). *Crianças e adolescentes: o cuidado em saúde mental, o trabalho feito por muitos*. Curitiba: CRV, 2012. p. 121-125.
- PINSKY, I.; BESSA, M. A. *Adolescência e drogas*. São Paulo: Contexto, 2012.
- ROEDER, M. A. *Segurança sanitária: orientações para centros de atenção psicossocial*. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2012.
- SAMPIERI, R. H.; CALLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. *Metodologia de pesquisa*. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.
- STEILL, A. V. Trajetória interdisciplinar formativa e profissional na sociedade do conhecimento. In: Philippi JUNIOR, A.; SILVA NETO, A. J. *Interdisciplinaridade em ciência, tecnologia & inovação*. Barueri: Manole, 2011. p. 209-228.
- SILVA, V. A.; MATTOS, H. F. Os jovens são mais vulneráveis às drogas? In: PINSKY, I.; BESSA, M. A. *Adolescência e drogas*. 3. ed. São Paulo: Contexto, 2012. p. 31-44.
- VASCONCELLOS, V. C. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.*, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 set. 2014.
- WILLRICH, J. Q. *et al.* Ambiência de um centro de atenção psicossocial: fator estruturante do processo terapêutico. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, v. 3, n. 2, p. 248-258, 2013.

Recebido para publicação em junho de 2015
 Versão final em setembro de 2015
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve

A percepção do usuário sobre a abordagem de uma equipe de residentes multiprofissionais

User perception on the approach of a team of multidisciplinary residents

Carolina Vieira Tomanik Adolpho¹, Ieda Maria Ávila Vargas Dias², Mariana Chaves Aveiro³, Ana Cláudia Freitas de Vasconcelos⁴

RESUMO Estudo qualitativo realizado com o objetivo de identificar e analisar as percepções dos usuários acompanhados por uma equipe de residentes multiprofissional. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, sendo posteriormente submetidos à análise temática que permitiu a construção de três categorias: 1) É diferente, vem com a gente!; 2) Surpresa boa não é aquela que não se espera, é aquela que não se esquece; 3) Críticas: o despertar de potências. A conclusão mostra que aparentemente a abordagem multiprofissional, com tendência interprofissional, vivenciada pelos sujeitos entrevistados envolveu fatores positivos, apesar das barreiras para a efetivação desta prática.

PALAVRAS CHAVE Pessoal de saúde; Corpo clínico hospitalar; Integralidade em saúde; Assistência ao paciente; Educação em saúde.

ABSTRACT *Qualitative study aiming to identify and analyze the perceptions of users accompanied by a team of Multidisciplinary residents. Data were collected through semi-structured interviews and later submitted to thematic analysis which allowed the construction of three categories: 1) It is different, come along!; 2) a good surprise is not that which is not expected, but that which will not be forgotten; 3) reviews: the awakening of powers. The conclusion shows that apparently the multidisciplinary approach, with inter-professional tendency, experienced by interviewees involved positive factors, despite the barriers to the realization of this practice.*

KEYWORDS *Health personnel; Medical staff; hospital; Integrity in health; Patient care; Health education.*

¹Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – Santos (SP), Brasil.
c_tomanik@yahoo.com

²Universidade de Brasília (Unb) – Brasília (DF), Brasil.
vargasdias@hotmail.com

³Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – Santos (SP), Brasil.
mariana.aveiro@unifesp.br

⁴Secretaria Municipal de Santos – Santos (SP), Brasil.
anavasconcelos@santos.sp.gov.br

Introdução

Em 2004, na região nordeste do País, foram iniciadas as discussões entre instituições de ensino e o Ministério da Saúde que culminaram na criação das residências multiprofissionais. A motivação surgiu a partir do movimento de implementação de novas diretrizes curriculares para os cursos de saúde, que tiveram como objetivo adequar a formação de profissionais competentes para o Sistema Único de Saúde (SUS). A partir desse processo, as residências multiprofissionais foram criadas com base em uma proposta anteriormente apresentada pelo Departamento de Atenção Básica em 1999. Tal proposta consistiria em programas de formação nos quais fossem preservadas as especialidades de cada profissão envolvida, porém seria criada uma área comum, vinculada aos conceitos de saúde pública, acrescidos de valores, como a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento (BRASIL, 2006).

Segundo Pinho (2006), entre as décadas de 1970 e 1990, surge e se potencializa o conceito de qualidade em saúde, o qual está intimamente relacionado com a integralidade da assistência. Nesse sentido, a integralidade, um dos princípios do SUS, é definida na Lei 8.080/90.

como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. (BRASIL, 1990).

A educação multiprofissional e o trabalho em saúde, desenvolvidos por equipes multiprofissionais, têm sido descritos como instrumentos para efetivar a integralidade no cuidado em saúde. Além disso, as residências multiprofissionais são apontadas como um potente processo formativo que possibilita a construção de um saber coletivo, ampliando as possibilidades do trabalho

em equipe e a efetivação de práticas renovadoras (SALVADOR ET AL. 2011).

Ribeiro (2015) traz em sua revisão a reflexão de que no meio profissional é necessário apresentar resolubilidade; para tal, as equipes de trabalho devem organizar suas tarefas. Nesse sentido, o trabalho em equipe integrado tem sido apontado como o mais adequado para atingir melhores resultados, partindo do ponto de que quanto mais unem para um mesmo propósito, mais soluções satisfatórias tendem a ser desenvolvidas. A autora aponta ainda que o trabalho em equipe na saúde é de maior complexidade por lidar diretamente com vidas e que, então, não se espera algo contábil, matemático ou exato. É um processo que evolui e muda ao longo dos dias, o que o torna altamente dinâmico.

Nesse contexto, Peduzzi (2007) aponta integralidade e interdisciplinaridade como características fundamentais para se trabalhar em equipe de saúde. Tais características se contrapõem ao modelo biomédico e ao trabalho individualizado por profissional, como a integração, a democratização das relações de trabalho e a integralidade e cuidado em saúde.

Para contextualização deste trabalho, torna-se importante que fique clara a diferenciação entre multiprofissional e interprofissional, pois apesar da nomenclatura do programa no qual esta pesquisa foi realizada ser multiprofissional, em seu projeto político-pedagógico consta que as práticas seriam voltadas à forma interprofissional de trabalho. Nesse sentido, a proposta de trabalho desenvolvida consistia na avaliação, no planejamento e na condução dos projetos terapêuticos compartilhados entre os profissionais das várias áreas da saúde que os compõem.

Pesquisando este tema, encontrou-se que a forma multiprofissional de trabalho consiste em diferentes áreas coexistirem lado a lado diante de uma questão, porém sem interação para conduzi-la; enquanto a forma

interprofissional permite o compartilhar, e não somente complementar o trabalho do outro, existindo troca e ações desenvolvidas em conjunto (FURTADO, 2007).

A forma interprofissional vem com o intuito de combater o atual e intenso processo de especialização profissional (PEDUZZI, 2011). Considerando que a tendência das especialidades é trabalhar de forma fragmentada, na qual o contato com as outras áreas fica restrito a encaminhamentos, que não há construção conjunta de avaliação e elaboração de condutas, a organização interprofissional parece ser mais potente para efetivar a integralidade na atenção à saúde.

Tendo em conta que as atividades desenvolvidas pelos residentes do programa, campo de estudo deste trabalho, se aproximam de uma interprofissionalidade, foi possível vivenciar momentos de troca de saberes entre os profissionais envolvidos. Essa prática tende a promover um atendimento integral para o usuário e, consequentemente, maior resolubilidade devido ao olhar ampliado dessa abordagem.

Ao se tratar de interprofissionalidade, Batista (2012) coloca que a falta de definição precisa; a existência de resistências institucionais docentes e discentes; os embaraços curriculares; as iniciativas simplificadas como estratégia de redução de custos e eventuais problemas com corporações profissionais são obstáculos para implementar programas de formação interprofissional. Apesar das dificuldades descritas, a autora reforça que esse modelo de trabalho em equipe deve ser defendido, pois, além de ser resolúvel, está totalmente relacionado com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse contexto, encontraram-se na literatura estudos e relatos de experiências sobre equipes multiprofissionais, porém, entre estes, pouco se tem sobre a perspectiva do usuário que foi atendido nesse modelo de abordagem. Considerando-se que o usuário é o principal sujeito quando se trata de atenção

à saúde, torna-se importante atentar para as percepções deste em relação ao atendimento que recebe. Isso justifica a realização deste estudo, que teve como objetivo identificar e analisar as percepções dos usuários que foram acompanhados por uma equipe de residentes de um programa multiprofissional, nos anos de 2013 e 2014.

Métodos

O presente estudo trata de uma pesquisa de abordagem qualitativa. Esta abordagem preocupa-se não só com o agir, mas também com o pensar e o interpretar das ações dos seres humanos e da natureza a partir de uma realidade vivida (POLIT; HUNGLER, 2010).

Os dados foram coletados entre julho e dezembro de 2014. O instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada, que combina perguntas abertas e fechadas com o intuito de aprofundar o tema relacionado ao objeto de estudo. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente.

As entrevistas foram conduzidas a partir de nove perguntas norteadoras, as quais objetivaram investigar as percepções dos entrevistados sobre trabalho em equipe, as sensações provocadas nos indivíduos a partir da relação com a equipe durante o acompanhamento oferecido, assim como a percepção de diferenças entre a abordagem recebida nesse contexto em relação à que normalmente se encontra em outros serviços de saúde.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: o sujeito ser voluntário, maior de idade e ter sido acompanhado pelas equipes de residentes pelo período mínimo de um mês. O número de sujeitos envolvidos foi determinado pelo ponto de saturação teórica, que significa a repetição das respostas, ou seja, as falas dos sujeitos não apresentarem

mais nada novo ou diferente do que já tenha sido levantado.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de São Paulo com o parecer número 458.275 de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Após a coleta dos dados, estes foram analisados por meio da Análise Temática, que, segundo Minayo (2009), consiste em realizar as transcrições das entrevistas e suas observações, seguida da leitura e releitura delas. A seguir, foi realizada a codificação dessas informações, que consistiu em identificar palavras, frases, temas ou conceitos persistentes, destacando aqueles referentes ao fenômeno. A última etapa foi a categorização dos códigos previamente estabelecidos, na qual os códigos derivados das entrevistas foram agrupados em categorias conforme sua similaridade.

Este trabalho não apresentou conflito de interesses e não recebeu suporte financeiro de nenhuma instituição.

Apresentação e discussão dos resultados

Esta pesquisa contou com 11 participantes: 9 mulheres e 2 homens. Todos eram usuários ativos do SUS, maiores de 18 anos, com residência na região de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde do município de Santos (SP). Esses sujeitos foram acompanhados pelas equipes do Programa de Residência em Atenção à Saúde por mais de um mês entre os anos de 2013 e 2014. Vale ressaltar que a região onde os sujeitos residem é de grande vulnerabilidade social, na qual é comum se deparar com o uso de substâncias ilícitas, além de apresentar altos índices de violência.

A partir da codificação do conteúdo das entrevistas, surgiram três categorias temáticas, a saber: 1) É diferente, vem com a

gente!; 2) Surpresa boa não é aquela que não se espera, é aquela que não se esquece; 3) Críticas: o despertar de potências. Essas categorias serão descritas a seguir.

É diferente, vem com a gente!

Para garimpar a percepção dos usuários sobre a atuação em equipe, acreditou-se que seria interessante verificar se os sujeitos percebiam ou não que os profissionais que os atendiam constituíam uma mesma equipe. Nessa questão, a totalidade dos participantes referiu que sim, o que é salutar, pois esse reconhecimento oferece um pertencimento a uma equipe. Além de que, o usuário reconhecer os profissionais da equipe que o atende possibilita a criação de um vínculo que auxilia na adesão e participação de seu cuidado (FRANCO JUNIOR ET AL., 2008).

Algumas falas, inclusive, citavam os nomes dos profissionais que compunham a equipe, mesmo que alguns entrevistados não soubessem dizer qual era a categoria profissional da pessoa. “*Uma cuidava da ginástica, que eu não sei o nome da profissão, tem aquela que fez os testes comigo, de sensibilidade do pé*” (E8). “*É... do negócio de comida, comé que fala? É, elas sempre vinham pergunta né, o negócio das perna, o negócio de bebe água, de bebe, né né... essas coisas*”. (E9). Ao refletir sobre tais percepções, surgiu o questionamento de que talvez nesse não reconhecimento de categorias profissionais por parte dos usuários entrevistados esteja explícito o resultado de um trabalho interprofissional. Nesse sentido, é relevante retomar que o prefixo inter representa o compartilhar de um mesmo nível de trabalho, de empoderar os colegas de equipe com sua área de conhecimento e, assim, possibilitar a construção conjunta de novos conceitos e práticas (FURTADO, 2007).

A aproximação desse conceito leva ainda a refletir que a prática interprofissional pode permitir também o rompimento de fronteiras interespecíficas apontado por Henz et al.

(2013). O autor traz que, ao se tratar de processos de formação, promove-se certa baixa da especificidade no cuidado, o que possivelmente tenha dificultado o reconhecimento das profissões por parte dos usuários.

Ainda nessa categoria, nutrição e psicologia foram apontadas em alguns discursos como profissões que surpreenderam os participantes no sentido de mostrar novas vertentes de abordagem profissional. Nesse sentido, o depoimento abaixo mostra satisfação da usuária com a forma de trabalho que lhe foi oferecida pela psicologia, enquanto outras duas apontaram admiração ao descobrir que a nutrição trata de temáticas, como o aleitamento materno, além de ser capaz de oferecer mais do que dietas.

[...] Quando eu comecei com a S., com a A., elas começavam a falar comigo assim coisas do tipo assim 'Esse é seu problema, voa mais alto, né? Procura ver que o seu problema não é tão grande assim'. Então ela começou a me fazer, através da psicologia, ter uma visão mais ampla do que realmente é o trabalho do psicólogo. Então foi muito importante, foi muito boa, nessa parte foi muito boa. (E1).

"A nutrição, eu gosto de nutrição. Eu não sabia que no meio das gestantes assim tinha assim, do aleitamento, entendeu?" (E2). "Nutrição. [...] Ah, ajudar mais do que isso, né?! Aconselhar a comer direito, né?! Sem exagero. Não comer muito sal também nas refeições. Senão a pressão alta, a diabetes e os negócio". (E6).

A julgar pela interação entre profissional e usuário como determinante da qualidade da resposta assistencial, é possível associar que a ampliação do conhecimento dos entrevistados referente às vertentes de atuação de algumas profissões está intimamente relacionada com os princípios da educação em saúde. Além de, consequentemente, favorecer a autonomia dos usuários, pois, a partir do momento que um conceito faz sentido para o indivíduo, ele passa a estar empoderado para tomar decisões pensadas, e não de senso comum (CECCIM, 2014).

O conceito de educação em saúde consiste em um conjunto de saberes e práticas

orientadas, visando à prevenção de doenças e à promoção da saúde. Trata-se de um recurso para que o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinja a realidade das pessoas, uma vez que essa aproximação oferece subsídios para que o indivíduo escolha novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2012).

Outro dado interessante que compôs essa categoria foi o uso da palavra amizade, apontado na fala de uma participante diante do questionamento de qual seria a diferença percebida pelo usuário no atendimento que lhe foi oferecido pela equipe de residentes e no que normalmente ele encontra em outros serviços de saúde. Este depoimento ilustra o estabelecimento de vínculo, o qual contribui fortemente para a adesão ao cuidado em saúde por parte dos usuários e consequente desenvolvimento de sua autonomia (FRANCO JUNIOR ET AL., 2008). *"Ah ela virou a minha amiga sabia? De verdade! Ela me deu a maior força no começo. Acho que de amizade" (E11).*

Nesse contexto, vale destacar ainda falas que referiram palavras de forte significação, como realização e humanização. Esses dados possivelmente indicam resultados de dedicação e empenho por parte das equipes, da busca pelo cuidado integral dos usuários e por incentivo a mudanças de um sistema de saúde que precisa transpor o arcabouço teórico e contemplar efetivamente de forma igualitária toda a população.

Realizada! Realizada! Que se não fossem vocês eu não conseguiria chegar ao meu objetivo. Foi fundamental no momento que eu estava passando, porque sem o apoio e o carinho de vocês eu não teria passado pela minha gestação. (E7).

Então vocês trouxeram esse lado do posto, que aqui tem, alguns posto não tem isso não. A pessoa precisa, tá doente, ela precisa de um pouco de atenção. Né?! Quem que não quer carinho? [...] Ah, o lado humano no posto de saúde?! Que a gente não conhecia. Atenção, carinho, mostrar pra eles, mostrar pra gente que a gente precisa

procurar o médico, que a gente precisa se cuidar, que a gente precisa se tratar. (E8).

Vale destacar que na fala supracitada fica ainda sugerida a preocupação por parte das equipes em empoderar os usuários para que tenham autonomia sobre seu próprio cuidado.

A partir das falas destacadas, foi possível associar as emoções, sensações e percepções expressas nos discursos dos usuários à Política Nacional de Humanização, pois esta apresenta que a escuta qualificada possibilita analisar a demanda e, assim, garantir a atenção integral, aspectos estes que estão embutidos no processo de acolhimento (BRASIL, 2008). Nesse sentido, a aparição da palavra acolhedor no discurso dos usuários indica que tais características podem ter sido encontradas na atenção oferecida.

Nesta análise, surgiram algumas inquietações a partir da reflexão de que para ter sido elaborado um documento que culminasse na construção de uma política pública em defesa da humanização nos serviços de saúde, algum fator motivador disparou tal necessidade. Talvez a ausência dessa característica no campo de trabalho ou ainda a insatisfação dos usuários em relação à atenção que recebem em saúde. Questiona-se então a significação de carinho e acolhimento precisarem ser respaldados por um documento para se tornarem direitos da população.

Surpresa boa não é aquela que não se espera, é aquela que não se esquece

Com a finalidade de perscrutar mais informações sobre a temática, pensou-se em perguntar se alguma ação realizada pelas equipes que os acompanhavam os surpreendeu. Nesse ponto, surgiram rendosas informações que formaram a categoria em questão.

Na fala abaixo, é evidenciada a surpresa da participante frente à atenção da equipe

voltada para suas dificuldades financeiras que, no desenvolvimento da questão, utilizando uma interessante analogia, mostra que considerou uma prática em saúde o cuidado com suas dívidas e suas dificuldades de organização monetárias.

Mas isso é uma coisa que me surpreendeu... ahh... o interesse de cada um querer ajudar você nas... em várias setores da sua vida né?! Até nisso, né?! Nessa parte financeira, dessa dificuldade que eu tive [...]. É como se fosse uma engrenagem que não está batendo legal, né?! Então se você tem toda uma equipe, que você está tentando, todo mundo tentando ajustar né, para que ela funcione direitinho... a coisa vai funcionar... a sua saúde acaba tendo uma melhora significativa nisso. (E1).

Outras participantes se surpreenderam com o fato de os profissionais das equipes que as acompanhavam terem se disposto a acompanhá-las no parto.

Então elas sempre iam lá falar com a minha mãe como que eu estava, ia e voltava. Então assim, isso pra mim foi surpreendente porque eu não imaginava, eu nunca tinha ouvido falar de ninguém assim que ficava. Eu sabia que ficava alguém, mas não imaginava que fosse ficar ali comigo tanto tempo. Não sei se eu dei sorte também, que eu falo assim que às vezes eu acho que eu dei sorte. (E2).

Todo, o aleitamento materno, o fato de vocês terem me acompanhando psicologicamente, de terem indo comigo no Naps, ééé... A C. ter ido no meu parto, ter me acompanhado no momento. A C., a A., vocês terem me acompanhado no pré-parto. Terem me acompanhado. (E7).

É possível perceber ainda na fala acima que a surpresa circunda no acompanhamento que lhe foi concedido de forma geral, não só no momento do parto. Um conceito de interessante relação com o acompanhamento é a continuidade do cuidado que, aparentemente, a entrevistada associa à equipe.

Nesse contexto, Cunha e Giovanella (2011) apontam que uma relação pessoal entre o profissional e o paciente não é uma exigência para garantia do devido acompanhamento, uma vez que bons registros podem suprir a necessidade de informação para tal. Todavia, não é uma realidade em todos os serviços a realização de registros confiáveis que garantam a continuidade do cuidado de seus usuários. Ademais, existem queixas referentes à dificuldade de recursos humanos em unidades de saúde. Tal discussão sugere que seria interessante pensar na realização de registros adequados que assegurem a continuidade do cuidado dos sujeitos, questão esta que está intimamente relacionada com a atenção integral em saúde, que é um direito dos brasileiros segundo a Lei 8.080.

Na fala abaixo, a participante aponta que se surpreendeu a todo o momento, porém notou-se no desenrolar de seu discurso que, aparentemente, o que realmente a surpreendeu foi a mudança gerada a partir da relação que estabeleceu com a equipe. Esse dado fortalece a discussão a despeito da autonomia gerada a partir do vínculo (FRANCO JUNIOR ET AL., 2008).

Todo momento, sabe?! Todo momento. Eu melhorei muito. Eu tô mais feliz, eu tô mais tranquila. Eu tô me, me tratando mais [...] Você me via fazendo essas coisas? Não! Eu aprendi que eu posso viver, que eu posso ser feliz, independente das minhas limitações. Claro, eu faço tudo dentro daquilo que eu posso. Vocês me ensinaram isso. [...] Mas eu não queria. É isso que você não entende, que a gente não quer. Vocês mostraram o caminho pra gente querer. (E8).

Ainda se tratando de ações que surpreenderam os usuários, destaca-se a comemoração com bolo e parabéns em seus aniversários. Entretanto, é importante ressaltar que, referente a essa ação, um participante aponta no decorrer de sua fala que não a considerou como uma ação em saúde.

A minha maió alegria desse mês, que nem meus filho, nem minha ex-mulher, nem meus neto, não

representaram nada. Sabe qual foi? Setenta e sete primavera. Meu aniversário. E elas... E essas menina trouxeram um bolo. Trouxeram refrigerante de acerola e cantaram parabéns pra mim [emocionado]. Não, me surpreendi porque foi uma coisa nova né?! [...] Eu gostava do atendimento, o, o, do preparo delas. Não, porque atendimento mesmo eu não vi nenhum. [...] Atendimento mesmo eu num vi. [...] Porque esse negócio que eu te falei do parabéns... Isso eu acho que não é uma ação em saúde, mas eu fiquei satisfeito porque foi uma alegria que me deu. (E3).

Elas até vieram cantar parabéns pra mim! Essa me surpreendeu! Acredite-me mesmo! [...] Não esperava porque nunca foi feito pra mim né?! Não esperava, porque nos outros anos não foi feito isso, foi feito esse ano, no dia 13 de novembro. (E10).

Ainda nesse quesito, deparou-se com certa contradição de pensamentos, pois o participante inicia seu pensamento referindo que o atendimento oferecido pela equipe foi bom e no desenvolvimento do raciocínio revela que não reconhece como atendimento as propostas que lhe foram oferecidas.

Pra ser franco o atendimento que elas me prestaram, com essas que são residente, foi muito bom. [...] Não, o que eu posso dizer dessa parte que elas ainda não estão capacitadas pra assistência da saúde. [...] Mas elas não tão prestando atendimento à saúde ainda. [...] Não porque nessa parte ainda tá faltando algo que nem eu não sei mais ou menos descrever. As residente não fizeram serviço. Nesse aspecto. De fazer curativo... (E3).

É plausível considerar que os dados acima apresentam significativa assimetria de opiniões diante de uma mesma ação. Tal diferença desencadeou reflexões que circundam o que os usuários consideram como práticas/ações em saúde ou não.

É interessante que, ao ser questionado sobre ações em saúde, um dos participantes reconhece apenas ações ligadas à doença.

Nesse âmbito, é provável que o conceito de atendimento corrobore a relação apontada por Degani (2008) de que as doenças são passíveis de terapêutica, ou seja, ações aplicadas em corpos individuais, como ingestão de medicamentos e troca de curativo.

Cabe aqui ressaltar ainda como são intrigantes as diferenciadas concepções do processo saúde-doença, considerando que alguns participantes ainda têm seus horizontes fechados para essa questão, enquanto outros parecem ter visões mais ampliadas.

Críticas: o despertar de potências

No momento de categorizar os dados, notou-se que, em diferentes perguntas, foi encontrado algum grau de crítica por parte dos participantes. Tendo em vista que críticas são ferramentas indispensáveis para o crescimento e construção em saúde, julga-se importante trazê-las para discussão neste trabalho.

Vale destacar que os participantes, ao abordarem o atendimento oferecido pelas equipes multiprofissionais, chegaram a fazer comparações com o atendimento recebido em outros serviços de saúde que não dispõem dessa oferta. É interessante notar que, ao mesmo tempo em que elogiam o atendimento prestado pelas equipes multiprofissionais, justificam os demais serviços pela impossibilidade de ofertar esse tipo de atendimento, alegando a grande demanda como impeditivo:

Às vezes a pessoa quando você vai procurar elas são meio... Não sei se é porque estão ocupadas demais. São meio frias às vezes. [...] Aí as pessoas ficam muito ocupada, às vezes a pessoa quer te atender melhor mas não pode, né?! (E2).

“[...] eu percebo isso mais no fundo no fundo não é nem pra perceber, porque lá tem que ser assim mesmo, porque é uma multidão de gente não é verdade?” (E9).

Nesse ponto, surge uma inquietação ao se pensar se os sujeitos assumem a postura

de compreensão ou de certo conformismo por não perceber melhorias. Na verdade, essas diferenças que circundam a apatia e a manutenção de certas cristalizações nas atuações profissionais cotidianas deveriam ser estudadas conforme sugere Degani (2008).

Nesse sentido, a fala abaixo desperta atenção, pois o entrevistado revela certo temor de que os integrantes da equipe multiprofissional, ainda em processo de formação pela residência, mudem sua postura ao serem inseridos no mercado de trabalho.

Tem meninas que é bem aproveitada porque elas têm uma, como é que se diz, uma, uma vontade de... mas vamos vê se vai continua assim né?! A diferença aqui é o seguinte, que elas tão na faculdade, elas amanhã, se elas terminam a residência, aí chega amanhã tem um concurso e elas passam no concurso aí vão fazer a mesma coisa que... (E3).

A forma como o profissional adere ao sistema é uma importante questão que demanda oportunas reflexões, bem como a preocupação referida na fala a seguir de que o residente possa ser influenciado negativamente pelos exemplos vivenciados no serviço. “Ela é acima, ela é acima e os residente que estão ali com ela tomando experiência, orientação, vai acabar seguindo a cabeça dela” (E3).

No corolário dessa questão, destaca-se que o participante, ao expressar que o mau atendimento além de gerar conflitos pode ser perpetuado, revela que sentiu mudança na equipe do serviço após a inserção das equipes multiprofissionais do Programa de Residência, atribuindo a estes profissionais o papel de multiplicadores.

Se você é mal atendido vai gerar briga, vai gerar discussão. Se você é bem atendido, um pouquinho de carinho da pessoa... [...] O corpo de enfermeiro aí, mudou por causa de vocês, eles não eram assim não. Desde a primeira equipe que veio a gente sentiu a mudança deles. Desde a primeira equipe, foi mudando devagarinho. (E8).

Nesse contexto, Albuquerque (2008) aponta que a articulação entre ensino e serviço pode ser propulsora para mudança de práticas profissionais. Então, acredita-se que os estudantes, ao utilizarem de suas vivências e conhecimentos adquiridos nas práticas em saúde, assumem uma postura que vai além da formação profissional e acabam por contagiar aqueles que trabalham no mesmo ambiente.

Para finalizar, houve interesse em indagar se os sujeitos julgavam interessante que existisse uma equipe como as que os acompanharam em outros serviços de saúde, e neste ponto, a maioria referiu que sim. Nesse contexto, na fala abaixo é expressa a percepção da importância em ter as informações relacionadas à saúde devidamente explicadas e retoma um ponto indicado anteriormente, sobre suposta falta de tempo dos funcionários dos serviços como fator dificultador para tal.

Ah sim, muito, muito mesmo. Devia ter uma equipe assim, eu acho. Porque assim, não é sempre que você chega aqui e você... ninguém... é difícil a pessoa vim te explicar as coisas, porque eles nem têm tempo de explicar nada. (E5).

Indubitavelmente, os serviços de saúde encontram diversas dificuldades no cotidiano de suas atividades, como déficit de recursos humanos e grande demanda, porém tais fatores não justificam as questões apontadas pelos participantes nesta discussão.

Considerações finais

A partir da apresentação e discussão dos dados, acredita-se que o trabalho em questão atingiu os objetivos propostos e trouxe alguns pontos da visão daqueles que melhor podem revelar a abordagem multiprofissional em saúde: os usuários. Ademais, o material abre frentes de discussão referentes à atenção à saúde.

Aparentemente, a abordagem multiprofissional, com tendência interprofissional, vivenciada pelos sujeitos entrevistados nesta pesquisa envolveu fatores positivos, porém, conforme encontrado na literatura, ainda existem barreiras para a efetivação dessa prática nos serviços de saúde e até na consagração de cursos para essa formação. Nesse âmbito, considera-se importante que mais estudos sejam feitos com o intuito de sugerir as implicações promovidas por tal forma de trabalho. ■

Referências

ALBUQUERQUE, V. S. A Integração ensino serviço no contexto do processo de mudança na formação superior dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.

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, p. 39-52, 2012.

BATISTA, N. A. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. *Caderno FNEPAS*, Rio de Janeiro, v. 2, p. 25-8, 2012.

BRASIL. 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. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www>>

planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm >. Acesso em: 21 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica Ampliada e Compartilhada*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Residência Multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2012.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1029-42, 2011.

DEGANI, V.C. *A resolubilidade dos problemas de saúde: opinião de usuários em uma unidade básica de saúde comunitária*. 2008. 197 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

FRANCO JUNIOR, A. J. *et al.* A importância do vínculo entre equipe e usuário para o profissional da saúde. *Investigação*, Franca, v. 8, n. 1-3, p. 11-8, 2008.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre

disciplinas e profissões. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, 2007, v. 11, n. 22, p. 239-255.

HENZ, A. *et al.* Trabalho entreprofissional: acerca do comum e a cerca do específico. In: CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A. (Org.). *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 170.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2009.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional em saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 1, n. 35, p. 103-9, 2011.

_____. *Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho*. 2007. Disponível em: <http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/10973/1488992_134647.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2015.

PINHO, M. C. G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciências & Cognição*, Rio de Janeiro, v. 8, p. 68-87, 2006.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2010.

RIBEIRO, V. C. *Trabalho em equipes de saúde: uma revisão integrativa*. 2015. Monografia (Especialização em Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde) – Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2015.

SALVADOR, A. S. *et al.* Construindo a multiprofissionalidade: um olhar sobre a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, João Pessoa, v. 15, n. 3, p. 329-38, 2011.

Recebido para publicação em junho de 2015
Versão final em setembro de 2015
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

A abertura da saúde nacional ao capital estrangeiro: efeitos do mercado global no Brasil

The opening of the national healthcare market to Foreign Direct Investment: effects of the global market in Brazil

Jonathan Filippou¹

RESUMO A saúde é um direito constitucional no Brasil. Este ensaio debate a abertura do mercado da saúde, em seu subsistema privado, ao investimento estrangeiro (*Foreign Direct Investment*), sancionada pelo governo brasileiro (Lei 13.097/2015). Busca evidências na literatura que demonstrem experiências semelhantes em outros países, assim como contextualiza o mercado da saúde nacional na conjuntura global de investimento em serviços. Tal lei, carecendo de mecanismos regulatórios e de discussões prévias nas instâncias de controle social, falhará na promoção de maior competitividade entre provedores e acarretará, como consequência de longo termo, a inviabilidade do subsistema público de saúde nacional.

PALAVRAS-CHAVE Saúde; Sistema Único de Saúde; Política pública de saúde.

ABSTRACT *Health is a constitutional right in Brazil. This essay debates the opening of the healthcare market, in its private subsystem, to foreign investment (Foreign Direct Investment), sanctioned by the Brazilian government (Law 13097/2015). It searches for evidence in the literature which demonstrate similar experiences in other countries, as well as contextualises the national healthcare market in the global services investment setting. This Law, lacking regulatory mechanisms and previous discussions in social control instances, will fail in the promotion of greater competition among providers and will entail, as a long term consequence, the unviability of the national public health subsystem.*

KEYWORDS *Health; Unified Health System; Public health policy.*

¹Queen Mary University of London - Londres, Inglaterra.
jonathanfilippou@gmail.com

Introdução

Saúde é um direito constitucional no Brasil, um dever do Estado junto aos cidadãos. A afirmativa baseia-se na Constituição Federal e na Lei 8.080 (BRASIL, 1990), e é, no mínimo, contraditória, se colocada no contexto da globalização do comércio mundial. Grosso modo, a Constituição destina ao Estado a responsabilidade de oferecer algo que, de acordo com o entendimento neoliberal, pode ser adquirido no mercado por qualquer cidadão, desde que este possua as condições financeiras para tanto. Há, portanto, na Constituição do Brasil, a escolha ético-política, pelo paradigma de que a saúde é um direito e não um produto, sendo assim, inerente a todo cidadão brasileiro. Estaria, então, o Brasil na contramão do comércio mundial?

A promoção do mercado livre e irrestrito vem sendo capitaneada pela Organização Mundial do Comércio (OMC), da qual o Brasil é país signatário desde sua criação, assim como grande parte das nações do mundo, a partir de 1994/95. O estabelecimento de uma agência supragovernamental para regular e promover o livre comércio, há cerca de 20 anos, foi o marco de um processo iniciado décadas antes, imediatamente após o término da Segunda Guerra Mundial, quando os Estados Unidos (EUA) tornaram-se dominantes nas relações de mercado mundiais. Depois de promover a recuperação comercial dos Estados Europeus afetados pelo conflito mundial, dos anos 1940, os EUA tornaram-se os bastiões do livre comércio e da movimentação do capital, um lugar anteriormente ocupado pela Inglaterra colonialista. Apesar da chamada globalização da economia estar inicialmente restrita à liberalização das *commodities* físicas (*physical goods*), o setor de serviços vem, desde a metade da década de 1990, aumentando sua participação nas relações econômicas internacionais, sendo considerado o setor da economia internacional de maior taxa proporcional de crescimento (JARMAN, 2014).

No mercado mundial, o Brasil é apenas uma entre muitas bancas de uma feira de rua, em que produtos possuem uma etiqueta com preço e uma possível margem de lucro anexada. Esses são, tecnicamente, considerados *commodities*, em outras palavras, produtos/serviços que se tornam algo passível de sofrer ação comercial de compra/venda. Alguns desses ‘produtos’, no entanto, são parte do *ethos* coletivo civilizatório da população, preservando direitos horizontais básicos que independem de renda, cor, idade ou gênero dos que são, em última instância, os donos da banca. O mercado da saúde era, até o ano de 2015, um exemplo desse tipo de *commodity* no Brasil – um direito constitucional preservado do assédio do capital externo (parcialmente, pois alguns seguros de saúde brasileiros já possuem papéis negociados internacionalmente). Apesar de fazer parte desse mercado mundial, na banca do Brasil, a saúde era um produto protegido e reservado aos brasileiros. Era ou ainda é?

Nesse mercado de rua virtual não há espaço para avaliações qualitativas, morais ou éticas – e a cortina de fumaça da ideologização política colabora para manter a necessidade vazia da retidão e da precisão numérica do que é mais lucrativo, eficaz (e não necessariamente efetivo) e barato. Causa espécie o afastamento de necessárias discussões éticas a respeito de assuntos relativos à coletividade da vida política, suas regras e entendimentos sobre o que pode ser explorado com o objetivo de lucro e o que deve ser preservado por sua característica de interesse comum. Neste sentido, a possibilidade de escolher o consumo de produtos relativos à saúde fica condicionada à ocorrência ou não de agravos (doenças), parte natural do ciclo da vida. Portanto, não há escolha com relação a definições. Saúde é um interesse comum, e seu uso como catalisador de margens de lucro deve ser cautelosamente discutido com todos os interessados.

Apesar disso, em 19 de janeiro de 2015, foi sancionada a Lei 13.097/2015 (BRASIL, 2015),

que altera a Lei 8.080 (BRASIL, 1990), em conjunto com outras decisões não relacionadas ao mercado da saúde e aos seus interesses. Em poucas palavras, tal lei abre o mercado brasileiro à participação do capital estrangeiro sem restrições, chamando a atenção para o fato de uma decisão de tal magnitude ter sido tomada sem negociações nas instâncias de controle social, principalmente o Conselho Nacional de Saúde. De uma prateleira fechada da Banca Brasil a um tabuleiro posto no chão, ao alcance de todos os *players* do *global market*, o mercado brasileiro da saúde foi aberto e está, neste momento, oferecido de bandeja a quem puder pagar mais.

Este ensaio baseia-se em evidências de outros países que passaram ou estão passando por experiência semelhante, no setor da saúde ou em outros serviços, avaliando, assim, as possíveis consequências que a citada modificação na Lei Orgânica da Saúde brasileira pode acarretar. Evita-se aqui a cortina ideológica, binária e reducionista da polarização entre certo e errado, buscando evidências em *peer review journals* indexados e relevantes para o tema, baseando a discussão nas evidências encontradas. Em um segundo momento, propõem-se alternativas cabíveis neste prelúdio, ainda a partir das evidências internacionais de nações que, assim como o Brasil, propõem-se a considerar a saúde e o cuidado em saúde como um direito fundamental e inalienável de seus cidadãos.

O mercado global e o Welfare State europeu

A abertura dos serviços de saúde ao livre comércio é parte de uma composição maior, na qual a saúde é apenas uma das *commodities* a ser 'liberalizada', um movimento globalmente estabelecido a partir da fundação da Organização Mundial do Comércio (OMC), em 1995 (WALLACH; WOODALL, 2004). A imagem-objetivo da organização tem sido

a liberalização de bens e serviços como *commodities* em um mercado com a menor participação possível de regulamentações/restrições público-governamentais. Os tratados de livre comércio da OMC podem ser considerados como o paralelo equivalente à declaração de direitos humanos, contudo, desta vez, os beneficiados são o empresariado e os grandes proprietários do capital financeiro (PRICE; POLLOCK; SHAOUL, 1999). O levantamento de dados a respeito dessa relação é dificultado por discussões ideológicas que ofuscam/afastam a opinião pública das discussões. Esse fenômeno é observado em vários países em que a sociedade é pasteurizada em uma única imensa massa de consumidores acríticos – relação essa continuamente menos questionada e ultimamente encarada pela 'geração Y' como a 'ordem natural das coisas'.

A diminuição (ou extinção) de barreiras ao comércio de bens e serviços é o horizonte utópico liberal, horizonte objetivo de teorias sociais que centram a vivência humana no indivíduo e na sua, unicamente sua, liberdade de escolha – independentemente da (con)vivência na *polis* (VANBERG, 2014). Em oposição às teorias que embasaram as escolhas políticas de vivência comum do pós-guerra, nas décadas de 1940 e 1950, as quais originaram o *Welfare State* europeu e seu embasamento teórico/prático de compartilhamento de riscos (*risk sharing*), aquelas estão baseadas em argumentos técnico-administrativos, como o *New Public Management*, Parcerias Privadas de Financiamento, teoria do Estado mínimo, entre outros (ALONSO; CLIFTON; DÍAZ-FUENTES, 2015).

A este ensaio interessa a relativamente recente criação de mecanismos que possibilitam a obtenção de valores referentes ao gasto público em saúde por setores da iniciativa privada, um fenômeno global possibilitado pela participação de empresas transnacionais apoiadas em mecanismos de transferência de capital. Apesar das poucas evidências, chamam a atenção os casos dos

países europeus, nos quais o gasto público em saúde aproxima-se da totalidade do gasto total, variando entre 5 e 12% do PIB (Produto Interno Bruto ou *Gross Domestic Product – GDP*) desses países (REEVES ET AL., 2014).

Seguindo a história das nações, o paradoxo financeiro é, além de pano de fundo, um intenso vento que controla as correntes dos acontecimentos. Devido à crise capitalista de produção enfrentada a partir do final das décadas de 1970 e 1980, os mercados americanos, o motor capitalista global, voltaram-se ao setor de empregos e serviços como possibilidade real de lucro. Em uma versão globalizada e simplista da mais-valia da era industrial, agora a partir da exploração do gasto público em serviços de uso comum da população, o mercado global voltou-se ao setor de serviços. O chamado *Gats (General Agreement on Trade in Services)* cobre acordos de comércio de serviços em telecomunicações, transporte, distribuição de produtos, serviços postais, seguros, meio ambiente, turismo, entretenimento e lazer. Além desses, os serviços (agora produtos) incluem: cuidado à saúde, serviço social, educação, habitação, entre outros. Boa parte desses serviços é administrada e paga com dinheiro público, como o caso do *Welfare State* europeu, ou parcialmente dividida entre os setores público e privado, caso de países tardiamente industrializados como o Brasil e alguns países asiáticos. O processo de escolha sobre quais serviços serão liberalizados e quais mercados serão protegidos é negociado em cada *round* da OMC, dando ênfase a quatro aspectos de cada nicho de mercado: oferta entre fronteiras, consumo externo, presença comercial de entes jurídicos e presença de pessoas físicas. No final da década de 1990, anunciava-se o que estaria por vir a partir da virada do milênio com relação ao *Welfare State* europeu e seu ‘custo’:

Governments in Europe and the US link the expansion of trade in public services to success, and, with the backing of powerful coalitions of transnational and multinational corporations, ‘the race is on to capture the share of gross domestic product governments currently spend on public services (PRICE; POLLOCK; SHAOUL, 1999, P. 1890, GRIFO DO AUTOR).

Já anteriormente, a *Coalition for Service Industries* americana havia mencionado que a principal dificuldade dos empresários em explorar o setor saúde fora dos Estados Unidos era o controle estatal presente em outros países, tanto na Europa quanto em outros mercados menos promissores naquele momento (KOIVUSALO; TRITTER, 2014). No Brasil, a ascendente e disforme classe média culturalmente rejeita a oferta pública de serviços, considerados de menor qualidade, convencida de que mediante pagamento, exercendo sua livre escolha no mercado, receberá o melhor produto de acordo com sua necessidade – um alvo em potencial para o capital, externo ou interno, no tocante ao mercado da saúde.

A liberalização gradativa, porém constante, do capital público

Durante a década de 1990, os investimentos em saúde nos EUA, realizados em *Wall Street*, tiveram lucro recorde, de cerca de US\$ 700 milhões, em 1996, seguidos da perda recorde acumulada de US\$ 768 milhões, em 1998. As perdas deram-se, principalmente, pela saturação do mercado e pelo aumento das restrições comerciais (regulamentação do setor), ocasionando diminuição de prêmios pagos e enfoque em nichos de mercado que ofereciam maiores margens de lucro (POLLOCK; PRICE, 2013). Além disso, a indústria recebeu o

auxílio do Banco Mundial e do governo americano para incentivar a política de investimentos externos, principalmente a aquisição de serviços públicos de saúde dentro ou fora do território americano. O alvo dessas ações é a busca do multibilionário financiamento público de fundos, os chamados *tax pools*, responsáveis pelos financiamentos nacionais dos sistemas de saúde e seguridade social. No caso da saúde, definir tecnicamente o significado das mudanças na forma de financiamento de serviços é, mesmo para especialistas, uma tarefa difícil. Há, porém, acordo ao afirmar que “tax pools are effectively privatised when public health care is redirected through private-sector organisations” (PRICE; POLLOCK; SHAOUL 1999, p. 1890). A expansão do mercado global da saúde depende diretamente da abertura de mercados atualmente controlados pelo setor público, como no caso europeu, de partes da Ásia e parcialmente da América do Sul.

Para vencer restrições e regulamentações, o movimento do capital para fora do sistema e do controle público é gradativo, nomeado tecnicamente e justificado por razões administrativas de gestão e eficácia de gastos. No caso do *National Health Service* inglês (*NHS*), os principais pontos de mudança apontados foram:

1. As mudanças na alocação de recursos iniciadas na era Thatcher (*outsourcing*): por meio da terceirização parcial de serviços, como limpeza, e da abertura de pontos comerciais em hospitais públicos, como cafés e lanchonetes. É considerada como o marco de entrada da participação privada no *NHS*;

2. Imposição de Contabilidade Comercial às *Primary Care Trusts* e aos hospitais públicos: transformação de serviços para *corporations*. Os serviços de saúde precisam zerar (*break even*) seus livros-caixa com um retorno (*profit*) de pelo menos 6% ao seu ‘dono’, o governo. Prestação de contas no modo *shareholders*, promovendo a ideia de intercâmbio (*interchangeability*) entre serviços públicos e privados.

3. Contabilidade Comercial (*Resource Accounting*) como pré-requisito necessário para o estabelecimento de parcerias público-privadas.

4. Iniciativa de Financiamento Privado (*Private Finance Initiative*): demonstrada à opinião pública como acesso público a recursos privados, na prática, é exatamente o oposto. As ‘iniciativas’ ou ‘parcerias’ possibilitam o repasse de recursos públicos a entes privados na condição de que estes realizem melhoramentos/construção de serviços de saúde, retirando o investimento público diretamente de serviços já existentes em prol de *state of the art facilities* (serviços ditos de última geração tecnológica). Esses novos serviços são cedidos ao *NHS* mediante contratos de aluguel/empréstimo de longo prazo (da totalidade da instituição ou de parte dela por até 30 anos) junto ao ente privado que realizou a construção/reforma.

A chamada *marketisation* do sistema de saúde inglês é um tema controverso e ainda pouco entendido, já que o acesso ao sistema de saúde pela população foi moderadamente modificado, assim como a origem do gasto em saúde, que segue sendo predominantemente público. Além disso, a redução do número de profissionais e o aumento de casos acusando falhas no sistema de saúde vêm, gradativamente, municiando *policy makers* encarregados de privatizar ainda mais o sistema – seja a partir da provisão de saúde por entes privados ou mesmo de pouco perceptíveis mecanismos administrativos (REYNOLDS; MCKEE, 2012).

A economia americana há muito tempo almeja os gastos públicos europeus, não apenas em saúde, mas no setor de seguridade social e em outros serviços. O estabelecimento das negociações de um possível acordo entre Estados Unidos e União Europeia (UE), chamado *Transatlantic Trade Investment Partnership* (*TTIP*), preocupa pelo possível aumento da participação de empresas transnacionais americanas, não apenas no setor saúde, enfraquecendo governos, no

tocante ao controle de seus próprios mercados, em favorecimento às diretivas da União de Estados Europeus ou, mesmo, de outros setores da economia. O descontentamento da população com as atuais políticas de austeridade e diminuição de gastos públicos foi demonstrado parcialmente nas eleições europeias de 2014, tanto para o Parlamento da União Europeia quanto nas escolhas nacionais e locais. Estão presentes discussões de mecanismos de defesa a movimentos independentistas em alguns países membros, assim como no próprio Parlamento Europeu; além da eleição de um governo de esquerda na Grécia, um dos principais focos da crise econômica na UE.

Nomeando os bois – o Investimento Externo ou Foreign Direct Investment (FDI) e seus efeitos no mercado

Considerada a área mais sensível de negociações relativas ao *Gats* da OMC, há pouca literatura que aborde o tema, especificamente com relação à saúde. Também, a produção de dados tende a ser polarizada entre argumentos contra ou a favor do *FDI* nas mais variadas áreas de investimento e conhecimento. Ao abordar, de maneira sistemática, a literatura referente ao setor da saúde, empiricamente, emerge a percepção de uma produção mais intensa a partir da virada do milênio nos chamados países em desenvolvimento (ou tardiamente desenvolvidos), como China, Índia e Nova Zelândia, assim como escassas percepções externas sobre o mercado brasileiro de saúde – algo que deverá mudar com a nova perspectiva de abertura após a mudança da legislação nacional. Em outras palavras, anteriormente, nas raras vezes em que o mercado brasileiro foi mencionado, ele era considerado como de portas fechadas (*closed doors*) ao investimento estrangeiro (WORLD BANK, 2010).

Smith (2014), ao revisar sistematicamente a literatura sobre *FDI* no mercado da saúde, aponta três tendências:

i. Quanto à comercialização de serviços, as restrições da população no acesso ao cuidado em saúde são mais relevantes para os sistemas afetados do que, necessariamente, definir se o capital utilizado para financiamento é externo ou local;

ii. Os sistemas de regulação de mercados nacionais determinarão o impacto que o *FDI* terá na saúde local, a garantia de medidas de proteção (aos cidadãos e ao mercado local) e a estabilidade dos compromissos assumidos pelo país nas rodadas do *Gats*;

iii. As negociações entre entidades locais e externas dependerão do entendimento comum sobre o que está sendo negociado. Assim, a interpretação mútua de termos-chave nessa relação é de suma importância.

Grifou-se o segundo item por considerá-lo essencial no caso brasileiro. A maneira como o *FDI* irá impactar o sistema de saúde nacional nos seus subsistemas público e privado é determinada pelos mecanismos de regulação de mercado e de proteção social aos cidadãos. A ausência de negociação com o controle social, com relação à aprovação do *FDI* no mercado de saúde brasileiro, dá o tom da melodia quanto à (não) regulação.

O estudo de Alsan, Bloom e Canning (2006) considerou os efeitos do *FDI* não apenas no mercado da saúde, mas em outros serviços e produtos. Os autores demonstram uma relação oposta à que ocorre quando apenas o mercado da saúde é levado em conta, principalmente em países em desenvolvimento (restrição de acesso, aumento de preços etc.). A pesquisa mostra que indicadores gerais, como a expectativa de vida da população ao nascer, a pirâmide etária, entre outros, influenciam diretamente o interesse do capital externo em investir ou não em determinado país. Ao analisarem 74 países de média e baixa renda, os autores apontam que o acréscimo de 1 ano na expectativa de vida geral da população chega a impulsionar o

investimento estrangeiro em 9%, em valores absolutos. O *FDI* busca não apenas possíveis margens de lucro provendo serviços, mas, também, mão de obra longa e de baixo custo voltada para a produção.

Um prelúdio do caso brasileiro

O argumento comum na defesa do *FDI* na saúde, especificamente no caso brasileiro, é o de que tal abertura regulamentaria a Lei 9656/1998 (BRASIL, 1998), promovendo maior competição entre provedores de saúde, acarretando, como consequência benéfica, maior oferta de serviços a preços mais baixos. Nessa assertiva há, porém, de acordo com a literatura científica, uma demasiada simplificação da questão. Já se observou em outros países que a liberalização de serviços necessários à população, como correios, telecomunicações e energia, possui características básicas:

- Necessita efetiva regulamentação por parte do Estado, no sentido da manutenção/aumento da qualidade e da proteção ao consumidor nos serviços prestados, evitando a formação de monopólio;

- Apresenta alto nível de transparência e *accountability*, mediante a constante publicação de dados e relatórios anuais;

- Se necessária, a regulamentação estatal interfere no sistema de precificação, evitando sobre carga (*overtariff*).

O estabelecimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) previa uma maior transparência na relação com os planos privados de saúde no Brasil, em 1998. Apesar de alguns avanços, questões cruciais, como o levantamento e a disponibilidade de dados e o ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), frustraram grande parte dessas expectativas. Parcos dados são disponibilizados, e o controle social sobre a ANS é mínimo. O desafio brasileiro na saúde pública ultrapassa a esfera técnica e adentra a questão política (PAIM ET AL., 2012). A própria

criação da ANS é motivo de discussão sobre os reais beneficiários e seu controle social.

O caso da possível anistia aos 2 bilhões de reais em dívidas dos planos de saúde, posteriormente vetada pela Presidenta da República, em 2014, ilustra a constante tensão entre os poderes executivo e legislativo no tocante ao tema da participação privada na saúde – discussão constante nas várias instâncias do Congresso Nacional. A experiência da pouca regulamentação da ANS com relação aos planos privados de saúde demonstra a incapacidade do poder executivo e do poder legislativo de favorecer a transparência necessária para que uma real competição entre prestadores se estabeleça. A mínima presença de mecanismos de controle de qualidade de atendimento e a pequena quantidade de dados fornecidos sobre o sistema privado de saúde no Brasil são pouco alvissareiras para um sistema que se propõe a receber o capital estrangeiro, aumentando a competição de maneira desenfreada. O elo mais fraco dessa corrente é o cidadão que, ao necessitar de cuidados em saúde, se dispuser a tentar comprá-los no mercado.

O apoio do governo ao tema é paradoxal por vários aspectos. Por ser uma medida liberal, ela demonstra a intenção de diminuir o poder das entidades médicas sobre o mercado da saúde brasileiro, o que seria salutar, haja vista as disputas políticas impostas pelo corporativismo médico com relação às ações governistas, como, por exemplo, o Programa Mais Médicos. O cenário nacional é único e não cabe em análises internacionais, portanto, seria apenas um exercício de opinião listar as possíveis razões governistas para aprovar a legislação de abertura do mercado brasileiro ao capital externo. O discurso é quase que eufemístico ao mencionar uma ‘legislação’, pois se foi de um extremo ao outro sem a proposta de qualquer tipo de regulamentação. Passou-se da vedação completa para a abertura irrestrita, chamando a atenção a ausência de regulamentação

da matéria. A principal argumentação é a redução da assimetria de mercado observada no setor privado de saúde. Pois, seguindo tal argumentação, com base na experiência de outros setores de serviços, principalmente os de telefonia e bancários internacionais, são sugeridos três estágios do efeito do *FDI* no mercado da saúde brasileiro:

1º Estágio – curto prazo (1 a 2 anos): pequenas fusões em que os *players* menos capitalizados serão absorvidos por entidades mais capitalizadas, provavelmente, aportadas por investimento externo. Buscas não sistemáticas em bases eletrônicas permitem perceber o entusiasmo do setor jurídico brasileiro com relação ao aquecimento do mercado de fusões na área da saúde, previsto para os próximos 2 anos;

2º Estágio – médio prazo (3 a 5 anos): o número de competidores tende a diminuir consideravelmente, principalmente à ocasião das intensas quedas de preços, forçando fusões entre provedores maiores que os observados, unindo-se nos dois primeiros anos pós abertura;

3º Estágio – longo prazo (5 a 10 anos): o terceiro momento é reservado apenas para os maiores *players*, os que puderam arcar com as despesas de preços baixos por alguns anos (protegidos pelo investimento externo) e que agora poderão, gradativamente, recuperar os prejuízos dos primeiros anos de fusões e adaptação ao mercado nacional por meio da regulação da oferta.

Possivelmente, o terceiro estágio seria acompanhado de um aumento considerável de preços e de uma maior segmentação do mercado – ainda maior do que a já observada no subsistema privado nacional. Haveria oferta de produtos de cuidado em saúde para a clientela ‘certa’ (*tailored products*), segmentando o mercado de acordo com as classes sociais e faixas de preço em uma realidade ainda mais aguda que a observada neste momento no País.

Bahia, ainda em 2001, ao analisar a obscura regulamentação dos planos de saúde

no Brasil, mencionou o possível interesse no capital estrangeiro naquele momento:

A versão mais vulgar ou abreviada da intervenção do Estado na assistência médica suplementar para corrigir o mercado é defendida ou atacada por aqueles que julgam que seu propósito final é abrir caminho para as empresas estrangeiras. ‘O preceito da abertura para a participação do capital internacional passa a ser encarado como um meio para revitalizar a operação de planos de saúde ou como estratégia de desmonte do mercado nacional’. (BAHIA, 2001, P. 337, GRIFO DO AUTOR).

A análise sintetiza o paradoxal posicionamento do governo no início de 2015 com relação aos seus objetivos quanto à abertura do mercado nacional, a já mencionada resolução da assimetria de mercado. Porém, a resolução a partir de tal abertura desregulamentada parece, em tom coloquial, liquidar a doença com a morte do doente.

Um caso que chama a atenção internacional é o do sistema público de saúde japonês. A quarta maior economia do mundo, de acordo com dados da OMC, em 2014, possui uma das populações mais longevas do globo e protege, apesar da pressão internacional, o seu sistema público de saúde de investimentos externos (PAPRZYCKI, 2006). Apesar das críticas de agentes financeiros internacionais, relacionadas à ‘baixa produtividade’, quando comparado ao setor hospitalar americano, o sistema assistencial é preservado (ainda que utilizando copagamentos para serviços específicos) e apresenta excelentes indicadores de saúde. A retenção com relação ao investimento externo igualmente retém preços, mantendo um dos mais altos níveis de equidade do mundo (CAMPBELL ET AL., 2012).

As empresas estrangeiras estudam o mercado brasileiro há mais de uma década, porém, a legislação vedava a participação na prestação de serviços, dificultando a entrada do capital. As declarações na imprensa de empresários favoráveis à nova legislação anunciam o

¹ Esse é o principal argumento da Ação de Inconstitucionalidade movida contra a Lei 13.097/2015, a qual encontra-se em trâmite durante a escrita deste ensaio.

que está por vir com relação ao interesse das empresas transnacionais de saúde no Brasil. Já ocorre, neste início de 2015, a prospecção de mercado, e o interesse volta-se às regiões Sul e Sudeste, as mais ricas e saturadas de profissionais e de oferta de serviços do País, derrubando o argumento de maior acesso à saúde no subsetor privado em todo o território nacional.

A formação de blocos de prestadores de serviços, que ocorrerá no terceiro estágio sugerido por este ensaio (longo prazo, 5 a 10 anos), proporcionará a estes o controle da oferta e, conseqüentemente, do preço dos serviços de saúde. Com pouca capacidade instalada, o serviço público depende dos prestadores privados para a manutenção do SUS nos setores secundários e terciários da oferta, ficando, nesse estágio, refém de preços não regulados, ditados, então, pela dominante oferta privada.

À guisa de conclusão: inviabilização do SUS como sistema universal

A maior consequência da abertura do mercado de saúde brasileiro para o capital estrangeiro é a inviabilização do SUS como política pública de saúde. A injeção irrestrita

de recursos no setor privado ‘inviabiliza o Sistema Único de Saúde brasileiro’ ao reforçar a assimetria entre os subsistemas público e privado. O estabelecimento de uma maior concorrência local, a partir de recursos externos, violenta o próprio direito constitucional à saúde¹, tendo como consequência o desmanche das áreas secundárias e terciárias do SUS, vistas como setores de maior possível margem de lucro e que sofrem cronicamente de pouco investimento público. Seria essa uma manobra governista, na tentativa, de forma precária, de melhorar a situação dos setores secundários e terciários promovendo a competição entre eles? A qualidade dos serviços privados de saúde, já pouco fiscalizada neste momento, como seria controlada?

Infelizmente, a abertura do mercado ao capital externo na saúde é o estabelecimento institucional de cuidados primários para os pobres e a exploração das doenças das classes média e alta, as quais proporcionarão o lucro buscado pelo investimento externo. Ou o investimento externo é feito sem interesse de retorno? Ingenuidade seria crer que o capital externo investido não será igualmente retornado, com juros, correção e lucro. E o será à custa do SUS, dos bolsos e, muito provavelmente, da saúde de boa parte dos brasileiros. ■

Referências

ALONSO, J. M.; CLIFTON, J.; DÍAZ-FUENTES, D. The impact of New Public Management on efficiency: An analysis of Madrid's hospitals. *Health Policy*, London, v. 113, n. 3, p. 333-340, mar. 2015.

ALSAN, M.; BLOOM, D. E.; CANNING, D. The effect of population health on foreign direct investment inflows to low-and middle-income countries. *World Development*, London, v. 34, n. 4, p. 613-630, 2006.

BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2 p. 329-339, 2001.

BRASIL. Presidência da República. 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. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 21 set. 1990. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 24 out. 2015.

_____. Presidência da República. Lei nº 13.097 de 19 de janeiro de 2015. Reduz a zero as alíquotas da Contribuição para o PIS/PASEP, da COFINS, da Contribuição para o PIS/Pasep-Importação e da Cofins-Importação incidentes sobre a receita de vendas e na importação de partes utilizadas em aerogeradores; prorroga os benefícios previstos nas Leis nºs 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.440, de 14 de março de 1997, 10.931, de 2 de agosto de 2004, 11.196, de 21 de novembro de 2005, 12.024, de 27 de agosto de 2009, e 12.375, de 30 de dezembro de 2010; altera o art. 46 da Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012, que dispõe sobre a devolução ao exterior ou a destruição de mercadoria estrangeira cuja importação não seja autorizada; altera as Leis nºs 9.430, de 27 de dezembro de 1996, 12.546, de 14 de dezembro de 2011, 12.973, de 13 de maio de 2014, 9.826, de 23 de agosto de 1999, 10.833, de 29 de dezembro de 2003, 10.865, de 30 de abril de 2004, 11.051, de 29 de dezembro de 2004, 11.774, de 17 de setembro de 2008, 10.637, de 30 de dezembro de 2002, 12.249, de 11 de junho de 2010, 10.522, de 19 de julho de 2002, 12.865, de 9 de outubro de 2013, 10.820, de 17 de dezembro de 2003, 6.634, de 2 de maio de 1979, 7.433, de 18 de dezembro de 1985, 11.977, de 7 de julho de 2009, 10.931, de 2 de agosto de 2004, 11.076, de 30 de dezembro de 2004, 9.514, de 20 de novembro de 1997, 9.427, de 26 de dezembro de 1996, 9.074, de 7 de julho de 1995, 12.783, de 11 de janeiro de 2013, 11.943, de 28 de maio de 2009, 10.848, de 15 de março de 2004, 7.565, de 19 de dezembro de 1986, 12.462, de 4 de agosto de 2011, 9.503, de 23 de setembro de 1997, 11.442, de 5 de janeiro de 2007, 8.666, de 21 de junho de 1993, 9.782, de 26 de janeiro de 1999, 6.360, de 23 de setembro de 1976, 5.991, de 17 de dezembro de 1973, 12.850, de 2 de agosto de 2013, 5.070, de 7 de julho de 1966, 9.472, de 16 de julho de 1997, 10.480, de 2 de julho de 2002, 8.112, de 11 de dezembro de 1990, 6.530, de 12 de maio de 1978, 5.764, de 16 de dezembro de 1971, 8.080, de 19 de setembro de 1990, 11.079, de 30 de dezembro de 2004, 13.043, de 13 de novembro de 2014, 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, 10.925, de 23 de julho de 2004, 12.096, de 24 de novembro de 2009, 11.482, de 31 de maio de 2007, 7.713, de 22 de dezembro de 1988, a Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, o Decreto-Lei nº 745, de 7 de agosto de 1969, e o Decreto nº 70.235, de 6 de março de 1972;

revoga dispositivos das Leis nºs 4.380, de 21 de agosto de 1964, 6.360, de 23 de setembro de 1976, 7.789, de 23 de novembro de 1989, 8.666, de 21 de junho de 1993, 9.782, de 26 de janeiro de 1999, 10.150, de 21 de dezembro de 2000, 9.430, de 27 de dezembro de 1996, 12.973, de 13 de maio de 2014, 8.177, de 1º de março de 1991, 10.637, de 30 de dezembro de 2002, 10.833, de 29 de dezembro de 2003, 10.865, de 30 de abril de 2004, 11.051, de 29 de dezembro de 2004 e 9.514, de 20 de novembro de 1997, e do Decreto-Lei nº 3.365, de 21 de junho de 1941; e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 21 jan. 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/L13097.htm> Acesso em: 24 out. 2015.

_____. Presidência da República. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 4 jul. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm>. Acesso em: 24 out. 2015.

CAMPBELL, J. C.; IKEGAMI, N. *The art of balance in health policy: maintaining Japan's low-cost, egalitarian system*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

JARMAN, H. Healthcare, borders, and boundaries: Crossborder health markets and the entrepreneurial state. *Policy and Society*, New York, v. 33, n. 1, p. 1-11, 2014.

KOIVUSALO, M.; TRITTER, J. Trade Creep and Implications of the Transatlantic Trade and Investment Partnership Agreement for the United Kingdom National Health Service. *International Journal of Health Services*, Los Angeles, v. 44, n. 1, p. 93-111, 2014.

PAIM, J. et al. *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*. 2012. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/references](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/references)>. Acesso em: 24 nov. 2015.

PAPRZYCKI, R. The impact of foreign direct investment in Japan: case studies of the automobile, finance, and health care industries. *Hi-Stat Discussion Paper*, New York, n. 141, 2006.

POLLOCK, A. M.; PRICE, D. *Duty to care: in defence of universal health care*. 2013. Disponível em: <<https://www>>

google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjAyJOi2KvJAhUHNJAKHc1TCasQFggeMAA&url=http%3A%2F%2Fclassonline.org.uk%2Fdocs%2F2013_05_Policy_Paper_-_A_duty_to_care_(Allyson_Pollock_David_Price).pdf&usg=AFQjCNHfGW SsAVUg4BZkCQp7gmIjB_OyEg&sig2=bHFKhxgi0Ghuu-MsqKFvPQ>. Acesso em: 24 nov. 2015.

PRICE, D.; POLLOCK, A.; SHAOUL, J. How the World Trade Organisation is shaping domestic policies in health care. *The Lancet*, London, n. 354, p. 1889-1892, 1999.

REEVES, A. *et al.* The political economy of austerity and healthcare: cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995–2011. *Health Policy*, v. 115, n. 1, p. 1-8, 2014.

REYNOLDS, L.; MCKEE, M. Opening the oyster: the 2010–11 NHS reforms in England. *Clinical medicine*, London, v. 12, n. 2, p. 128-132, 2012.

SMITH, R. D. Foreign direct investment and trade in health services: a review of the literature. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 59, n. 11, p. 2313-2323, 2014.

VANBERG, V. J. Darwinian paradigm, cultural evolution and human purposes: on FA Hayek's evolutionary view of the market. *Journal of Evolutionary Economics*, Sacramento, v. 24, n. 1, p. 35-57, 2014.

WALLACH, L.; WOODALL, P. *Whose trade organization?: a comprehensive guide to the WTO*. New York: *New Press*, 2004.

WORLD BANK. *Investing Accross Borders*: indicators of foreign direct investment regulation in 87 economies. 2010. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjilNjq2KvJAhWHn5AKHY8wBNkQFgg0MAI&url=http%3A%2F%2Fiab.worldbank.org%2F-%2Fmedia%2FFPDKM%2Ffiab%2FDocuments%2Ffiab-report.pdf&usg=AFQjCNEzcG1vgYKAxek2_LxhoWu2BjY_pw&sig2=KVYhJvI8FcYQKNEYsJNHuQ>. Acesso em: 24 nov. 2015.

Recebido para publicação em abril de 2015
Versão final em setembro de 2015
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Bacillus anthracis como ameaça terrorista

Bacillus anthracis as terrorist threat

Telma Abdalla de Oliveira Cardoso¹, Duarte Nuno Vieira²

RESUMO Após 2001, a utilização de patógenos reforçou seu emprego como arma de guerra. Este estudo descritivo tem por objetivo discutir estratégias de contingenciamento em ataque por anthrax, auxiliando no reconhecimento precoce e estabelecimento de medidas de contenção. Profissionais de saúde necessitam reconhecer a infecção, pois em atentados, o elemento-chave é médico e não militar. O anthrax por inalação é a forma de atentado mais provável com 100% de mortalidade, caso não haja tratamento imediato. É altamente resistente; tem período de incubação de um a seis dias; seus sintomas iniciais são similares à influenza; só permite diagnóstico em NB3; a vacina é aquela recomendada para ocupações de risco, de disponibilidade restrita; e requer profilaxia antibiótica longa.

PALAVRAS-CHAVES Bacillus anthracis; Bioterrorismo; Exposição a agentes biológicos; Risco; Saúde pública.

ABSTRACT As from 2001, the use of biological agents reinforced the possibility of its consolidation as warfare. This descriptive study aims to discuss the contingency strategies for anthrax attack, seeking early recognition and establishment of containment measures. Health professionals need to recognize the infection since the key-element during an attack is medical rather than military one. Anthrax inhalation is the most likely form of attack with 100% mortality rate, if no immediate treatment is provided. The virus is highly resistant; has an incubation period of one to six days; its early symptoms are similar to influenza's; diagnosis is only allowed in NB3; the vaccine is the one recommended for risk occupations, of restricted availability; and requires long antibiotic prophylaxis.

KEYWORDS Bacillus anthracis; Bioterrorism; Exposure to biological agents; Risk; Public health.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. abdalla@fiocruz.br

²Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses-Coimbra, Portugal. dnvieira@inml.mj.pt

Introdução

O uso de substâncias químicas e de agentes biológicos como estratégia militar de dominação não constitui um artifício bélico recente. Situações de conflito envolvendo o emprego desse tipo de agente verificaram-se desde a antiguidade, tendo, todavia, adquirido maior visibilidade no decurso dos conflitos bélicos ocorridos no século XX. Os atentados terroristas de 11/09/2001, em Nova Iorque, seguidos da disseminação de esporos de *Bacillus anthracis*, vieram reforçar a possibilidade da consolidação do bioterrorismo como estratégia de correlação de forças no enfrentamento de interesses globais e incluíram o vocábulo na linguagem cotidiana de diversos países, incluindo o Brasil. Tais atentados motivaram a modificação da estrutura de defesa em diversos países e o aumento do aporte financeiro para o desenvolvimento e produção de novos medicamentos e vacinas.

A definição de bioterrorismo pode auxiliar no entendimento desse fenômeno. Segundo o *Centers for Disease Control and Prevention*, bioterrorismo é a disseminação deliberada de agentes biológicos, como bactérias e vírus, utilizados com o propósito de causar doença ou morte em populações, animais ou plantas (CDC, 2015). Esses agentes são normalmente encontrados na natureza, mas também podem ser oriundos de modificações genéticas, por meio da tecnologia do DNA recombinante, alterando características como: virulência, patogenicidade, resistência a drogas e forma de transmissão.

Alguns autores, como Radosavljević e Jakovljević (2007) e Morse (2003) ressaltam que o elemento principal presente nos atos de bioterrorismo é a surpresa. Sua descoberta pode levar horas ou dias e utiliza-se da dimensão psicológica como uma ferramenta importante para causar medo, pânico, ansiedade e insegurança na população, desestabilizando-a e gerando desconfiança nas autoridades governamentais, doenças, morte e prejuízos econômicos.

Diversos agentes biológicos foram estudados com o objetivo de verificar seu potencial de uso como agentes no âmbito de guerra biológica, porém poucos evidenciaram características satisfatórias para tal fim. E mesmo esses, para poderem ser usados como armas, necessitam ser submetidos a processos complexos que garantam a satisfação de requisitos múltiplos, nomeadamente a sua estabilidade à degradação pela manipulação e armazenamento durante os processos de transferência de energia implícitos na maioria dos cenários de disseminação, e, ainda, que o agente, uma vez liberado, se mantenha em doses infectantes numa área previsível. Estas condições demonstram a substancial dificuldade e até mesmo a inviabilidade da utilização desse tipo de armamento.

Ainda que os ataques bioterroristas sejam improváveis e possuam, até hoje, taxas de morbimortalidade baixas, o potencial de uma arma biológica permanece elevado. Nas últimas décadas, o avanço biotecnológico vem permitindo o progresso da genética com o desvendamento do genoma, motivando a discussão de seu uso para o campo político estratégico, no âmbito de potencial nova geração de armas biológicas (SUK ET AL., 2011). A síntese química dos poliovírus (CELLO; PAUL; WIMMER, 2002) e do bacteriófago ϕ X174 (SMITH ET AL., 2003) são técnicas que devem ser vistas com cuidado pela possibilidade de seu uso dual.

Em face do exposto, afigura-se óbvio que tanto os sistemas nacionais de saúde pública como os profissionais de saúde devem estar preparados para lidar com os mais diversos tipos de agentes biológicos, incluindo os exóticos a seus países.

Os esporos do anthrax têm sido considerados uma das melhores opções em termos de arma para a guerra biológica já que podem ser produzidos facilmente, disseminados por aerossóis, produzirem altas taxas de mortalidade e serem armazenados a seco, permanecendo de forma viável durante décadas (CLIFFORD; FAUCI, 2011; CDC, 2010).

O CDC divide os agentes biológicos em três categorias (A, B e C), conforme critérios que determinam sua potencialidade para serem utilizados como arma biológica. Dentre esses critérios estão a virulência, patogenicidade, dose infectante, modo de transmissão, morbidade, letalidade, período de incubação, estabilidade e potencial em se tornar endêmico (CDC, 2010). Por tal classificação, o *B. anthracis* pertence à categoria A, onde estão os agentes com alto risco, por afetar negativamente a saúde pública, com altas taxas de letalidade, serem facilmente disseminados, necessitarem de ações especiais de prontidão dos serviços de saúde e alto risco à segurança nacional (CDC, 2010). Uma comparação entre o número de mortos ocasionados por uma bomba atômica de 12.5 Kt e pela liberação intencional de esporos de anthrax demonstra a potencialidade desse agente como arma. A bomba pode ocasionar cerca de 80.000 mortes, enquanto 100 g. de esporos de anthrax podem acarretar de um a três milhões de mortes (ARORA ET AL., 2010).

Situações envolvendo cadáveres contaminados causam compreensível temor na população, requerendo o desenvolvimento de esforços que garantam adequada e segura concretização das diversas e necessárias fases de coleta, transporte, armazenamento e disposição final dos corpos. Essas tarefas são habitualmente executadas por militares, profissionais de atendimento emergencial e de sobrevivência, mas também podem ser feitas por outros intervenientes, nomeadamente voluntários, detentores de escassa ou nenhuma formação ou experiência, sobretudo no que se refere à manipulação de corpos nesses contextos de risco em particular.

O Brasil é um país emergente, inserido no processo de globalização, considerado um dos dez pontos turísticos mais visitados do mundo e nos últimos anos tem sediado eventos internacionais, recebendo um grande quantitativo de pessoas de todas as partes do mundo, atraindo representações

diplomáticas e empresariais internacionais. Apesar de nunca ter sofrido um atentado bioterrorista, pode se tornar alvo.

A epidemiologia é uma disciplina básica da saúde pública voltada para a “[...] compreensão do processo saúde-doença no âmbito de populações [...]” e está “[...] fundamentada no raciocínio causal e no desenvolvimento de estratégias para as ações voltadas para a proteção e promoção da saúde da comunidade.” (WALDMAN; ROSA, 1998, P. 1).

Porém, há pouco debate acerca de epidemias causadas acidentalmente ou pela liberação deliberada de agentes biológicos. Assim, uma inquietude a respeito do preparo dos profissionais de saúde e do sistema de saúde pública brasileiro para um evento de bioterrorismo por anthrax direcionou este estudo.

Nesse sentido, este artigo tem como objetivo discutir as estratégias de contingenciamento frente aos riscos provenientes de um ataque de bioterrorismo utilizando *B. anthracis* com o propósito de auxiliar os profissionais de saúde no reconhecimento precoce do ato de bioterrorismo e no estabelecimento de medidas adequadas de contenção e de proteção. Para tanto, fez-se um estudo de revisão bibliográfica, conduzido de acordo com os preceitos metodológicos de um estudo descritivo, cujo objetivo é a leitura, seleção e registro de tópicos de interesse para a pesquisa.

Bacillus anthracis

Anthrax é uma doença causada pelo *Bacillus anthracis*, gram positivos, aeróbicos e esporogênicos. Os esporos medem de 1 a 1,5 \times m de largura por 3 a 10 \times m de comprimento e são resistentes à desidratação, calor, radiação ultravioleta, bem como a alguns desinfetantes utilizados nos serviços de saúde (CLIFFORD; FAUCI, 2011; DUTTA; SUJATHA; SAHOO, 2010; CDC, 2010). Apresentam-se, no *quadro 1*, as principais características desse agente.

Quadro 1. Resumo das principais características do *Bacillus anthracis*

Antecedente histórico de uso dual	Reservatório	Resistência no meio ambiente	Possível disseminação em bioterrorismo	Dose Infectante na forma inalatória	Suspeita	Quadro clínico	Período de incubação	Diagnóstico
Acidente em 1979 na URSS com 66 mortos	Solo	Décadas	Aerossol de esporos	8.000 a 50.000 esporos	N.O elevado de casos vias respiratórias	Inalatório (é esperado em BT), cutâneo (natural), gastrointestinal (alimentar) e meningite (complicação)	Inalatório: 2-23 dias Cutâneo: 1-5 dias Gastrointestinal: 1-7 dias	Clínico + cultivo ou PCR
Mortalidade sem tratamento	Mortalidade com tratamento adequado	Tratamento (1a opção)	Tratamento (2a opção)	Transmissão pessoa a pessoa	Profilaxia com suspeita de exposição	Vacinação	Importância	Observação
20 a 90% conforme quadro clínico	1 a 50% conforme quadro clínico	Ciprofloxacina 400mg IV/12h	Doxiciclina 100mg IV/12h	Somente a forma cutânea por contato direto	Ciprofloxacina (500 mg/12h) ou Doxiciclina (100 mg/12h) 14 dias via oral	Disponível, mas possui baixa duração de imunização. Nova vacina com Ag recombinante sendo testada	Rápida evolução com alta mortalidade	Difícil iniciar tratamento a tempo

Fonte: CLIFFORD; DUTTA; SUJATHA; SAHOO, 2011; CDC, 2010; BOSSI *et al.*, 2004; CDC, 2001.

A doença desenvolve-se de forma natural nos animais selvagens ou em herbívoros domésticos, bem como nos homens, após contato com animais infectados, produtos animais contaminados ou contato direto com o agente. A pele dos animais e o couro podem também conter esporos durante anos. Os seres humanos e os animais carnívoros são hospedeiros acidentais. É uma zoonose cosmopolita, endêmica em áreas agrícolas entre herbívoros (MARTIN; FRIEDLANDER, 2010).

Os esporos de *B. anthracis* podem permanecer viáveis no solo por muitos anos, e alguns fatores, tais como tempestades ou primavera chuvosa com verão seco, inundações e terremotos; além da ação humana manipulando a terra no preparo do solo para ser utilizado como pasto; ou para a construção de obras civis, como rodovias, hidroelétricas, açudes ou fundações de

edificações podem reativar o foco de antraz no solo e têm sido associados ao aparecimento de epizootias (MARTIN; FRIEDLANDER, 2010).

B. anthracis tem três principais fatores de virulência: uma cápsula antifagocítica e duas exotoxinas, denominadas toxina letal e toxina do edema. Estas toxinas são responsáveis pelas principais manifestações clínicas: hemorragia, edema, necrose e morte (LIU; MOAYERI; LEPPLA, 2014; CDC, 2010).

Identificam-se três quadros clínicos de antrax (SWEENEY *ET AL.*, 2011; DUTTA; SUJATHA; SAHOO, 2011; BOSSI *ET AL.*, 2004):

Cutâneo: representa 95% dos casos naturais. É resultante da introdução do esporo através de uma lesão na pele. O surgimento de coceira na área afetada ocorre em algumas horas. Após um período de incubação de um a cinco dias, surgem as pápulas, indolores, progredindo para vesículas de um a três cm e posteriormente

para úlceras. O pus só estará presente se houver contaminação secundária por bactérias piogênicas, como o *Staphylococcus aureus*. Após dois a seis dias, surge uma típica crosta negra com edema ao redor. Essa crosta cai após uma a três semanas, com uma taxa de cura de cerca de 80%. Em 20% dos casos, pode haver febre, dor de cabeça e linfadenopatia, constituindo-se sinal de infecção sistêmica. A taxa de mortalidade na ausência de tratamento é de cerca de 20%, sendo, todavia, inferior a 1% com tratamento (DOGANAY; METAN; ALP, 2010).

Gastrointestinal: esta forma é rara, acomete menos de 1% de todos os casos. Ocorre após ingestão do esporo decorrente do consumo de carne mal cozida ou crua de um animal infectado. Possui um período de incubação de um a sete dias. A escara característica ocorre mais frequentemente na parede do íleo terminal ou no ceco, embora a orofaringe, o estômago, o duodeno e o íleo superior possam ser afetados. O diagnóstico precoce é difícil, devido à sintomatologia inespecífica. A taxa de mortalidade é de aproximadamente 50% (KLEMPNER ET AL., 2010). Há duas formas clínicas do anthrax gastrointestinal: intestinal e oro-esofágico. No anthrax intestinal, os esporos causam lesões ulcerativas em qualquer lugar, do jejuno ao ceco. Os pacientes frequentemente apresentam sintomas gastrointestinais inespecíficos, tais como náuseas, vômitos, anorexia, dor abdominal intensa e diarreia. Evolui em dois a cinco dias após o início dos sintomas para febre, ascite, hematêmese, aumento da circunferência abdominal, diarreia sangüinolenta aguda, choque, septicemia e morte. Os sintomas resultam de necrose grave e generalizada da escara inicial, juntamente com edema extremo de intestinos e do mesentério. Esse tipo de anthrax é muito difícil de ser diagnosticado. A taxa de mortalidade é de 20 a 60% (BEATTY ET AL., 2003). As manifestações clínicas do anthrax oro-esofágico incluem dor de garganta intensa, disfagia, febre, linfadenopatia cervical e

edema. Úlceras podem estar presentes na boca e na garganta. Possui um período de incubação de 42 horas. A taxa de mortalidade varia entre 25 e 60%. Com diagnóstico precoce, os pacientes podem ser curados, mas, como a sintomatologia é inespecífica, há dificuldade no diagnóstico, levando à alta taxa de mortalidade (SIRISANTHANA; BROWN, 2002).

Pulmonar: resulta da inalação de esporos. Esses casos ocorreram em espaços fechados de fábricas de processamento de couros e lâ contaminados. O maior surto de anthrax pulmonar ocorreu a partir da liberação acidental, em 1979, em uma instalação militar da cidade de Sverdlovsk, antiga União Soviética, por falha no sistema de ventilação. Atualmente, muito se discute sobre a possibilidade da liberação por meio da dispersão aérea de esporos como resultado de um atentado terrorista. Os endosporos podem permanecer inativos por semanas, situando-se o período de incubação entre dois e 43 dias. Fatores ligados ao hospedeiro, dose infectante e quimioprofilaxia podem afetar a duração do período de incubação. A evolução da doença é lenta. Os primeiros sintomas ocorrem geralmente de dois a cinco dias após a exposição e são semelhantes aos da gripe, incluindo febre, mal estar, tosse, dispneia, dor de cabeça, anorexia, vômito, calafrios, fraqueza muscular, dor abdominal e torácica. Os sintomas podem progredir para uma fase aguda grave caracterizada por desenvolvimento súbito de febre, dispneia, diaforese, estertores úmidos, derrame pleural, taquicardia, choque e morte. Metade dos casos apresenta meningite, muitas vezes com hemorragia subaracnóidea. A meningite causada pelo anthrax é clinicamente indistinguível da meningite causada por outros agentes etiológicos. É a forma mais grave, mas também a mais rara, sendo letal em 90 a 100% dos casos se não for tratada rapidamente. Nos casos tratados, a taxa de mortalidade é de aproximadamente 75% (HOLTY ET AL., 2006).

Não existem relatos de transmissão de pessoa a pessoa, sendo o risco maior de contrair a doença por meio da inalação dos esporos de *B. anthracis* aerolizados.

Suspeita de um ataque bioterrorista

Ao contrário de um ataque terrorista com agentes químicos, que normalmente levam a síndromes de doenças violentas em minutos no local da exposição, o surgimento de sintomas das doenças resultantes dos agentes biológicos, incluindo *B. anthracis*, tem períodos de incubação de dias (BOSSI ET AL., 2004).

Um ataque com anthrax deve ser considerado quando há a existência simultânea de muitos pacientes com sintomas de doença pulmonar grave, corrimento nasal, presença de bacilos gram positivos em esfregaços de sangue, bem como mediastino alargado em pacientes previamente saudáveis. O *B. anthracis* nesse tipo de dispersão pode demonstrar resistência antimicrobiana ou maior capacidade de dispersão. Destaca-se a importância do estudo da aerosolização primária (resultante da liberação inicial) e da aerosolização secundária (resultante da suspensão de partículas depositadas no solo a partir da aerosolização primária). É difícil medir a magnitude do risco para a ocorrência do anthrax por inalação de aerosolização secundária de esporos (CDC, 2010).

Para a identificação dos casos prováveis de liberação intencional, utiliza-se a definição de caso em: possível, provável, confirmado ou deliberado. O caso possível não se aplica ao anthrax. O caso provável é aquele em que há sinais clínicos sem isolamento do *B. anthracis* ou outra prova de confirmação diagnóstica, mas com algum teste laboratorial positivo e clínica compatível com antecedente epidemiológico de exposição ambiental confirmada, sem necessidade de exames laboratoriais. O caso confirmado é aquele onde há sintomas clínicos compatíveis e com confirmação diagnóstica laboratorial (CDC, 2001).

O diagnóstico laboratorial mais utilizado é a identificação do *Bacillus anthracis* no sangue (hemocultura), líquido pleural, líquido ou tecidos das lesões através de esfregaços, histologia em tecidos, exames imuno-histoquímicos, Elisa e imunofluorescência. O PCR em tempo real ainda não é amplamente difundido (SWEENEY ET AL., 2011).

Os casos deliberados estão relacionados com mais de um caso confirmado de anthrax inalado ou mais de um caso de anthrax cutâneo sem antecedente epidemiológico natural ou, ainda, com mais de dois casos suspeitos de anthrax ligados entre si pelo período temporal ou espacialmente, principalmente se os pacientes se encontravam na mesma direção do vento (CDC, 2015).

Existem alguns parâmetros para diferenciar os surtos naturais de doenças infecciosas daquelas suspeitas de serem resultantes de um ataque bioterrorista. Esses parâmetros incluem desde os padrões temporais de início da doença, número de casos, período de incubação, sintomas, resistência antimicrobiana, morbidade, mortalidade, localização e distribuição geográfica do surto, distribuição sazonal, potencial zoonótico, infectividade residual, persistência no meio ambiente e patogenicidade até a identificação de atividades terroristas consistentes (CDC, 2015). A evidência mais importante de um ataque bioterrorista é o aparecimento de grupos de doentes de forma simultânea (em intervalos de horas ou poucos dias) com quadro clínico similar, sintomas graves (especialmente entre jovens com bom estado de saúde), resistência atípica a antibióticos, fracasso ao tratamento habitual, evolução da doença de forma atípica ou mais grave, distribuição sazonal ou geográfica anômala da doença, casos agrupados simultâneos em áreas não contíguas, casos em um mesmo ambiente (sistemas de ventilação comuns) e reivindicação por grupo terrorista (BUITRAGO ET AL., 2007).

Medidas de biossegurança

O reconhecimento daquilo que constitui um risco depende do contexto em que se insere e envolve diferentes conhecimentos e processos. Cada risco tem suas características, apresentando maior ou menor grau de intensidade ou gravidade a partir de conjunturas mais ou menos favoráveis à sua ocorrência. É a análise da dimensão e da potencialidade do risco que irá determinar a estratégia da ação preventiva. A avaliação de risco é a ferramenta que possibilita essa análise e, a partir dela, a definição dos procedimentos de biossegurança que irão orientar as ações de promoção e proteção da saúde pública e do meio ambiente, uma vez que pode haver esporos no solo, alimentos e água.

Deve-se considerar a necessidade de elementos de proteção e de contenção, ligados fundamentalmente a três aspectos. O primeiro aspecto está relacionado ao projeto arquitetônico e de engenharia onde os pacientes serão atendidos e as amostras serão processadas. O segundo se refere aos equipamentos de proteção, que podem ser individuais (EPI) ou coletivos (EPC), e o terceiro, relativo aos procedimentos e técnicas, onde devem ser adotadas condutas rigorosas de segurança.

Como não existem dados que indiquem a ocorrência de transmissão pessoa a pessoa, mesmo no caso de pacientes com anthrax pulmonar, os doentes necessitam ser internados em quarto de hospital padrão. Recomenda-se que sejam seguidas as medidas de precaução padrão para o manuseio de materiais biológicos, como sangue e fluidos corporais (DUTTA; SUJATHA; SAHOO, 2011; SWARTZ, 2001). Procedimentos de higiene, como a lavagem das mãos, cuidados na manipulação de materiais perfurocortantes e utilização de equipamentos de proteção são capazes de reduzir o risco ocupacional.

É importante destacar que a proteção respiratória é definida com base no risco de transmissão do patógeno. O aparelho de respiração autônomo *Self Contained Breathing Apparatus* (SCBA) deve ser utilizado pelos profissionais de primeira resposta para entrar nas áreas denominadas 'áreas vermelhas', onde haja

dispersão de patógenos decorrentes de um ataque de bioterrorismo. Esses equipamentos são suficientes para fornecer a proteção respiratória adequada contra a dispersão de anthrax e representam o nível mais elevado de proteção. Porém, ressalta-se que os profissionais devem estar familiarizados com os requisitos físicos e as limitações impostas pelo próprio equipamento de segurança. A vestimenta protetora precisa ser impermeável e resistente aos produtos químicos, embora provoque a diminuição do arrefecimento corporal e contribua para a desidratação e stress por calor. As peças faciais de proteção podem gerar claustrofobia e os respiradores, por provocar resistência no fluxo de ar, possibilitam o agravamento de doenças respiratórias e do coração. Os SCBA, em conjunto com vestimentas de proteção do nível A, são os EPI recomendados para o atendimento em áreas onde não se conhece o tipo de patógeno de transmissão aérea envolvido no evento, o método de disseminação, a duração da dispersão e a concentração do patógeno no ar no momento do atendimento.

O diagnóstico da amostra deve ser feito em laboratórios de Nível de Biossegurança 3 (NB3), que são locais adequados aos trabalhos com agentes biológicos classificados como sendo da classe de risco 3, ou seja, aqueles que possuem risco potencial de transmissão pela via respiratória e que podem causar infecções sérias e possivelmente fatais. Nesse NB as barreiras relacionadas aos procedimentos e aos equipamentos de segurança são mais rígidas, a fim de proteger os trabalhadores, a comunidade e o ambiente contra a exposição aos aerossóis infecciosos. A manipulação das amostras deve ser feita em cabines de segurança biológica da Classe II e os aspectos relacionados à infraestrutura laboratorial incluem o acesso controlado e sistemas de ventilação que minimizam a exposição aos aerossóis infecciosos, como, por exemplo, o fluxo unidirecional com diferencial de pressão e, o ar de exaustão filtrado através de filtro *High Efficiency Particulate Air* (HEPA) antes de ser lançado ao meio

ambiente. O *Bacillus anthracis* é classificado nesse grupo de patógenos.

Nesse caso, recomenda-se o uso de macacão confeccionado em não-tecido, com tripla camada (SMS) ou polietileno, modelo de alto nível de proteção, luvas, máscaras descartáveis com filtração (N95 ou PFF2) ou capuz acoplado a um conjunto purificador de ar motorizado, sapatos fechados e revestimentos protetores de pé. Quando a máscara for utilizada, os óculos de segurança ou protetores faciais completos deverão ser empregados para proteção das mucosas e olhos contra impactos de partículas volantes, respingos de produtos químicos e espirros de sangue e fluidos corpóreos.

As medidas de precaução de contato são requeridas quando os pacientes apresentarem rompimento das vesículas cutâneas. Recomenda-se que as lesões cutâneas causadas pelo anthrax sejam cobertas durante as primeiras 24 a 48 horas após o início do tratamento. Os curativos contendo a drenagem das lesões, assim como quaisquer resíduos gerados no atendimento do paciente são considerados resíduos perigosos, necessitando ser autoclavados ou incinerados (GREENBERG ET AL., 2010).

A desinfecção dos materiais termosensíveis e das superfícies dos veículos de transporte dos corpos pode ser feita empregando-se formaldeído a 10% (aproximadamente 3% de formalina), glutaraldeído a 4% (pH 8.0-8.5), peróxido de hidrogênio a 3%, ácido peracético a 1% ou hipoclorito de sódio a 5%. O operador deve usar roupas de proteção, luvas e protetor facial. Os materiais contaminados que resistam a altas temperaturas, assim como os resíduos, devem ser autoclavados à temperatura de 122°C durante 30 minutos ou incinerados (GREENBERG ET AL., 2010; WHO, 2008).

As áreas laboratoriais assim como os quartos e as áreas de isolamento de pacientes devem ser descontaminados utilizando-se solução esporicida durante 24

horas e, após este procedimento, os ambientes necessitam ser bem ventilados.

Nos casos fatais, as necropsias devem ser desencorajadas. A cremação é preferível ao sepultamento. O corpo deve ser colocado num saco impermeável para o transporte e não pode ser retirado desse envoltório. Ressalta-se que os sacos próprios (morgues) para cadáveres podem dificultar o resfriamento, assim como aumentam a velocidade de decomposição em regiões quentes.

No caso de sepultamento, o corpo ensacado deve ser colocado num caixão hermeticamente fechado e enterrado sem reabertura. O embalsamamento se associa a riscos especiais ao embalsamador e, portanto, deve ser evitado.

O melhor método de eliminação das carcaças de animais infectados com *Bacillus anthracis* é a incineração, porque esses bacilos necessitam de O₂ para esporular. O exame *post-mortem* de animais não deve ser permitido, já que as formas vegetativas contidas no corpo morrem dentro de poucos dias com o processo de putrefação, mas a abertura da carcaça promove a esporulação. Como pode haver a eliminação de exsudato serossanguíneo pelo nariz, boca e ânus, alguns bacilos podem ser expelidos e esporular. Não há como prever o período de tempo para que não haja mais agentes viáveis dentro da carcaça, uma vez que tal condição dependerá muito das condições climáticas locais, particularmente da temperatura ambiental. Dessa forma, o enterro das carcaças contaminadas não constitui um procedimento seguro, uma vez que os esporos poderão ser encontrados no solo muitos anos depois, existindo, ainda, a possibilidade de a superfície do terreno ser removida por atividades agrícolas, drenagem ou escavação, levando a uma possível contaminação.

A administração de vacinas só é recomendada para os profissionais em ocupações de risco, sendo sua disponibilidade muito restrita. A vacinação está indicada para as forças armadas como parte de uma

preparação para o bioterrorismo. A vacina atualmente utilizada é a vacina americana chamada *Anthrax Vaccine Adsorbed (AVA)* ou *MDPH-AVA* e seus suprimentos são limitados. É utilizada em doses de 0,5 ml, subcutânea, no esquema de zero, duas, e quatro semanas e aos 6, 12 e 18 meses, seguidos por reforços anuais (CDC, 2010).

Um período longo de profilaxia antibiótica é recomendado por causa do tempo de latência prolongado, que ocorre antes da germinação dos esporos adquiridos por meio da exposição inalatória do *B. anthracis*, num cenário de liberação deliberada. Pessoas que apresentem febre ou sinais de doença sistêmica devem ser tratadas preventivamente até que a suspeita de infecção por anthrax seja descartada. Por muitas décadas, a penicilina tem sido a droga de escolha para infecções por anthrax. Já existem relatos de resistência à penicilina em infecções naturais (LALITHA; THOMAS, 1997), casos em que as drogas são usadas são: doxiciclina e ciprofloxacina (SWARTZ, 2001).

Conclusão

Atualmente, são cada vez mais frequentes os relatos a respeito do interesse no acesso aos agentes biológicos como possíveis armas. Esse interesse não é monopólio de qualquer país, uma vez que são armas úteis por sua versatilidade em infligir mortes ou tentar atos de impacto social, com desequilíbrio psicológico e emocional de uma população, disseminação do medo, pânico, ansiedade e insegurança, provocando a perda de confiança nas autoridades governamentais e prejuízos econômicos.

O Brasil, historicamente, não é alvo para um ataque terrorista, porém existem condicionantes circunstanciais que podem fazê-lo um alvo compensatório. O Brasil, devido ao fato de ser um país protagonista em um cenário geopolítico internacional, que sedia grandes eventos esportivos

internacionais com reunião de pessoas de várias nacionalidades e religiões, estará mais suscetível a um atentado desse tipo. Para tanto, necessita considerar o bioterrorismo como uma ameaça real. Nesse caso, a melhor forma de combatê-lo é por meio da socialização de informações, disseminação do conhecimento e capacitação de todos os profissionais responsáveis por atuar em situações de primeira resposta nesse tipo de evento, de forma a reconhecer com facilidade um evento de bioterrorismo e identificar a doença por meio de diagnóstico clínico preciso, permitindo o tratamento das vítimas de forma eficaz.

Estudos sobre o uso do *B. anthracis* como arma biológica indicam maior possibilidade de dispersão intencional por aerossóis, provocando a doença na sua forma pulmonar. O surgimento dos sintomas não será imediato, devido ao período de incubação da doença. Como os sintomas iniciais são inespecíficos e se assemelham à influenza, no caso de um surto, muitos pacientes podem buscar atendimento médico em um estágio avançado da doença, com problemas respiratórios graves, onde há maior dificuldade no tratamento. É a forma mais rara da doença, possuindo uma taxa de letalidade que varia de 90 a 100%, caso não seja tratada rapidamente. A gestão do ataque de 2001 demonstrou falta de preparação do pessoal envolvido, motivando múltiplos erros ao lidar com situações envolvendo o bioterrorismo. Assim, as equipes médicas brasileiras devem ter a preparação técnico-científica e emocional para a identificação precoce dos sintomas e susceptibilidade da doença para que não cometam os mesmos erros.

É importante o fortalecimento dos esforços das equipes de urgência e emergência para a detecção precoce e controle do ataque. Os treinamentos devem ser parte do processo de educação continuada. Os planos de ação necessitam incluir a exigência de notificar quaisquer lesões ou

doenças que possuam características de surto deliberado.

Uma boa preparação para um possível ataque bioterrorista deve se concentrar, além do suporte, num bom sistema de comunicação, rede de vigilância epidemiológica eficaz, treinamento adequado das equipes de cuidados primários e recursos materiais básicos de emergência, regionalização

dos recursos e infraestruturas, apoio da rede de laboratórios de saúde pública e na criação de unidades assistenciais de saúde de referência.

A rentabilidade desse esforço será dupla, já que tais recursos são os mesmos necessários para a assistência, controle e monitoramento das doenças infecciosas emergentes e reemergentes. ■

Referências

- ARORA, R. *et al.* Medical radiation countermeasures for nuclear and radiological emergencies: Current status and future perspectives. *J Pharm Bioallied Sci.*, Mumbai, v. 2, n. 3, p. 202-212, 2010.
- BEATTY, M. E. *et al.* Gastrointestinal Anthrax: Review of the Literature. *Arch Intern Med.*, Chicago, v. 163, n. 20, p. 2527-2531, 2003.
- BOSSI, P. *et al.* Bichat guidelines for the clinical management of anthrax and bioterrorism-related anthrax. *Euro Surveill.*, Stockholm, v. 9, n. 12, p. 3-4, 2004.
- BUITRAGO, M. J. S. *et al.* Biodefense: a new challenge for microbiology and public health. *Enferm Infecc Microbiol Clin.*, Madrid, v. 25, n. 3, p. 190-198, 2007.
- CELLO, J.; PAUL, A. N.; WIMMER, E. Chemical synthesis of poliovirus cDNA: Generation of infective virus in the absence of a natural template. *Science*, New York, v. 297, n. 5583, p. 1016-1018, 2002.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Use of Anthrax Vaccine in the United States: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) 2009. *Morb Mortal Wkly Rep.*, Atlanta, v. 59, n. RR-6, p. 1-30, 2010.
- _____. *Bioterrorism*. Disponível em: <<http://www.bt.cdc.gov/bioterrorism/overview.asp>>. Acesso em: 2 set. 2015.
- _____. Update: Investigation of anthrax associated with intentional exposure and interim public health guidelines, October 2001. *Morb Mortal Wkly Rep.*, Atlanta, v. 50, n. 41, p. 889-893, 2001.
- CLIFFORD, H. L.; FAUCI, A. S. Microbial Bioterrorism. In: LONGO, D. *et al.* (Org.). *Harrison's Principles of Internal Medicine de Medicina Interna*, Singapore: McGraw-Hill, 2011, p. 1768-1778.
- DOGANAY, M.; METAN, G.; ALP, E. A review of cutaneous anthrax and its outcome. *J Infect Public Health*, Oxford, v. 3, n. 3, p. 98-105, 2010.
- DUTTA, T. K.; SUJATHA, S.; SAHOO, R. K. Anthrax: Update on Diagnosis and Management. *J Assoc Physicians India*, Bombay, v. 59, p. 573-578, 2011.
- GREENBERG, D. L. *et al.* Identifying experimental surrogates for *Bacillus anthracis* spores: a review. *Investig Genet.*, London, v. 1, n. 4, p. 1-4, 2010.
- HOLTY, J. E. *et al.* Systematic review: a century of inhalational anthrax cases from 1900 to 2005. *Ann Intern Med*, Philadelphia, v. 144, n. 4, p. 270-280, 2006.
- KLEMPNER, M. S. *et al.* Case records of the Massachusetts General Hospital. Case 25 –2010: a 24-year-old woman with abdominal pain and shock. *N Engl J Med*, Boston, v. 363, n. 8, p. 766-77, 2010.
- LALITHA, M. K.; THOMAS, M. K. Penicillin resistance in *Bacillus anthracis*. *Lancet*, London, v. 349, n. 9064, p. 1522, 1997.
- LIU, S.; MOAYERI, M.; LEPPLA, S. H. Anthrax lethal and edema toxins in anthrax pathogenesis. *Trends in Microbiology*, Cambridge, v. 22, n. 6, p. 317-325, 2014.
- MARTIN, G. J.; FRIEDLANDER, A. M. *Bacillus anthracis* (Anthrax). In: MANDELL, G. L.; BENENETT, J. E.; DOLIN, R. (Org.). *Mandell, Douglas and Benett's*

- Principles and Practice of Infectious Diseases*. 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2010, p. 2715-2726.
- MORSE, S. S. Biological and chemical terrorism. *Technology in Society*, New York, v. 25, p. 557-563, 2003.
- RADOSAVLJEVIĆ, V.; JAKOVLJEVIĆ, B. Bioterrorism: types of epidemics, new epidemiological paradigm and levels of prevention. *Public Health*, New York, v. 121, n. 7, p. 549-557, 2007.
- SIRISANTHANA, T.; BROWN, A. E. Anthrax of the gastrointestinal tract. *Emerg Infect Dis*, Atlanta, v. 8, n. 7, p. 649-651, 2002.
- SMITH, H. O. *et al.* Generating a synthetic genome by whole genome assembly: phiX174 bacteriophage from synthetic oligonucleotides. *Proc Natl Acad Sci USA*, Washington, v. 100, n. 26, p. 15440-15445, 2003.
- SUK, E. J. *et al.* Dual-Use Research and Technological Diffusion: Reconsidering the Bioterrorism Threat Spectrum. *PLoS Pathogens*, Florida, v. 7, n. 1, 2011.
- SWARTZ, M. N. Recognition and Management of Anthrax – an update. *N Engl J Med*, Boston, v. 345, n. 22, p. 1621-1626, 2001.
- SWEENEY, D. A. *et al.* Anthrax Infection. *Am J Respir Crit Care Med. Am J Respir Crit Care Med.*, New York, v. 184, n. 12, p. 1333-1341, 2011.
- WALDMAN, E. A.; ROSA, T. E. C. *Vigilância em Saúde Pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania, v. 7).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Anthrax in humans and animals*. Geneva: WHO, 2008.

Recebido para publicação em fevereiro de 2015
Versão final em setembro de 2015
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo N. 202387/2011-9 (Pós-doutorado)

Sustentabilidade de intervenções em promoção da saúde: uma sistematização do conhecimento produzido

Sustainability in health promotion interventions: a systematization of the produced knowledge

Sydia Rosana de Araujo Oliveira¹, Louise Potvin², Maria Guadalupe Medina³

RESUMO Foi realizada revisão da literatura com intuito de sistematizar o conhecimento produzido no campo da promoção da saúde em relação ao tema sustentabilidade. As bases de dados consultadas foram Lilacs, SciELO e Web of Science, no período entre 1989 e 2014. O corpus contou com 35 artigos, sendo analisados conceito de sustentabilidade, metodologia e resultados dos estudos. Verificou-se que os estudos têm se dedicado a encontrar fatores que influenciam a sustentabilidade de intervenções de saúde, no entanto, não há evidências sobre que fatores são suficientes para a sustentabilidade. Conclui-se que há pouca literatura sobre o tema em questão no âmbito nacional e se recomenda novas investigações.

PALAVRAS-CHAVE Institucionalização; Avaliação em saúde; Programa de promoção da saúde; Revisão.

ABSTRACT *Scientific review was performed aiming to systematize the knowledge produced in the field of health promotion, regarding sustainability. Databases consulted were Lilacs, SciELO and Web of Science, in the period between 1989 and 2014. The corpus included 35 papers being analyzed the concept of sustainability, methodology and studies results. It was found that the studies have been devoted to finding factors that influence the sustainability of health interventions, however, there is no scientific evidence about which factors are sufficient for the sustainability. It was concluded that there is little literature on the subject in question at the national level and further investigations are recommended.*

KEYWORDS *Institutionalization; Health evaluation; Health promotion program; Review.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães - Recife (PE), Brasil.
sydia@cpqam.fiocruz.br

²Université de Montréal, École de santé publique de l'Université de Montréal - Montreal (QC), Canadá.
louise.potvin@umontreal.ca

³Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva - Salvador (BA), Brasil
medina@ufba.br

Introdução

A compreensão da dinâmica e implementação das intervenções de saúde tem sido objeto de interesse de diversos pesquisadores nas últimas décadas. Entre as abordagens e modelos explicativos formulados para entender o processo de elaboração e desenvolvimento das intervenções e, em especial, das políticas de saúde, podem-se destacar as teorias da escolha racional, do incrementalismo, da análise de sistemas, da coalização de defesa, da teoria da escolha pública e do ciclo das políticas públicas (KELLY; PALUMBO, 1992; SOUZA, 2006).

A partir da constituição de 1988, com o processo de reorientação das políticas públicas no governo brasileiro, os estudos relacionados ao ciclo das políticas ganharam impulso (CAPELLA, 2006; MACHADO, 2013; PINTO, 2008). As dificuldades na implementação de novas práticas suscitaram o questionamento quanto à compreensão do processo pelo qual as políticas públicas em saúde ‘acontecem’, isto é, o entendimento de como e por que os governos optam por determinadas ações (PINTO, 2008; SOUZA, 2006; VIANA, 1996). No entanto, uma questão fundamental ainda não foi investigada de forma satisfatória no País: O que determina a manutenção ou o fim de uma intervenção?

Estudos relacionados ao ciclo de vida das intervenções (BOPP; SAUNDERS; LATTIMORE, 2013; SCHEIRER, 2005) incorporam ao ciclo das políticas um novo estágio: a sustentabilidade. Embora venha despertando bastante interesse e esteja sendo amplamente discutida em diversos países – de modo especial em relação às intervenções que se referem à promoção de saúde –, a sustentabilidade não se constitui uma questão sobre a qual atores governamentais e sociais concentrem sua atenção no Brasil, mesmo quando os recursos para a promoção da saúde são limitados e as expectativas quanto ao que pode ser alcançado são elevadas.

Para melhor compreender o estado da arte em matéria de sustentabilidade,

este estudo – produto da tese intitulada ‘Sustentabilidade da estratégia saúde da família: o caso de um município baiano’ – objetiva sistematizar a contribuição dos estudos produzidos na literatura científica no campo da saúde pública/saúde coletiva em relação ao tema, especialmente no que se refere a intervenções de promoção da saúde, buscando responder às seguintes questões de investigação: Como o campo da saúde pública/saúde coletiva tem abordado o tema da sustentabilidade nas intervenções de promoção da saúde? E quais os fatores que facilitam e dificultam a sustentabilidade nas intervenções de promoção da saúde?

Método

Foi realizada revisão de literatura sobre o tema sustentabilidade em saúde. A elaboração deste estudo foi realizada seguindo as seguintes etapas: 1) identificação do tema e elaboração da questão norteadora; 2) busca ou amostragem na literatura; 3) coleta de dados; 4) análise crítica dos estudos incluídos; 5) interpretação dos resultados; e 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Foram incluídos estudos divulgado em periódicos publicados em bases de dados bibliográficas informatizadas (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – *Lilacs*; *Scientific Electronic Library Online* – SciELO; e *Web of Science*), utilizando-se os descritores e operadores booleanos ‘sustentabilidade OR institucionalização OR rotinização AND saúde OR Intervenção de saúde OR Programas de promoção da saúde’, em português e seus correlatos em inglês e espanhol. Além disso, empregou-se a estratégia de bola de neve, buscando-se artigos citados nos textos identificados. A coleta de dados ocorreu em novembro de 2014.

Foi construída uma base de dados única, em *Excel*, com o total de 475 documentos

identificados. Excluídas as duplicações, obteve-se, então, 441 documentos que foram compilados e submetidos a processo de seleção, considerando-se os seguintes critérios de inclusão: ser artigo e ter sido publicado de 1989 a 31 de junho de 2014 nas bases de dados selecionadas; ter seu resumo disponível nas bases de dados incluídas neste estudo; ser estudo empírico e/ou de revisão e/ou conceitual na área de promoção da saúde, cujo foco principal era a sustentabilidade da intervenção; ter como objetivo a sustentabilidade das intervenções, e/ou apresentar um dos termos descritos acima, no sentido de manutenção da intervenção após um período inicial de implementação.

Seguindo os critérios de exclusão, não foram incluídos editoriais, teses, dissertações, anais, congressos e estudos que não abordam a temática dentro dos seus objetivos. Não houve exclusão em virtude da língua.

Na primeira etapa, após a busca, foram lidos os títulos e resumos da totalidade dos documentos selecionados. Os artigos que preencheram os critérios de inclusão ou que suscitaram dúvidas quanto à sua exclusão imediata foram selecionados para a etapa seguinte. Os artigos selecionados foram lidos na íntegra e examinados pelo autor principal

desta pesquisa; quando dúvidas surgiam, foi realizada discussão com outro pesquisador e resolvidas por consenso.

Trinta e cinco documentos foram incluídos nesta revisão. Os artigos compilados foram classificados, catalogados e sistematizados de acordo com instrumento de coleta de dados, permitindo verificar as seguintes características de cada pesquisa: ano e país do estudo, intervenções dos estudos, descrição do conceito, termo adotado, tipo de estudo, delineamento da pesquisa, instrumento utilizado e resultados associados à sustentabilidade.

Após essa etapa, foram realizadas a leitura crítica e a discussão dos artigos selecionados, sendo os resultados apresentados a seguir.

Resultados e discussão

Foram analisados 35 artigos (*quadro 1*). Entre estes, 29 (82,86%) foram encontrados na base de dados *Web of Science*, apenas 1 (2,86%) foi encontrado no *SciELO* e 5 artigos internacionais (14,28%) foram encontrados a partir da estratégia bola de neve. Esses dados demonstram a escassez de publicações sobre a temática no âmbito nacional.

Quadro 1. Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo ano de publicação, referência, país de localização do primeiro autor, tipo de publicação e aspecto da sustentabilidade das intervenções abordado na publicação

Ano	Autoria/Título/Periódico	País	Tipo de Publicação	Aspecto da sustentabilidade das intervenções abordado na publicação
1989	STECKLER, A.; GOODMAN, R. M. How to Institutionalize Health Promotion Programs. <i>American Journal of Health Promotion</i>	EUA	Empírico	Revela fatores que elevam ou diminuem a institucionalização de programas de promoção da saúde em escolas e agências comunitárias.
1993	GOODMAN, R. M. <i>et al.</i> Development of level of institutionalization scales for health promotion programs. <i>Health education quarterly</i>	EUA	Empírico	Testa um instrumento para medir o nível de institucionalização de programas de promoção da saúde.
1998	O'LOUGHLIN, J. <i>et al.</i> Correlates of the sustainability of community-based heart health promotion interventions. <i>Preventive medicine</i>	Canadá	Empírico	Investiga fatores relacionados à percepção de sustentabilidade em programas de prevenção à saúde coronariana
1998	SHEDIAC-RIZKALLAH, M. C.; BONE, L. R. Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. <i>Health education research</i>	EUA	Teórico	Compreende o conceito de sustentabilidade e indicadores operacionais que podem ser utilizados no monitoramento da sustentabilidade.

Quadro 1. (cont.)

2000	PAINE-ANDREWS, A. Promoting Sustainability of Community Health Initiatives: An Empirical Case Study. <i>Health Promotion Practice</i>	EUA	Empírico	Analisa as estratégias utilizadas para promover a sustentabilidade de iniciativas de saúde comunitária
2001	GOODSON, P. <i>et al.</i> Maintaining prevention in practice. <i>American Journal of Preventive Medicine</i>	EUA	Empírico	Examina a institucionalização da ferramenta Prevenção colocada na prática (Put Prevention Into Practice - PPIP) dentro de cinco clínicas de cuidados primários
2003	ALEXANDER, J. A. <i>et al.</i> Sustainability of collaborative capacity in community health partnerships. <i>Medical care research and review : MCRR</i>	EUA	Empírico	Desenvolve um modelo conceitual de sustentabilidade em parcerias com a comunidade e identifica potenciais determinantes da sustentabilidade
2004	JOHNSON, K. <i>et al.</i> Building capacity and sustainable prevention innovations: A sustainability planning model. <i>Evaluation and Program Planning</i>	EUA	Revisão	Apresenta conceito de sustentabilidade e modelo de planejamento da sustentabilidade
2004	MANCINI, J. A.; MAREK, L. Sustaining Community-Based Programs for Families: Conceptualization and Measurement. <i>Family Relations</i>	EUA	Teórico	Apresenta um modelo conceitual de sustentabilidade para programa baseado na comunidade
2004	PLUYE, P. <i>et al.</i> Program sustainability: Focus on organizational routines. <i>Health Promotion International</i>	Canadá	Empírico	Avalia a presença de rotinas na organização.
2004	PLUYE, P.; POTVIN, L.; DENIS, J. L. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. <i>Evaluation and Program Planning</i>	Canadá	Teórico	Compreende sustentabilidade a partir de duas questões principais: as estruturas sociais e os aspectos temporais
2004	SWERISSEN, H.; CRISP, B. R. The sustainability of health promotion interventions for different levels of social organization. <i>Health Promotion International</i>	Austrália	Teórico	Fornece orientação para o desenvolvimento de uma política de sustentabilidade de promoção da saúde
2005	NILSEN, P. <i>et al.</i> Towards improved understanding of injury prevention program sustainability. <i>Safety Science</i>	Suécia	Empírico	Contribui para melhor compreensão das condições em que os programas de prevenção de lesões têm maior probabilidade de atingir a sustentabilidade.
2005	PLUYE, P. <i>et al.</i> Program sustainability begins with the first events. <i>Evaluation and Program Planning</i>	Canadá	Empírico	Avalia a variabilidade de eventos que marcam a implementação e sustentabilidade de programas de modo concomitante.
2005	SCHEIRER, M. A. Is Sustainability Possible? A Review and Commentary on Empirical Studies of Program Sustainability. <i>American Journal of Evaluation</i>	EUA	Revisão	Revisa a literatura sobre sustentabilidade de projetos relacionados à saúde, focando em estudos que apresentam dados coletados num ponto do tempo após os fundos externos iniciais terem expirado.
2006	RIDDE, V.; PLUYE, P.; QUEUILLE, L. Évaluer la pérennité des programmes de santé publique : un outil et son application en Haïti. <i>Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique</i>	Canadá	Empírico	Avalia o grau de perenidade de uma unidade de cuidado nutricional do Haiti.
2008	GRUEN, R. L. <i>et al.</i> Sustainability science: an integrated approach for health-programme planning. <i>The Lancet</i>	Austrália	Revisão	Avalia as perspectivas existentes sobre sustentabilidade de programa de saúde e desenvolve um modelo de sustentabilidade
2008	SAVAYA, R.; SPIRO, S.; ELRAN-BARAK, R. Sustainability of Social Programs: A Comparative Case Study Analysis. <i>American Journal of Evaluation</i>	Israel	Empírico	Identifica características que potencializam a sustentabilidade de programas.
2009	HANSON, H. M.; SALMONI, A. W.; VOLPE, R. Defining program sustainability: Differing views of stakeholders. <i>Canadian Journal of Public Health</i>	Canadá	Empírico	Documenta o significado do termo 'sustentabilidade' para as partes interessadas no planejamento e na implementação de um projeto de prevenção de quedas de base comunitária.
2010	FELISBERTO, E. <i>et al.</i> Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. <i>Cadernos de Saúde Pública</i>	Brasil	Empírico	Avalia a sustentabilidade da política nacional de monitoramento e avaliação da atenção básica

Quadro 1. (cont.)

2011	HANSON, H. M.; SALMONI, A. W. Stakeholders' perceptions of programme sustainability: Findings from a community-based fall prevention programme. <i>Public Health</i>	Canadá	Empírico	Apresenta as percepções de sustentabilidade dos principais envolvidos em um programa de prevenção de queda de base comunitária.
2011	SCHEIRER, M. A.; DEARING, J. W. An agenda for research on the sustainability of Public Health Programs. <i>American Journal of Public Health</i> .	EUA	Teórico	Desenvolve um paradigma para a realização de pesquisas em sustentabilidade
2012	SAUNDERS, R. P. <i>et al.</i> Assessing sustainability of Lifestyle Education for Activity Program (LEAP). <i>Health Education Research</i>	EUA	Empírico	Descreve os métodos para avaliar a sustentabilidade do programa educacional de Atividade para o estilo de vida (LEAP)
2012	SAVAYA, R.; SPIRO, S. E. Predictors of Sustainability of Social Programs. <i>American Journal of Evaluation</i>	Israel	Empírico	Testa um modelo abrangente de preditores de três manifestações da sustentabilidade: continuação, institucionalização e duração.
2012	VAN ACKER, R. <i>et al.</i> Sustainability of the whole-community project "10,000 Steps": a longitudinal study. <i>BMC public health</i>	Bélgica	Empírico	Avalia indicadores de sustentabilidade organizacional e individual em programa de atividade física
2012	WILTSEY STIRMAN, S. <i>et al.</i> The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. <i>Implementation Science</i>	EUA	Revisão	Revisa os métodos que têm sido utilizados, os resultados relatados, e os fatores que foram identificados como potenciais influências sobre o uso sustentado de novas práticas, programas ou intervenções
2013	BOPP, M.; SAUNDERS, R. P.; LATTIMORE, D. The tug-of-war: Fidelity versus adaptation throughout the health promotion program life cycle. <i>Journal of Primary Prevention</i>	EUA	Empírico	Descreve o ciclo de vida para os programas de promoção da saúde com base em pesquisas, as principais influências de cada fase, e as questões relacionadas entre fidelidade e adaptação ao longo do processo.
2013	CHAMBERS, D. A; GLASGOW, R. E.; STANGE, K. C. The dynamic sustainability framework: addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. <i>Implementation science : IS</i>	EUA	Teórico	Reflete sobre a sustentabilidade das intervenções e o contexto onde são desenvolvidas.
2013	HUIJG, J. M. <i>et al.</i> Factors influencing the adoption, implementation, and continuation of physical activity interventions in primary health care: a Delphi study. <i>BMC family practice</i>	Holanda	Empírico	Identifica os fatores mais relevantes para a adoção, implementação e continuação de intervenções de atividade física em cuidados de saúde primários.
2013	KOSKAN, A. <i>et al.</i> Sustainability of promotora initiatives: program planners' perspectives. <i>J Public Health Manag Pract</i>	EUA	Empírica	Analisa a sustentabilidade de iniciativas de saúde lideradas por promotoras de salud
2013	LOVARINI, M.; CLEMSON, L.; DEAN, C. Sustainability of community-based fall prevention programs: A systematic review. <i>Journal of Safety Research</i>	Austrália	Revisão	Identifica quaisquer teorias, modelos, quadros teóricos, influenciando fatores ou intervenções para manutenção de programas de prevenção de quedas na comunidade.
2013	SCHEIRER, M. A. Linking sustainability research to intervention types. <i>American Journal of Public Health</i>	EUA	Teórico	Sugere um modelo para analisar a sustentabilidade de acordo com cada intervenção
2013	SCHELL, S. F. <i>et al.</i> Public health program capacity for sustainability: a new framework. <i>Implementation science: IS</i>	EUA	Teórico	Apresenta um novo quadro conceptual para a capacidade de sustentabilidade do programa para programas de saúde pública.
2014	WHELAN, J. <i>et al.</i> Cochrane Update: Predicting sustainability of intervention effects in public health evidence: Identifying key elements to provide guidance. <i>Journal of Public Health (United Kingdom)</i>	Austrália	Revisão	Compreende dez elementos-chave da sustentabilidade em intervenções de saúde pública e de promoção da saúde, usando a prevenção da obesidade baseada na comunidade.
2014	FRIEND, S. <i>et al.</i> The Researchers Have Left the Building: What Contributes to Sustaining School-Based Interventions Following the Conclusion of Formal Research Support ? <i>Journal of school health</i>	EUA	Empírico	Analisa a sustentabilidade de programa relacionado com o peso em adolescentes

Das publicações, 18 eram dos Estados Unidos (EUA); 7 do Canadá; 4 da Austrália, havendo publicações da Bélgica, Brasil, Holanda, Israel e Suécia, as quais foram publicadas entre 1989 e 2014, sendo a maioria publicada em 2013 (n=7).

As intervenções analisadas nos artigos diziam respeito a vários problemas ou condições relacionadas à saúde, quais sejam: obesidade, fumo e álcool, desnutrição, prevenção de quedas, prevenção de cuidados dentais, doenças crônicas, gravidez na adolescência, uso de substâncias psicoativas, violência doméstica, educação em saúde nas escolas, promoção da atividade física e promoção de saúde no trabalho.

No que se refere aos termos adotados, distintas nomenclaturas foram utilizadas para designar a manutenção das intervenções, a saber: continuação, duração, perenização, rotinização, institucionalização, incorporação, sustentabilidade, não existindo concordância na literatura em relação a uma única denominação. A dificuldade em definir esse tema, ou estabelecer um consenso em torno dele, traduziu-se com ênfases, enfoques e nuances diferenciados na literatura em análise.

Savaya e Spiro (2012) compreendem continuação como a operação ou não de um projeto e duração como a diferença de tempo entre a data de implantação ou data de término do projeto, ou ainda data de coleta dos dados para os que continuam ativos. Perenização está centrada sobre o processo que permite a continuação de atividades e de efeitos relativos ao programa (RIDDE; PLUYE; QUEUILLE, 2006), estando intimamente ligada à rotinização. Pluye *et al.* (2004, 2005) definiram rotinização como o processo que leva ao estabelecimento de rotinas organizacionais, as quais seriam resultados de atividades rotinizadas que se tornaram habituais. Ou ainda, o processo primário de sustentabilidade nas organizações (SHEDIAC-RIZKALLAH; BONE, 1998).

A noção de rotinização tem sido apresentada como estágio da institucionalização, referindo-se à viabilidade e integração de

longo prazo de um programa e/ou atividade com a organização (SAVAYA; SPIRO, 2012; STECKLER; GOODMAN, 1989). Entretanto, pode-se entender que o termo institucionalização apresenta uma conotação mais durável que rotinização, compreendendo-se que este processo se desenvolve em camadas, sendo rotinização o primeiro nível e institucionalização o processo seguinte para a manutenção de uma intervenção em uma organização (GOODMAN *ET AL.*, 1993; SCHEIRER, 2013). Alguns autores, ainda, conceituam institucionalização na perspectiva da continuidade atrelada a recursos financeiros que apoiam a intervenção (SAVAYA; SPIRO, 2012; STECKLER; GOODMAN, 1989).

Cabe destacar, ainda, uma fase adicional da institucionalização que é a incorporação de intervenções à organização de acolhimento. Essa etapa seria necessária quando programas surgem a partir de instituições de pesquisa ou de outras agências externas, e gradualmente são responsabilizadas por outras instituições (O'LOUGHLIN *ET AL.*, 1998).

De acordo com Paine-Andrews *et al.* (2000), institucionalização e sustentabilidade são termos semelhantes, que se referem à continuação de programas ao longo do tempo e à produção de efeitos positivos na saúde. Contudo, outros estudos (FELISBERTO *ET AL.*, 2010; PLUYE *ET AL.*, 2005; SCHEIRER; DEARING, 2011; SCHEIRER, 2013; SHEDIAC-RIZKALLAH; BONE, 1998) apontam para um amplo tema da sustentabilidade, o qual abarcaria as diferentes noções de institucionalização, continuação, duração, perenização e rotinização.

Sustentabilidade, no contexto das intervenções de saúde, é definida pela manutenção ao longo do tempo de uma intervenção ou de suas atividades no âmbito organizacional e/ou comunitário para alcançar os resultados de saúde desejados (O'LOUGHLIN *ET AL.*, 1998), após o apoio externo da agência financiadora ter se encerrado (CHAMBERS; GLASGOW; STANGE, 2013; GRUEN *ET AL.*, 2008; VAN ACKER *ET AL.*, 2012). Ou ainda, o conjunto de fatores que constroem a capacidade de um programa de saúde pública manter-se ao longo do tempo (ALEXANDER *ET AL.*, 2003; SCHELL *ET AL.*, 2013), respondendo aos interesses

comunitários (BOPP; SAUNDERS; LATTIMORE, 2013; MANCINI; MAREK, 2004).

Shediak-Rizkallah e Bone (1998) destacam a existência de três indicadores operacionais de sustentabilidade, são eles: 1) a manutenção dos benefícios iniciais de um programa de saúde, 2) a institucionalização do programa em um ambiente ou comunidade e 3) a construção de capacidade, que constrói recursos duráveis e permite a indivíduos ou comunidades continuarem a intervenção.

Estudos apontam uma evolução do conceito não o vinculando apenas a organizações ou comunidades, mas também podendo ser relacionado às atitudes e comportamentos dos indivíduos para manutenção das intervenções e dos seus efeitos (VAN ACKER *ET AL.*, 2012). Esse processo dinâmico seria o estágio final da evolução de uma intervenção (PLUYE *ET AL.*, 2005).

Em relação aos métodos utilizados, observa-se a variedade de estudos nesta pesquisa, sendo que 21 incluíram um componente empírico, destacando-se investigações de iniciativas de saúde comunitária (BOPP; SAUNDERS; LATTIMORE, 2013; FRIEND *ET AL.*, 2014; HANSON; SALMONI; VOLPE, 2009; HANSON; SALMONI, 2011; HUIJG *ET AL.*, 2013; KOSKAN *ET AL.*, 2013; NILSEN *ET AL.*, 2005; O'LOUGHLIN *ET AL.*, 1998; PAINE-ANDREWS, 2000; SAVAYA; SPIRO; ELRAN-BARAK, 2008), avaliações de políticas e parcerias comunitárias (ALEXANDER *ET AL.*, 2003; FELISBERTO *ET AL.*, 2010; PLUYE *ET AL.*, 2004; SAUNDERS *ET AL.*, 2012; VAN ACKER *ET AL.*, 2012) e estudos de caso sobre propostas metodológicas explicativas do processo pelo qual as intervenções se sustentam (GOODMAN *ET AL.*, 1993; GOODSON *ET AL.*, 2001; PLUYE *ET AL.*, 2005; RIDDE; PLUYE; QUEUILLE, 2006; SAVAYA; SPIRO, 2012; STECKLER; GOODMAN, 1989).

Entre os estudos não empíricos, seis eram artigos de revisão (GRUEN *ET AL.*, 2008; JOHNSON *ET AL.*, 2004; LOVARINI; CLEMSON; DEAN, 2013; SCHEIRER, 2005; WHELAN *ET AL.*, 2014; WILTSEY STIRMAN *ET AL.*, 2012) e oito eram ensaios teóricos (CHAMBERS; GLASGOW; STANGE, 2013; MANCINI; MAREK, 2004; PLUYE; POTVIN; DENIS, 2004; SCHEIRER; DEARING, 2011; SCHEIRER, 2013; SCHELL *ET AL.*, 2013; SHEDIAC-RIZKALLAH; BONE, 1998; SWERISSEN; CRISP, 2004), sendo que desses, três apresentavam uma proposta de desenvolvimento de

ferramentas metodológicas de mensuração da sustentabilidade (MANCINI; MAREK, 2004; SCHELL *ET AL.*, 2013; SHEDIAC-RIZKALLAH; BONE, 1998). Entre os estudos de desenvolvimento de ferramentas para avaliar a sustentabilidade das intervenções, em nenhum deles foi testada com sucesso a confiabilidade ou validade nem as medidas reanalisadas em estudos posteriores.

A mensuração da sustentabilidade entre os estudos analisados foi empregada com formas de aferição e medidas diferenciadas. O'Loughlin *et al.* (1998) e Pluye *et al.* (2004) avaliaram a sustentabilidade dos programas na organização de acolhimento por meio de entrevistas com informantes-chave. Outros trabalhos analisaram a sustentabilidade pelo 'nível de institucionalização' ou sustentabilidade (GOODMAN *ET AL.*, 1993; GOODSON *ET AL.*, 2001; MANCINI; MAREK, 2004; STECKLER; GOODMAN, 1989), ou ainda pelo uso dos eventos críticos (PLUYE *ET AL.*, 2005; FELISBERTO *ET AL.*, 2010).

Scheirer e Dearing (2011) apontam que, para a maioria dos estudos de sustentabilidade, uma abordagem não experimental deve ser empregada, pois ela examina as relações e os processos que relacionam as variáveis independentes relevantes para um ou mais resultados de sustentabilidade. Esses autores defendem que as pesquisas sobre sustentabilidade devem responder às seguintes questões: Quais as estratégias que funcionam melhor em relação a que tipos de resultados de sustentabilidade e para quais tipos de intervenções?

Quanto aos resultados encontrados, diversos estudos se propõem a analisar fatores que podem influenciar positivamente ou negativamente a sustentabilidade das intervenções. Dos estudos analisados, observou-se que dez fatores influenciavam positivamente, quais sejam:

Adaptação – A literatura sugere que intervenções que se modificam ao longo do tempo e que são flexíveis com o propósito de assegurar a eficácia têm se mostrado mais sustentáveis (GRUEN *ET AL.*, 2008; HANSON;

SALMONI; VOLPE, 2009; JOHNSON *ET AL.*, 2004; SCHEIRER, 2005; SCHELL *ET AL.*, 2013; WILTSEY STIRMAN *ET AL.*, 2012). A capacidade de se adaptar ao contexto local e atender às necessidades da comunidade, ajustando-se para resolver questões em pauta, são uma condição crítica para a sustentabilidade (CHAMBERS; GLASGOW; STANGE, 2013; MANCINI; MAREK, 2004; PLUYE *ET AL.*, 2004, 2005; SAUNDERS *ET AL.*, 2012; SHEDIAC-RIZKALLAH; BONE, 1998; VAN ACKER *ET AL.*, 2012). Assim, a intervenção deve ser desenhada com variedade de formatos, ao invés de um conjunto padronizado de atividades, no intuito de torná-la mais adaptável às especificidades de cada contexto (O'LOUGHLIN *ET AL.*, 1998), sendo a adaptação intimamente ligada ao planejamento das intervenções. Contudo, cabe frisar que a intervenção deve produzir os efeitos iniciais desejados mesmo com o processo de adaptação (BOPP; SAUNDERS; LATTIMORE, 2013);

Aprendizagem – Intervenções com componentes de formação (profissional e não profissional) são mais propensas a ser sustentáveis do que aquelas sem esta atividade. Os sujeitos capacitados poderão continuar a proporcionar benefícios, treinando membros da comunidade e formando uma circunscrição no apoio do programa (HANSON; SALMONI, 2011; JOHNSON *ET AL.*, 2004; PLUYE *ET AL.*, 2005; SHEDIAC-RIZKALLAH; BONE, 1998), além de possibilitar a transferência das inovações para outros grupos, para promover a institucionalização (STECKLER; GOODMAN, 1989). Outro ponto que merece destaque é a aprendizagem organizacional, que deve visar à adaptação adequada de intervenções baseadas em avaliações e monitoramento em curso (CHAMBERS; GLASGOW; STANGE, 2013; HANSON; SALMONI; VOLPE, 2009; SCHEIRER, 2013; SCHELL *ET AL.*, 2013; WHELAN *ET AL.*, 2014; WILTSEY STIRMAN *ET AL.*, 2012);

Avaliação – avaliar a intervenção é essencial e começa durante o planejamento. As conclusões da avaliação devem informar a evolução das intervenções; gerar práticas

baseadas em evidências; e ser divulgadas e comunicadas aos públicos relevantes (CHAMBERS; GLASGOW; STANGE, 2013; SCHEIRER, 2005; SCHELL *ET AL.*, 2013; WHELAN *ET AL.*, 2014; WILTSEY STIRMAN *ET AL.*, 2012). O monitoramento das intervenções pode assegurar financiamentos futuros e permitir o engajamento de profissionais-chave na intervenção (MANCINI; MAREK, 2004);

Compromisso e apoio das organizações – As organizações que acolhem a intervenção devem apoiá-la, especificamente no que tange a ‘ter um ambiente político interno favorável’ e existência de apoio não financeiro (JOHNSON *ET AL.*, 2004; PLUYE *ET AL.*, 2004; SAVAYA; SPIRO, 2012; SAVAYA; SPIRO; ELRAN-BARAK, 2008; SCHELL *ET AL.*, 2013; STECKLER; GOODMAN, 1989). A literatura sugere a adesão da intervenção a uma política principal e/ou estruturas formais no intuito de fortalecê-la (GOODSON *ET AL.*, 2001; JOHNSON *ET AL.*, 2004; SWERRISEN; CRISP, 2004; FELISBERTO *ET AL.*, 2010; SAUNDERS *ET AL.*, 2011; FRIEND, S. *ET AL.*, 2014; WHELAN *ET AL.*, 2014) e a integração do programa com as atividades ou missão da organização (STECKLER; GOODMAN, 1989; O'LOUGHLIN *ET AL.*, 1998; PAINE- ANDREWS *ET AL.*, 2000; PLUYE *ET AL.*, 2005; SCHEIRER, 2005; BOPP; SAUNDERS; LATTIMORE, 2013), pois programas verticais têm menos possibilidade de sustentabilidade que programas integrados (SHEDIAC-RIZKALLAH; BONE, 1998);

Defensores/Mediadores – Pesquisas consistentemente apontam a importância de líderes e a existência de defensores (pessoas influentes e proativas dentro ou fora da intervenção) no processo de sustentabilidade. Diversos autores sugerem a necessidade de cultivar atores estratégicos para que estes possam lutar pelas intervenções em momentos de maior vulnerabilidade delas (STECKLER; GOODMAN, 1989; O'LOUGHLIN *ET AL.*, 1998; SHEDIAC-RIZKALLAH; BONE, 1998; GOODSON *ET AL.*, 2001; JOHNSON *ET AL.*, 2004; PLUYE; POTVIN; DENIS, 2004; MANCINI; MAREK, 2004; SCHEIRER, 2005; VAN ACKER *ET AL.*, 2012; CHAMBERS *ET AL.*, 2013). Savaya *et al.* (2008,

2012) indicam que a chave para a sustentabilidade é a liderança na organização que acolhe a intervenção;

Equipe da intervenção – O’loughlin *et al.* (1998) e Paine-Andrews *et al.* (2000) sugerem que a formação da força de trabalho e as características da equipe têm estreita relação com a sustentabilidade da intervenção. Destaca-se o envolvimento da equipe na tomada de decisão e nas negociações concernentes à intervenção, assim como a integração de pessoal (MANCINI; MAREK, 2004; BOPP; SAUNDERS; LATTIMORE, 2013; FRIEND, S. *ET AL.* 2014). A literatura sobre sustentabilidade aponta, ainda, que a estabilidade da força de trabalho é determinante para a sustentabilidade (SCHEIRER, 2005; JOHNSON *ET AL.*, 2004; WILTSEY-STIRMAN *ET AL.*, 2012);

Financiamento – Muitas intervenções de promoção da saúde não conseguem se tornar sustentáveis devido à insuficiência de recursos (STECKLER; GOODMAN, 1989; SHEDIAC-RIZKALLAH; BONE, 1998; JOHNSON *ET AL.*, 2004; NILSEN *ET AL.*, 2005; VAN ACKER *ET AL.*, 2012; CHAMBERS *ET AL.*, 2013; HUIJG *ET AL.*, 2013; KOSKAN, A. *ET AL.*, 2013; SCHELL *ET AL.*, 2013; FRIEND, S. *ET AL.*, 2014). Assim, estratégias de captação de recursos devem ser exploradas (PAINE- ANDREWS *ET AL.*, 2000; SWERRISEN; CRISP, 2004), financiar programas já existentes (STECKLER; GOODMAN, 1989), bem como o estabelecimento de diversidade de fontes de financiamento (SAVAYA; SPIRO, 2012). Esses itens são apontados como fundamentais para sustentabilidade das intervenções. Gruen *et al.* (2008) ressaltam a importância de otimizar recursos, principalmente em locais com recursos limitados;

Envolvimento das partes interessadas/parcerias – O engajamento contínuo das partes interessadas aumenta o ajuste entre a intervenção e o contexto local, com consequente adaptação na evolução dos problemas que podem interferir com a sustentabilidade (HANSON; SALMONI; VOLPE, 2009; CHAMBERS *ET AL.*,

2013). Parcerias estratégicas têm sido citadas com frequência na literatura como fator crucial para a sustentabilidade de intervenções (PAINE-ANDREWS *ET AL.*, 2000; ALEXANDER *ET AL.*, 2003; SWERRISEN; CRISP, 2004; SCHEIRER, 2005; FELISBERTO *ET AL.*, 2010; HANSON; SALMONI, 2011; SAVAYA; SPIRO, 2012; VAN ACKER *ET AL.*, 2012; BOPP; SAUNDERS; LATTIMORE, 2013; SCHELL *ET AL.*, 2013). Atores, que podem ser individuais, membros-chave da comunidade e organizações, devem ser aproximados da intervenção no intuito de criar redes, realizar uma ‘colaboração eficaz’, reforçando metas de programas e promovendo esforços coordenados (STECKLER; GOODMAN, 1989; SHEDIAC-RIZKALLAH; BONE, 1998; PLUYE; POTVIN; DENIS, 2004; SCHEIRER, 2013). O estudo de Paine-Andrews (2000) demonstrou que a existência de aliança entre instituições com missão semelhante pode contribuir para apoio contínuo da equipe à intervenção;

Percepção de benefícios – Quanto mais uma intervenção for direcionada a uma necessidade real ou percebida pelos membros da equipe e/ou usuários, mais provavelmente ela será sustentada (PAINE-ANDREWS *ET AL.*, 2000; JOHNSON *ET AL.*, 2004; MANCINI; MAREK, 2004; SCHEIRER, 2005; HUIJG *ET AL.*, 2013). Embora considere esse fator relevante, Chambers *et al.* (2013) chamam a atenção para o fato de que os estudos raramente avaliam resultados utilizando como fonte a população a quem foi dirigida a intervenção;

Planejamento – O planejamento antecipado tem sido apontado como fator que influencia a sustentabilidade (PLUYE *ET AL.*, 2005; CHAMBERS *ET AL.*, 2013; KOSKAN, A. *ET AL.*, 2013; SCHELL, 2013). Whelan *et al.* (2014) afirmam que a sustentabilidade da intervenção deve ser planejada em todas os momentos da intervenção, destacando-se na fase de concepção da intervenção, bem como no momento de término de concessão de financiamento. Goodson *et al.* (2001) afirmam que neste momento de finalização do subsídio por agências externas, é necessário reavaliar

a intervenção e repensar os novos rumos dela. Bopp, Saunders e Lattimore (2013) apontam que se deve planejar a sustentabilidade com as partes interessadas, assegurando à intervenção compatibilidade com o ambiente de acolhimento.

Entre as influências negativas ou barreiras para a sustentabilidade, observam-se: a rotatividade da equipe, a mudança das práticas médicas, o baixo nível de implementação inicial do projeto e o apoio organizacional, além da falta de treinamento para os participantes da intervenção (O'LOUGHLIN *ET AL.*, 1998; GOODSON *ET AL.*, 2001; SCHEIRER, 2005; FELISBERTO *ET AL.*, 2010; KOSKAN *ET AL.*, 2013).

Com relação ao financiamento, há uma dupla questão a ser analisada: se por um lado alguns autores ressaltam que a falta de financiamento ou recursos suficientes comprometem a sustentabilidade da intervenção (HANSON; SALMONI, 2011; KOSKAN *ET AL.*, 2013), por outro, alguns defendem que se deve evitar a entrega de recursos financeiros a agências externas e organizações para implementação de programas (STECKLER; GOODMAN, 1989). Destacando-se que ao mesmo tempo que recursos financeiros são importantes para a sustentabilidade, estes podem pesar negativamente: quanto maior for a parcela do custo coberto pelo financiador inicial, menor a probabilidade de que o projeto seja continuado e/ou institucionalizado (SAVAYA; SPIRO, 2012; SAVAYA; SPIRO; ELRAN-BARAK, 2008).

Observa-se que a rotinização das atividades é prejudicada quando estas concorrem com outras que dão à organização uma vantagem competitiva. Da mesma forma, o reconhecimento do fracasso ou da ineficiência das atividades atua contra a sustentabilidade das intervenções (PLUYE *ET AL.*, 2005). Ao mesmo tempo que, ao analisar parcerias comunitárias, identifica-se como fragilidade para a sustentabilidade a tênue ligação dos parceiros, isto é, entre os membros e as organizações comunitárias (ALEXANDER *ET AL.*, 2003). Sendo assim,

faz-se necessário envidar esforços na construção de confiança e colaboração mútua. Contudo, deve-se ter cautela para não comprometer a sustentabilidade de intervenções, tornando-se dependente de alguns indivíduos-chave (NILSEN *ET AL.*, 2005).

Em síntese, pode-se dizer que os estudos demonstraram que a sustentabilidade é multidimensional (GRUEN *ET AL.*, 2008), isto é, que diversos fatores estão inter-relacionados na sua produção, sem a existência de um fator principal. Compreende-se, ainda, que a presença de um ou mais fatores potencializadores, bem como das barreiras apresentadas, não determinam a sustentabilidade de intervenções.

Embora os autores tenham encontrado, nas suas investigações, evidências de fatores que contribuíram para a sustentabilidade das intervenções, a incerteza permanece sobre a forma como elas podem ser sustentadas com sucesso ao longo do tempo, dada a diversidade de definições, marcos conceituais, métodos de estudo, prazos e resultados em cada um dos estudos revisados.

Conclusões

Esta é a primeira revisão da literatura publicada no Brasil sobre a sustentabilidade das intervenções de saúde. Ela centrou-se em estudos produzidos na literatura nacional e internacional no campo da saúde pública/saúde coletiva, especialmente às intervenções de promoção da saúde, e concluiu-se que o tema tem sido muito pouco explorado no Brasil.

Identificou-se 35 estudos os quais demonstraram que sustentabilidade tem permanecido um conceito polissêmico, escapando a uma definição precisa. Evidencia-se, contudo, que esta revisão permitiu maior clareza na definição do escopo de como a sustentabilidade está definida, conceituada e compreendida na literatura científica.

Sendo assim, essa nova etapa deve ser incorporada na análise de política/intervenções públicas, devendo ser pensada e discutida por

atores governamentais no momento de sua formulação. Em meio à escassez de recursos e da crescente agenda governamental, cabe ao gestor público optar por intervenções que, além de possibilitarem uma solução oportuna para os problemas a serem enfrentados, sejam mantidas ao longo do tempo.

Observou-se um conjunto de fatores que tem potencializado e um conjunto que tem dificultado a sustentabilidade de intervenções de promoção da saúde. Contudo, não foi possível determinar, a partir dos estudos incluídos nesta revisão, quais fatores ou combinação de fatores são os mais importantes para garantir a sustentabilidade ou para levar à sua ruptura.

Assim, a incerteza permanece sobre a forma como as intervenções de saúde podem ser sustentadas com sucesso ao longo do tempo, dada a diversidade de definições, marcos conceituais, métodos de estudo, prazos e resultados em cada um dos estudos revisados.

Aponta-se a necessidade de incluir estudos empíricos realizados em programas de países de baixa renda e renda média, demonstrando a lacuna desse tipo de estudo em relação ao tema sustentabilidade. Destarte, a existência dessa lacuna no campo científico deve ser suprimida com estudos de caráter empírico que possam demonstrar diferenças ou similitudes com os diversos estudos realizados. ■

Referências

- ALEXANDER, J. A. *et al.* Sustainability of collaborative capacity in community health partnerships. *Medical care research and review*, Thousand Oaks, v. 60, n. 4 suppl, p. 130S-160S, 2003.
- BOPP, M.; SAUNDERS, R. P.; LATTIMORE, D. The tug-of-war: fidelity versus adaptation throughout the health promotion program life cycle. *Journal of Primary Prevention*, New York, v. 34, n. 3, p. 193-207, 2013.
- CAPELLA, A. C. N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, São Paulo, v. 61, n. 1, p. 25-52, 2006.
- CHAMBERS, D. A.; GLASGOW, R. E.; STANGE, K. C. The dynamic sustainability framework: addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. *Implementation science*, Londres, v. 8, n. 1, p. 117, 2013.
- FELISBERTO, E. *et al.* Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1079-1095, 2010.
- FRIEND, S. *et al.* The researchers have left the building: what contributes to sustaining school-based interventions following the conclusion of formal research support? *Journal of School Health*, Columbus, v. 84, n. 5, p. 326-333, 2014.
- GOODMAN, R. M. *et al.* Development of level of institutionalization scales for health promotion programs. *Health education quarterly*, Thousand Oaks, v. 20, n. 2, p. 161-178, 1993.
- GOODSON, P. *et al.* Maintaining prevention in practice. *American Journal of Preventive Medicine*, New York, v. 20, n. 3, p. 184-189, 2001.
- GRUEN, R. L. *et al.* Sustainability science: an integrated approach for health-programme planning. *The Lancet*, Londres, v. 372, n. 9649, p. 1579-1589, 2008.
- HANSON, H. M.; SALMONI, A. W. Stakeholders' perceptions of programme sustainability: Findings from a community-based fall prevention programme. *Public Health*, Amsterdam, v. 125, n. 8, p. 525-532, 2011.
- HANSON, H. M.; SALMONI, A. W.; VOLPE, R. Defining program sustainability: differing views of stakeholders. *Canadian Journal of Public Health*, Ottawa, v. 100, n. 4, p. 304-309, 2009.
- HUIJG, J. M. *et al.* Factors influencing the adoption, implementation, and continuation of physical activity interventions in primary health care: a Delphi study. *BMC family practice*, [online], v. 14, n. 1, p. 142, 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/142>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

- JOHNSON, K. *et al.* Building capacity and sustainable prevention innovations: A sustainability planning model. *Evaluation and Program Planning*, [online], v. 27, n. 2, p. 135-149. 2004. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149718904000035>>. Acesso em: 25 nov. 2015.
- KELLY, R. M.; PALUMBO, D. Theories of policy making. In: HAWKESWORTH, M. E.; KOCH, M. (Ed.). *Encyclopedia of Government and Politics v.II*. 2. ed. London, New York: Routledge, 1992. p. 643-655.
- KOSKAN, A. *et al.* Sustainability of promotora initiatives: program planners' perspectives. *Journal of Public Health Management Practice*, Hagerstown, v. 19, n. 5, p. E1-9, 2013.
- LOVARINI, M.; CLEMSON, L.; DEAN, C. Sustainability of community-based fall prevention programs: a systematic review. *Journal of Safety Research*, Elmsford, v. 47, p. 9-17, 2013.
- MACHADO, S. H. S. O uso da teoria de stakeholders em uma análise da etapa de formulação da Política Nacional de Medicamentos. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 47, n. 3, p. 543-565, 2013.
- MANCINI, J. A.; MAREK, L. Sustaining community-based programs for families: conceptualization and measurement. *Family Relations*, [online], v. 53, n. 4, p. 339-347. 2004. Disponível em: <[http://www.facsmail.org/hdfs/fcr1web/docs/Mancini/Mancini%20et.%20al%202004%20\(sustaining\).pdf](http://www.facsmail.org/hdfs/fcr1web/docs/Mancini/Mancini%20et.%20al%202004%20(sustaining).pdf)>. Acesso em: 25 nov. 2015.
- NILSEN, P. *et al.* Towards improved understanding of injury prevention program sustainability. *Safety Science*, [internet], v. 43, n. 10, p. 815-833. 2005. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925753505000809>>. Acesso em: 25 nov. 2015.
- O'LOUGHLIN, J. *et al.* Correlates of the sustainability of community-based heart health promotion interventions. *Preventive medicine*, v. 27, n. 5, pt. 1, p. 702-712, 1998.
- PAINE-ANDREWS, A. Promoting Sustainability of Community Health Initiatives: An Empirical Case Study. *Health Promotion Practice*, v. 1, n. 3, p. 248-258, 2000.
- PINTO, I. C. M. Mudanças nas políticas públicas: a perspectiva do ciclo de política. *Revista de Políticas Públicas*, São Luiz, v. 12, p. 27-36. 2008.
- PLUYE, P. *et al.* Program sustainability: focus on organizational routines. *Health Promotion International*, Oxford, v. 19, n. 4, p. 489-500, 2004.
- PLUYE, P. *et al.* Program sustainability begins with the first events. *Evaluation and Program Planning*, [online], v. 28, n. 2, p. 123-137. 2005. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149718904000771>>. Acesso em: 24 nov. 2015.
- PLUYE, P.; POTVIN, L.; DENIS, J. L. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*, [internet], v. 27, n. 2, p. 121-133, 2004. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149718904000023>>. Acesso em: 25 nov. 2015.
- RIDDE, V.; PLUYE, P.; QUEUILLE, L. Évaluer la pérennité des programmes de santé publique: un outil et son application en Haïti. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, [internet], v. 54, n. 5, p. 421-431, 2006. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762006767402>>. Acesso em: 24 nov. 2015.
- SAUNDERS, R. P. *et al.* Assessing sustainability of Lifestyle Education for Activity Program (LEAP). *Health Education Research*, [online], v. 27, n. 2, p. 319-330. 2012. Disponível em: <<http://her.oxfordjournals.org/content/early/2011/12/08/her.cyr111>>. Acesso em: 25 nov. 2015.
- SAVAYA, R.; SPIRO, S. E. Predictors of Sustainability of Social Programs. *American Journal of Evaluation*, New York, v. 33, n. 1, p. 26-43, 2012.
- SAVAYA, R.; SPIRO, S.; ELRAN-BARAK, R. Sustainability of Social Programs: A Comparative Case Study Analysis. *American Journal of Evaluation*, New York, v. 29, n. 4, p. 478-493, 2008.
- SCHEIRER, M. A. Is sustainability possible? A review and commentary on empirical studies of program

- sustainability. *American Journal of Evaluation*, New York, v. 26, n. 3, p. 320-347, 2005.
- SCHEIRER, M. A. Linking sustainability research to intervention types. *American Journal of Public Health*, Los Angeles, v. 103, n. 4, 2013.
- SCHEIRER, M. A.; DEARING, J. W. An agenda for re-research on the sustainability of Public Health Programs. *American Journal of Public Health*, Los Angeles, v. 101, n. 11, p. 2059-2067, 2011.
- SCHELL, S. F. *et al.* Public health program capacity for sustainability: a new framework. *Implementation science*, Londres, v. 8, n. 1, p. 15, 2013.
- SHEDIAC-RIZKALLAH, M. C.; BONE, L. R. Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health education research*, Oxford, v. 13, n. 1, p. 87-108, 1998.
- SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, n. 16, p. 20-45, 2006.
- SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, São Paulo, v. 8, n. 1, pt. 1, p. 102-106, 2010.
- STECKLER, A.; GOODMAN, R. M. How to institutionalize health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, Los Angeles, v. 3, n. 4, p. 34-43, 1989.
- SWERISSEN, H.; CRISP, B. R. The sustainability of health promotion interventions for different levels of social organization. *Health Promotion International*, Oxford, v. 19, n. 1, p. 123-130, 2004.
- VAN ACKER, R. *et al.* Sustainability of the whole-community project "10,000 Steps": a longitudinal study. *BMC public health*, [internet], v. 12, n. 1, p. 155, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/155>>. Acesso em: 25 nov. 2015.
- VIANA, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 5-43, 1996.
- WHELAN, J. *et al.* Cochrane Update: Predicting sustainability of intervention effects in public health evidence: Identifying key elements to provide guidance. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, Oxford, v. 36, n. 2, p. 347-351, 2014.
- WILTSEY STIRMAN, S. *et al.* The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implementation Science*, Londres, v. 7, n. 1, p. 17, 2012.

Recebido para publicação em maio de 2015
Versão final em setembro de 2015
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Aplicação do modelo *Egipss* nos hospitais regionais de Mato Grosso do Sul

Application of the Egipss model in the regional hospitals of Mato Grosso do Sul

Beatriz Figueiredo Dobashi¹, Alethele de Oliveira Santos², Crhistinne Cavalheiro Maymone Gonçalves³, Eugenio Oliveira Martins de Barros⁴, Fernando Cupertino de Barros⁵

RESUMO No processo de reorganização da atenção hospitalar desenvolvido pela Secretaria de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS), a partir da celebração do Pacto pela Saúde em 2007, foi realizada a avaliação de desempenho dos hospitais regionais. O objetivo da avaliação, além de obter informações que orientassem o processo decisório para a melhoria contínua da atenção hospitalar, era o de desenvolver uma ferramenta que pudesse ser utilizada pelos próprios hospitais e incorporada a sua rotina. Um convênio celebrado com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) permitiu o apoio da Universidade de Montréal, no Canadá, para a capacitação da equipe estadual, com desdobramentos para os hospitais avaliados e demais estados da federação. O presente artigo aborda o processo de aprendizado e desenvolvimento do método.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação; Eficiência; Assistência hospitalar.

ABSTRACT *In 2007, the Pact for Health developed by the Secretary of Health of the State of Mato Grosso do Sul included the reorganization of hospital care according to territorial distribution and structure of regional hospitals in cities head of micro regions of the State. An evaluation was done to gather data to support central decisions for the improvement of those units and also to furnish a set of measures of outcome that could guide and be incorporated into the management routine of those regional hospitals. An agreement with the National Council of Health Secretaries allowed the participation of experts of the Montreal University, in Canada, in the construction of the evaluation here described, together with the personnel of the Health Secretary of the State of Mato Grosso do Sul, the regional hospitals and personnel of other states of Brazil.*

KEYWORDS *Evaluation; Efficiency; Hospital care.*

¹ Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) – Brasília (DF), Brasil. dobashi@terra.com.br

³ Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) – Campo Grande (MS), Brasil. eugeniobarros@gmail.com

² Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) – Brasília (DF), Brasil. alethele@ig.com.br

⁴ Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) – Brasília (DF), Brasil. Universidade Federal de Goiás (UFG), Faculdade de Medicina – Goiânia (GO), Brasil. fernandocupertino@gmail.com

⁵ Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) – Dourados (MS), Brasil. crhismay@gmail.com

Introdução

A investigação em serviços de saúde é um campo do conhecimento multidisciplinar que permite examinar e avaliar, de forma sistemática, o acesso, os custos, qualidade assistencial, funcionamento e a organização, com o objetivo de melhorar a saúde da população e, ao mesmo tempo, de prestar contas à sociedade e aos órgãos de controle acerca da utilização dos recursos recebidos. O processo avaliativo, além de ser instrumento de aprendizado, é um compromisso ético e político de dirigentes para garantir a qualidade da gestão (SANTAMERA, 2013).

Por outro lado, os serviços de saúde são organizações sociais complexas cuja avaliação inclui o modelo de atenção, de gestão, o trabalho em equipe, a satisfação dos usuários, a segurança dos pacientes, a saúde dos trabalhadores e o uso racional dos recursos, entre outros aspectos.

Na atenção hospitalar, essa complexidade ainda é afetada pela multiplicidade de serviços dentro de um só hospital, que vão da hotelaria ao emprego das tecnologias disponíveis para salvar vidas. Exatamente por essas questões, muitos métodos avaliativos foram desenvolvidos, e a escolha daquele a ser utilizado não trata apenas da vontade do avaliador, mas envolve a disponibilidade de dados; a capacidade técnica de trabalhar com eles; a capacidade de dar respostas oportunas e saneadoras às inadequações encontradas e a aceitação da comunidade usuária da ferramenta.

De nada adianta aplicar um excelente método de avaliação se seus resultados não forem utilizados na tomada de decisão para reorganização do serviço avaliado.

O artigo discorre acerca da apropriação e processos enfrentados para a aplicação de modelo canadense de avaliação de serviços de saúde pela SES/MS e sua apresentação às demais Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Distrito Federal (DF).

O modelo *Egipss*

A Universidade de Montreal (UM) desenvolveu um modelo de avaliação do desempenho de serviços e sistemas de saúde denominado *Évaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé (Egipss)* – sob a coordenação dos professores André-Pierre Contandriopoulos e François Champagne, pesquisadores que trabalham há mais de 20 anos em formação e pesquisa sobre métodos de avaliação. O *Egipss* possui importante histórico de aplicação e impacto no Canadá e em outros países, chamando a atenção de autoridades sanitárias do mundo inteiro para a oportunidade de se realizar um diagnóstico abrangente e efetivo de segmentos do setor saúde.

O *Egipss* constitui uma síntese das abordagens de avaliação e de pesquisa, experimentada em diversos ambientes, baseada em fundamentos teóricos sólidos e em uma abordagem operacional cuja validade foi demonstrada em muitas aplicações, tanto em escala regional quanto internacional (CHAMPAGNE ET AL., 2005). É capaz de fornecer aos responsáveis pela tomada de decisão as ferramentas necessárias para medir o desempenho e agir em consequência, além de orientar decisões no sentido da melhoria contínua do desempenho, possibilitando um sistema de saúde de qualidade, acessível e eficiente.

O modelo *Egipss* inspira-se na Teoria da Ação Social de Parsons (1957, 1977), foi proposto por Sicotte *et al.* em 1998. Segundo esse modelo, para ser considerada eficiente, uma organização deve, de forma permanente, realizar as quatro funções:

- a) Alcançar suas metas: Função ligada à capacidade da organização em alcançar metas fundamentais, representada por medições de eficácia, eficiência, satisfação da população e equidade. Para uma organização pública de saúde e serviços sociais, trata-se da melhoria das condições de saúde dos indivíduos e da população por meio da prevenção,

diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde e dos problemas sociais e da redução das desigualdades no acesso aos cuidados;

b) Adaptar-se a seu ambiente: Função representada por medições de recursos financeiros e humanos, atendimento das necessidades da população, atratividade, atuação sistêmica, mobilização da comunidade e de inovação e transformação, entre outras. Em curto prazo, os estabelecimentos de saúde e serviços sociais devem conseguir os recursos necessários para manter e desenvolver suas atividades. Em médio e longo prazo, os estabelecimentos devem desenvolver suas competências de transformação para se adaptarem às mudanças tecnológicas, populacionais, políticas e sociais;

c) Produzir de forma integrada: Função representada por indicadores que correspondem aos acordos de gestão e a conformidade às normas de credenciamento/habilitação e referem o volume de serviços, a produtividade, qualidade técnica, continuidade, humanismo, acessibilidade. Tradicionalmente, é neste nível que se encontra a maioria dos indicadores utilizados para medir o desempenho dos estabelecimentos: volumes de cuidados e serviços, produtividade e integração da produção por meio da qualidade técnica e não técnica. Trata-se do núcleo técnico da organização. Os processos devem possibilitar produzir serviços de qualidade, de forma eficaz;

d) Manter valores e normas coletivas: Função ligada ao que é chamado de cultura da organização, na origem do clima organizacional. Produz o sentido e a coesão dentro da organização. Apresenta subdimensões associadas ao consenso sobre os valores da organização e a qualidade de vida no trabalho.

A riqueza da teoria parsoniana está fundamentada na existência de relações recíprocas e equilibradas entre as quatro grandes funções de uma organização. É a riqueza

dessas inter-relações que permite avaliar o desempenho de um sistema. No método *Egipss*, essas interações são chamadas de 'equilíbrios' ou 'alinhamentos'.

O *Egipss* permite avaliar o desempenho de um sistema ou serviço de saúde de forma integrada, por meio de suas dimensões e subdimensões, analisando sua capacidade em realizar cada uma das quatro funções já citadas, bem como em estabelecer e manter um equilíbrio dinâmico na realização dessas funções e agir de forma prudente à luz dessas informações.

Dessa forma, a avaliação do desempenho baseia-se não apenas na medição de indicadores de sucesso para cada uma das quatro funções da organização, mas também no caráter dinâmico da tensão existente entre esses quatro polos, isto é, na maneira das trocas e negociações ocorrerem entre as quatro funções para os diferentes atores e nas formas de implantação dos modelos de regulação (análise dos sistemas de troca e do grau de integração que eles promovem).

Há também que se considerar que o desempenho de uma organização só pode ser avaliado em relação ao desempenho de cada um dos seus componentes e da rede da qual faz parte. Dessa forma, uma organização só é realmente eficiente na medida em que seu desempenho contribui para o desempenho do sistema de saúde.

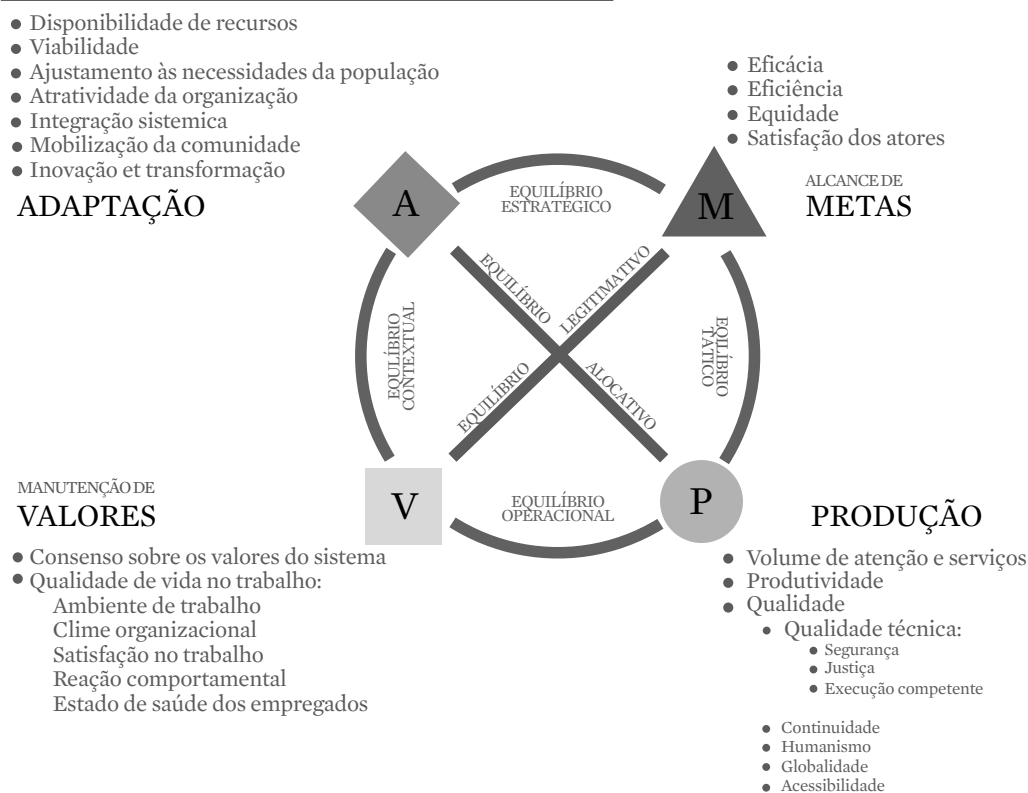
Conforme Contandriopoulos (2003), o desempenho de uma organização de saúde é uma construção multidimensional que deve permitir a diferentes partes interessadas debater e elaborar um julgamento sobre as qualidades essenciais e específicas da sua organização, em função das suas crenças, conhecimentos, responsabilidades, interesses, projetos etc. A organização deve ser capaz de realizar cada uma das quatro funções essenciais, ou seja, adaptar-se ao seu ambiente (adquirir recursos), responder às necessidades (objetivos/metapas), produzir serviços com qualidade e quantidades adequadas (ser produtivo), manter e desenvolver valores

(cultura organizacional), estabelecendo e mantendo uma tensão positiva e dinâmica entre essas quatro funções essenciais.

Assim, no modelo *Egipss*, o desempenho é a capacidade de manifestar, por meio das quatro funções, o equilíbrio na execução das

Figura 1. Diagrama do modelo Egipss

O modelo EGIPSS



Fonte: ÉVALUATION GLOBALE ET INTÉGRÉE, 2010.

ações, melhorando resultados e diminuindo custos, como se observa no diagrama abaixo:

Em referência à *figura 1*, reforça-se que: a adaptação trata das relações estabelecidas entre o avaliado e o ambiente, entendido como todos os sistemas de ação com os quais o sistema avaliado interage e os contextos em que está situado – permite adquirir os recursos para existir e se desenvolver; os valores, mantidos e produzidos, são capazes de conferir sentido e coesão no seio da organização; a produção refere um volume apropriado de serviços de qualidade (humanizada,

contínua, acessível e abrangente); e as metas possibilitam que a organização atinja seus objetivos e podem significar eficiência, eficácia, equidade, satisfação e alcance de melhoria da saúde individual e populacional.

A análise do desempenho da organização de saúde virá pela capacidade da governança em integrar e equilibrar as mudanças e negociações, constantemente geradas entre as quatro funções e pelos diferentes atores, em especial, aquelas que promovam sua relevância para a rede externa com a qual ela

interage, e não somente pela medição dos indicadores das quatro funções essenciais.

Portanto, serão estabelecidas relações de equilíbrio: (I) Estratégico: desenvolve a capacidade de integrar a função adaptativa da organização com as suas metas e seus resultados; (II) Tático: desenvolve a capacidade da organização de integrar suas metas e resultados com a sua produção; (III) Operacional: desenvolve a capacidade da organização de integrar sua necessidade de ser produtiva com o clima organizacional; (IV) Contextual: desenvolve a capacidade da organização de integrar as exigências adaptativas com o clima organizacional; (V) Alocativo: desenvolve a capacidade da organização de integrar os recursos obtidos por meio da sua função adaptativa e a sua produção; e, por fim, (VI) Legitimador: desenvolve a capacidade da organização de integrar seus objetivos e resultados com os seus valores e cultura organizacional.

A aplicação do modelo *Egipss* em Mato Grosso do Sul

Alguns fatores foram determinantes para que a SES/MS promovesse um processo de avaliação dos principais hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS): o alcance da qualidade nesses serviços; a implementação da Política Estadual de Atenção Hospitalar (Peah) a partir das diretrizes do Plano Estadual de Saúde 2008/2011; o processo de formalização de contratos com os hospitais iniciado em 2007 no âmbito do Pacto pela Saúde; a reforma administrativa e gerencial no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul; e a intervenção na Santa Casa de Misericórdia de Campo Grande.

A partir de relações formais estabelecidas entre o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), SES/MS e a UM – em meados de 2010 –, foi possível avaliar o desempenho da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010) com foco na atenção hospitalar em Mato Grosso do Sul, assim como apresentar a experiência as 25 secretarias estaduais de saúde

e o Distrito Federal, a título de cooperação técnica e disseminação de conhecimento.

A avaliação de desempenho contemplou os 17 hospitais regionais de Mato Grosso do Sul (hospitais nos municípios sede de microrregião com o papel de referência para o território regional), assim como propiciou aprendizagem e apropriação do método canadense, de modo a capacitar servidores das três esferas de gestão e disponibilizar as ferramentas para outras secretarias estaduais de saúde.

O objeto da avaliação tratou de todos os hospitais regionais do Estado, sendo: 6 na microrregião de Campo Grande, 3 na microrregião de Dourados e 1 em cada uma das demais microrregiões: Aquidauana, Corumbá, Coxim, Jardim, Naviraí, Paranaíba, Ponta Porã e Três Lagoas. Foi excluído o hospital da microrregião de Nova Andradina, cujas atividades só foram iniciadas em janeiro de 2011. Dos 17 hospitais que aderiram ao projeto proposto pela SES, 15 concluíram o processo avaliativo (CONASS, 2012).

Etapas da operacionalização

O projeto foi composto por quatro etapas distintas de operacionalização.

A primeira delas, Seleção de Indicadores, foi desenvolvida entre novembro de 2010 e agosto de 2011. Contemplou a capacitação sobre o modelo *Egipss* e indicadores disponíveis, ocorrida em dois momentos distintos: UM, sob a lavra dos professores já mencionados e colaboração de Hung Nguyen, Georges Thibaut e Geneviève Ste-Marie; Escola de Saúde Pública/SES/MS, em Campo Grande/Mato Grosso do Sul, também com a presença de representantes da UM – ocasião em que se definiu pela aplicação de questionário semiestruturado aos usuários e trabalhadores dos hospitais selecionados, tendo 2010 como ano base.

Contemplou ainda: definição de 7 grupos de trabalho para o desenvolvimento do projeto, compostos por servidores e colaboradores da SES/MS, cuja atribuição era construir fichas descritivas para os indicadores (nome, conceito, cálculo, fonte);

realização de reunião com os diretores dos 17 hospitais e respectivos gestores municipais para explicitar os propósitos e a operacionalização dos trabalhos; e aplicação de questionários. Todas as atividades foram realizadas com a cooperação técnica da UM na preparação de materiais e análise das experiências da SES/MS na aplicação de questionários. Da consecução dessa etapa,

resultou uma planilha geral de 185 indicadores, além do reconhecimento dos bancos de dados existentes.

O quadro que segue representa, entre os indicadores produzidos, aqueles que foram utilizados na aplicação do modelo *Egipss* para avaliação de hospitais regionais de Mato Grosso do Sul (MATO GROSSO DO SUL, 2012).

Quadro 1. Indicadores selecionados

Dimensão	Subdimensão	Sub-subdimensões	Áreas	Qt Indicadores	IAN (*)	
A d a p t a ç ã o	Disponibilidade de recursos	Capacidade	Financeira	3	0	
			Material	16	0	
			Humana	12	0	
	Viabilidade			5	3	
	Ajustamento às necessidades da população	Adequação da utilização		1	1	
	Atratividade da organização	Capacidade de retenção das clientela		1	1	
			Capacidade de atração das clientela	1	0	
	Mobilização da comunidade			2	2	
Integração sistêmica			1	1		
Subtotal				42	8	
M a n u t - v a l o r e s	Concensos sobre os valores	Valorização individual		5	0	
		Valorização organizacional		5	0	
		Acordo sobre valores (individual)		5	0	
		Acordo sobre valores (organizacional)		5	0	
		Concordância entre os valores individuais e organizacionais		6	1	
		Divergência entre os valores individuais e organizacionais		6	1	
	Qualidade de vida no trabalho		Ambiente de trabalho		28	11
			Clima organizacional		7	7
			Satisfação no trabalho		8	8
			Engajamento e mobilização		1	1
Reações comportamentais		8	1			
Subtotal				84	30	
Volumes de cuidados e serviços	Volumes brutos		12	0		
Produtividade		Produtividade clínica		5	5	
		Produtividade financeira		2	2	
		Prroductividade organizacional		3	3	

Quadro 1 (cont.)

P r o d u ç ã o	Qualidade não técnica	Acessibilidade	2	2	
		Humanização dos cuidados e serviços	12	12	
	Qualidade técnica	Acerto	2	2	
		Competência profissional	1	1	
		Percepção dos funcionários	1	1	
		Percepção dos usuários	3	3	
	Satisfação de qualidade	1	1		
Subtotal			44	32	
		Prevenção	2	2	
M e t a s	Eficácia	Eficácia Populacional	Morbi/mortalidade infantil	2	2
			Mortalidade geral	6	5
			Saúde global	1	1
Subtotal			11	10	
	Condições de saúde da população		Mortalidade	3	0
			Saúde Global	1	0
Subtotal			4	0	
TOTAL			185	80	

Fonte: Elaboração própria.

A segunda etapa de operacionalização do projeto Coleta de Dados foi executada entre setembro de 2011 e abril de 2012. Para a alimentação de um aplicativo denominado *Egipss.MS*, desenvolvido pela UM – via *web* –, foram utilizadas fontes dos bancos de dados nacionais; informações existentes nos sistemas internos dos hospitais e dados extraídos dos questionários aplicados aos usuários e aos funcionários dos hospitais selecionados. O preenchimento do aplicativo contou com grupo especializado de digitadores – ligados à Superintendência de Gestão da Informação/Secretaria da Fazenda de Mato Grosso do Sul. Os resultados foram acompanhados e revisados pela equipe canadense, encaminhando-os para validação dos grupos de trabalho identificados na etapa 1.

O questionário semiestruturado aplicado aos usuários dos hospitais foi ajustado a

partir do modelo da Coordenadoria Estadual de Controle, Avaliação e Auditoria. Abordou aspectos relacionados ao acesso, atendimento, infraestrutura e efetividade do atendimento e foi aplicado a uma amostra de 10% dos usuários calculados da média mensal de internação de cada hospital.

O questionário semiestruturado aplicado aos trabalhadores, a partir de proposta da UM, foi adequado à realidade local pelos grupos de trabalho. Abordou aspectos relacionados aos valores, ao ambiente organizacional, à satisfação e informações gerais e foi aplicado ao conjunto de trabalhadores dos hospitais selecionados (médicos, enfermeiros, outros profissionais de nível superior, técnico/auxiliar de enfermagem, técnicos administrativos e apoio).

A terceira etapa, Construção da Avaliação, foi efetivada em maio/2012 e compreendeu

a elaboração do escore de desempenho. Foi executada durante um seminário, em Campo Grande/MS, a partir de discussão entre a equipe da UM e os representantes dos grupos de trabalho, que cuidaram da análise e validação dos indicadores construídos nas etapas 1 e 2.

Os indicadores selecionados foram organizados e analisados no intuito de extrair o perfil de desempenho de cada um dos hospitais avaliados, capaz de indicar um retrato detalhado e multidimensional do desempenho relativo a cada unidade hospitalar. Dessa forma, foram produzidos 17 relatórios detalhados (um por unidade hospitalar), contendo os resultados dos indicadores e os comentários pertinentes que serão abordados futuramente.

Alguns parâmetros foram estabelecidos para a validação dos indicadores e sua consequente relação com o desempenho: (I) relação positiva: quanto maior o valor, melhor o desempenho (número de leitos per capita / número de cirurgias ambulatoriais realizadas, entre outros); (II) relação negativa: o valor menor está associado a um desempenho melhor (taxa de mortalidade, a taxa de reinternação, taxa de eventos indesejáveis); (III) parabolicamente associados: alcança um desempenho ótimo quando os valores ficam entre dois limites definidos, portanto, fora desses limites, o desempenho diminui (taxa de cesárea); e (IV) relação contextual: apresentam demonstração temporal ou informação contextual e não estão diretamente ligados ao desempenho.

Dessa forma, exceto para os indicadores contextuais, foi calculado um índice de desempenho, também chamado de Índice Relativo (IR), comparando o valor do indicador com um referencial.

Os índices de desempenho variaram entre 0% e 200%, sendo que valores acima desse limite foram equiparados a 200%. Nos casos de indicadores de tempo médio de permanência hospitalar, os índices de desempenho não foram calculados quando o denominador do indicador era inferior a 30 casos.

O índice de desempenho obtido traduziu sempre a distância de um estabelecimento em relação ao referencial.

Dois tipos de referenciais foram utilizados: descritivos, quando permitem contextualizar um indicador sem, contudo, apresentar avaliação de desempenho (indicadores de disponibilidade dos recursos, para os quais parece mais apropriado avaliar a riqueza relativa em relação a um referencial do que medir o desempenho); e normativos, quando permitem fazer a avaliação de desempenho. Ambos podem ser externos (literatura, opinião teórica, consenso de especialistas) ou empíricos (baseados em dados observados).

Os referenciais normativos externos foram denominados 'acordados', uma vez que resultaram de consenso entre a SES/MS e diretores de hospitais, durante o seminário de validação. Enquanto os referenciais normativos empíricos corresponderam ao valor do *benchmark*, que apresenta a média dos três melhores resultados observados entre os 15 hospitais do estudo e a mediana.

Cumprir informar que a população total de duas microrregiões (Campo Grande e Dourados), que contam com mais de um hospital, foi distribuída em seus hospitais, correspondendo igualmente entre o percentual de produção e a população da microrregião (40% de produção = 40% da população).

Quadro 2. Relação Índice Relativo dos Indicadores e o desempenho

Índice Relativo dos Indicadores	Desempenho
40 a 59%	Muito preocupante
60 a 74%	Preocupante
75 a 89%	Bom
90% e acima	Excelente

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 3. Relação entre tipo de intervenção e o peso na somatória do volume

Tipo de intervenção	Peso dado na somatória do volume
Internação hospitalar	1
Cirurgia ambulatorial	1/4
Atendimento no Pronto-Socorro	2/23
Atendimento ambulatorial	1/23

Fonte: Elaboração própria.

Construídos os escores de desempenho dos indicadores, os dados foram organizados de forma a permitir uma análise do desempenho da organização por indicador e por subdimensões e conceitos de desempenho para, inclusive, situar um hospital em relação aos demais. Consequentemente, nesse primeiro nível da avaliação, foram formados quatro grupos, sendo o grupo 1 formado pelos hospitais com melhor resultado, e assim sucessivamente.

O segundo nível da análise normativa compreendeu 38 conceitos e 18 subdimensões de forma a relacionar as forças (IR superior a 75%) e problemas (IR inferior a 75%) e aquelas subdimensões que não compreenderam a coleta de nenhum indicador.

Para tanto, foi calculado o volume total produzido por hospital para ser utilizado como denominador para determinados indicadores (humanos e financeiros), em que o denominador populacional (1.000 habitantes) foi substituído pelo volume de produção. Dessa forma, esses novos indicadores permitiram avaliar a riqueza relativa em relação ao volume produzido pelo hospital.

O cálculo da produção total de um hospital seguiu a seguinte regra:

As intervenções têm peso diferente, uma vez que representam o tamanho dos recursos a mobilizar na execução de cada uma delas, sendo o maior peso correspondente à maior mobilização de recursos.

O terceiro nível de análise é o relacional, que indica os desafios específicos de cada uma das unidades hospitalares. Desafios esses

classificados em função de sua importância dentro da organização e da possibilidade dos gestores implementarem mudanças organizacionais para melhorar o desempenho. A detecção dos desafios é realizada colocando em relação várias subdimensões do desempenho, das quais se mencionam duas, reveladas em repetidas unidades hospitalares: melhoria da qualidade técnica dos cuidados e serviços e melhoria da qualidade de vida no trabalho.

Conforme estabelecido, os resultados da avaliação de desempenho de cada hospital foram apresentados à respectiva direção da unidade e aos gestores municipais e estaduais de saúde, especialmente, da SES/MS.

A quarta etapa, Recomendações para a Ação, consistiu na discussão das intervenções possíveis com todos os envolvidos: diretores das unidades hospitalares, gestores municipais e gestor estadual. Para esse debate, foram realizadas oficinas de trabalho que envolveram, para além dos atores mencionados, suas equipes técnicas – responsáveis pelas ações de acompanhamento.

Tanto o processo de aplicação do modelo *Egipss*, abordado neste artigo, quanto os resultados obtidos na avaliação foram apresentados no dia 4 de dezembro de 2012, em Brasília, no Seminário Internacional sobre Avaliação Hospitalar pelo modelo *Egipss*, promovido pelo Conass para os secretários estaduais de saúde e DF e convidados das demais esferas de gestão e academia. Também foi elaborado documento técnico destinado aos secretários estaduais de saúde e do DF.

Considerações finais

A apropriação e aplicação do modelo *Egipss* na avaliação de hospitais regionais da SES/MS alcançou os objetivos propostos. As equipes se apropriaram do modelo e suas etapas, passaram a ser capazes de construir, criticar e aplicar indicadores de desempenho para avaliar as quatro funções já explicitadas neste artigo. A ferramenta de avaliação foi construída e incorporada às atividades cotidianas das unidades hospitalares, e a experiência foi alvo de seminário para conhecimento e apropriação das demais SES e convidadas.

A utilização desse retrato detalhado e multidimensional do desempenho possibilitou à SES/MS identificar, em conjunto com os hospitais, caminhos para a melhoria do desempenho de cada um, discuti-los com os gestores municipais e definir termos da formalização de contratos com base em planos de melhoria.

A experiência evidencia e ratifica na execução das etapas de aplicação do modelo *Egipss* que os responsáveis pela tomada de decisão dessas áreas têm condições de avaliar se existe ou não um desafio real sobre o qual convém agir. Todavia, para tirar o máximo proveito dos resultados obtidos na avaliação do desempenho de cada hospital, é importante que tanto a direção quanto os trabalhadores se apropriem de seu conteúdo.

A apreensão dos resultados também consiste em colocá-los no contexto específico do hospital: o retrato global do hospital corresponde à percepção da equipe de direção? Como explicar os principais pontos fortes e pontos fracos que transparecem desse retrato? Determinados aspectos demandam análises internas complementares para delimitar fenômenos revelados na avaliação?

Em seguida, é importante identificar as forças a consolidar as metas de melhoria do desempenho, porque contribuem na especificação de interesses estratégicos, assim como

podem integrar planos de ação ou de convênios específicos com os gestores de saúde.

O processo de aplicação do modelo *Egipss* evidenciou que dados e análises avaliativos influenciam diretamente uma tomada de decisão; apoiam decisão já tomada; uniformizam informação quando grupos com interesses diferentes perseguem um consenso; fundamentam decisões divergentes daquelas até então orientadas ou expostas por determinado segmento. Além disso, e especialmente, a apropriação dos resultados da avaliação do desempenho melhora a compreensão da dinâmica e do funcionamento da unidade hospitalar. Ela vem somar-se aos conhecimentos utilizados individual e coletivamente pelos membros da alta direção no seu processo de tomada de decisão.

Portanto, há que se considerar que a apropriação e aplicação do modelo *Egipss* em 15 unidades hospitalares da SES/MS configurou-se como experiência bem-sucedida, sendo o principal desafio a ser enfrentado: conseguir que os hospitais avaliados, e outros que porventura se interessarem, usem sistematicamente a ferramenta no intuito de melhorar de forma contínua seu desempenho. O desempenho de cada unidade de saúde qualifica a rede de atenção, que por sua vez qualifica o SUS.

Finalmente, cabe ressaltar que os relatórios resultantes da aplicação do método *Egipss*, e que demonstram o desempenho das unidades hospitalares estudadas, serão objeto de publicação futura. ■

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 30 dez. 2010.
- CHAMPAGNE, F. *et al.* *Un cadre d'Évaluation de la performance des systèmes de services de santé: le modèle Egipss*. Montréal: GRIS: Université de Montréal, 2005.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Avaliação Global e Integrada do Desempenho dos Hospitais do Mato Grosso do Sul*. Notas Técnicas, Brasília, DF, 2012.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. Inertie et changement. *Ruptures, revue transdisciplinaire em santé*, Montreal, v. 9, n. 2, p. 4-31, 2003.
- ÉVALUATION GLOBALE ET INTÉGRÉE de la performance des systèmes de santé. Montreal: Université de Montréal, 2010. 105 slides.
- MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. *Resolução n. 059/SES/MS de 29 de junho de 2012*. Aprova alterações no Plano Diretor de Regionalização/PDR de Mato Grosso do Sul. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/38320845/doems-29-06-2012-pg-14>>. Acesso em: 23 out. 2015.
- PARSONS, T. *Social systems and the evolution of action theory*. New York: Free Press, 1977.
- PARSONS, T. SHILS, E. *A General Theory of Action*. Harvard University Press, 1957.
- SANTAMERA, A. S. *Investigación y Evaluación de Servicios Sanitarios* [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, 2013. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiDqbGgwLJAhUMjZAKHU4rCpwQFggdMAA&url=http%3A%2F%2Fes-spacio.uned.es%2Ffez%2Feserv%2Fbibliuned%3A500667%2Fn7.L_Investigaci_n_y_Evaluaci_n_de_Ss.pdf&usq=AFQjCNFemoTn0fMCsTpZ75BsYyxLoxr42w&sig2=KrcGsEGvbIJHAD_MQgaig>. Acesso em: 20 out. 2015.
- SICOTTE, C. *et al.* A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health Services Management Research*, London, v. 11, n.1, p. 24-48, 1998.

Recebido para publicação em novembro de 2014
 Versão final em setembro de 2015
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve

Promovendo um espaço para informação sobre a Estratégia Saúde da Família: um relato de experiência

Promoting a field for information concerning strategy in Family Health Strategy: an experience report

Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral¹

RESUMO A realidade nas unidades de Atenção Básica aponta para usuários do Sistema Único de Saúde que não conhecem plenamente a Estratégia Saúde da Família. O objetivo do presente artigo é relatar a experiência da criação de um grupo de Educação Popular em Saúde, que buscou ampliar o acesso às informações aos usuários. Este trabalho consiste em um estudo descritivo, no qual se buscou pontuar o caminho percorrido do planejamento à execução da atividade e descrever o encontro realizado. É preciso que haja comprometimento com a educação popular, para que então se alcancem melhores resultados no fortalecimento do controle social, nos cuidados mais efetivos e nas gestões mais democráticas.

PALAVRAS-CHAVE Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Participação comunitária.

ABSTRACT *The reality is that users of Unified Health System are still not fully familiar with the Family Health Strategy. The aim of this paper is to report the experience of creating a Popular Education in Health group, with the purpose of expanding access to information to users. This work is a descriptive study, in which we sought to explain how the process happened from the planning to the execution of the activity, and describe the encounter that occurred. There must be engagement with Popular Education, so that we reach better results in the strengthening of the social control, in more effective care, and in the democratic administrations.*

KEYWORDS *Family Health Strategy; Primary Health Care; Consumer participation.*

¹Universidade Federal Fluminense (UFF), Programa de Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde - Niterói (RJ), Brasil. isabela.t.amaral@gmail.com

Introdução

No mundo, onde a informação está cada vez mais acessível às pessoas, independentemente do meio cultural ou nível socioeconômico ocupado por elas, torna-se uma violação aos direitos do cidadão ter um conhecimento limitado quanto ao funcionamento do sistema de saúde em que ele está inserido.

Segundo Mendes (1996), por se tratar de uma reforma social que ocorre em um cenário democrático e que requer certa transformação cultural, o Sistema Único de Saúde (SUS) possui um caráter processual de maturação lenta. Entendendo o SUS por esse aspecto, cabe aos cidadãos monitorar esse ‘processo de maturação’ e garantir a continuidade dele, não adotando uma postura pessimista ante a lentidão dos passos rumo à efetivação plena do sistema, mas sim assumindo um papel de participação ativa que deve coparticipar com contribuições construtivas para promoção de ações, com vistas à operacionalização do que é proposto nas políticas e programas que regem o funcionamento do SUS no Brasil.

Uma das práticas humanizadoras que o Ministério da Saúde apresenta na proposta do HumanizaSUS é a ampliação dos mecanismos de comunicação e informação. Ele enfatiza, também, a necessidade do desenvolvimento da gestão participativa nas instituições públicas de saúde, envolvendo trabalhadores e usuários na tomada de decisão dos atos de gestão. Nesse sentido, cabe ressaltar que a produção de cuidado deve estar ligada à geração de espaços de comunicação efetiva.

Entende-se que o cuidado envolve diversos aspectos de prevenção de doenças, proteção, reabilitação e promoção da saúde do indivíduo. A promoção de saúde está diretamente vinculada à obtenção das informações necessárias para o ganho de autonomia do indivíduo diante das diversas situações de vida diária, que apresentam potencial para interferir na determinação de sua saúde.

A garantia do acesso à informação sobre o funcionamento dos serviços de saúde é

dada judicialmente pelo Art. 7º da Portaria 1.829, de 13 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009), e garantida no Art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990). Já a Lei nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.

Entretanto, é fácil perceber que a realidade em muitas cidades do Brasil aponta para a existência de usuários do SUS que não possuem o conhecimento sobre o sistema e sobre o novo modelo de atenção que vivenciam, em que a Atenção Básica (AB) surge enquanto ordenadora do sistema.

Para Fonseca *et al.* (2012), a carência de informações da população acerca do SUS, principalmente no que se refere à participação popular, é resultado da ausência de investimento em práticas comunitárias que sejam solidárias ao enfrentamento dos problemas de saúde.

A educação em saúde é uma prática de caráter transversal que permite a configuração de uma política de saúde de forma compartilhada (BRASIL, 2007), sendo essencial no que tange às ações que acontecem na relação direta dos serviços com os usuários, além de ser imprescindível para viabilização do controle social no SUS. Afinal, que tipo de ‘controle’ poderá ser exercido por cidadãos pouco informados a respeito do funcionamento das políticas públicas de saúde? Ou, simplesmente, sobre o funcionamento básico da Estratégia Saúde da Família (ESF)?

As práticas de fomento à participação popular no sistema público de saúde fazem parte da configuração de uma real democracia. Para Rolim, Cruz e Sampaio (2013), a garantia dessa participação em todas as esferas de gestão do SUS pode ser considerada uma forma mais avançada de democracia, pois redefine as relações entre Estado e sociedade.

Nesse sentido, a educação popular destaca-se como instrumento de grande potencial para concretização dos princípios e diretrizes do SUS, visto que permite a problematização de uma mesma realidade vivida. A base da educação popular consiste em “uma

conjunção de saberes, de vivências e de práticas que apresentam, em comum, a negação da situação existente e a construção do inédito viável” (BONETTI; PEDROSA; SIQUEIRA, 2011, P. 398).

Sendo assim, é muito importante que haja o desenvolvimento de tais práticas por profissionais da ESF, pois o vínculo que se espera estar constituído entre estes e os usuários da unidade permite ações de maior impacto na comunidade, promovendo a apropriação da saúde enquanto direito por parte da população e contribuindo para a configuração de espaços democráticos de informação.

Experiências que buscam o incentivo à autonomia da comunidade nas ações de controle social e na integração do serviço à comunidade têm sido descritas em muitos trabalhos (BARRETO ET AL., 2012). Quanto maior é o alcance da expansão da ESF em território nacional, mais pode ser sentida a necessidade da reprodução dessas experiências nas unidades, enquanto profissionais de saúde, pois a corresponsabilização na construção da AB à saúde, como coordenadora do cuidado, conforme defende Starfield (2002), só poderá se consolidar a partir de ações que promovam conhecimento à população e, portanto, a formação de cidadãos engajados nesse processo.

Quando não há comunicação efetiva entre profissional-usuário, o cuidado se torna uma imposição. Essa afirmação tanto serve para procedimentos ou tratamentos instituídos nos consultórios como para as políticas públicas de saúde e os modelos de atenção, uma vez que todos são desenvolvidos visando à viabilização do cuidado integral ao indivíduo.

Desse modo, é preciso apreender o sentido do que defende Pedrosa e Pereira (2007), quando inferem que o serviço de saúde precisa estar integrado de fato a todo modo de vida que o cerca, para que possa então concretizar sua missão. Enquanto essa ideia não for tomada como premissa fundamental de trabalho, todos os esforços na direção do estabelecimento de um cuidado integral, por meio da concretização das políticas de saúde, serão em vão. Já se avançou muito quanto ao

entendimento de que nenhum tratamento pode ser eficaz se o usuário não compreender a importância de seguir as orientações do profissional de saúde, mas talvez ainda se tenha muito a progredir quanto ao entendimento de que ele precisa, também, englobar o funcionamento do sistema de saúde, bem como os novos direcionamentos de suas políticas de atenção.

É finalidade deste trabalho relatar a experiência da criação de um grupo de Educação Popular em Saúde, cujo espaço tem por finalidade a disseminação de informação e a troca de saberes sobre o funcionamento da ESF.

Método

Esta pesquisa consiste em um relato de experiência acerca da realização de um grupo de Educação Popular em Saúde, no qual se buscou pontuar o caminho percorrido do planejamento à execução da atividade, descrever o encontro sucedido, bem como a percepção dos profissionais de saúde que idealizaram o grupo, quanto à importância da criação de espaços como estes nas unidades de saúde da família. Este trabalho foi realizado em uma Clínica de Saúde da Família, localizada na cidade do Rio de Janeiro, que atende a uma comunidade de cerca de 24 mil pessoas cadastradas, onde uma enfermeira e um dentista se propuseram a reunir usuários com vistas ao esclarecimento de conceitos básicos sobre os princípios do SUS, as diretrizes da AB e o funcionamento da ESF.

O modelo conceitual que orientou o trabalho dos profissionais no grupo foi baseado nas concepções teóricas de Paulo Freire (2002), principalmente no que tange ao respeito dos saberes construídos socialmente na prática comunitária, criando-se a possibilidade de discutir a razão de ser de alguns desses saberes. Conforme esse mesmo autor, “um dos equívocos funestos de militantes políticos de prática messianicamente autoritária foi sempre desconhecer totalmente a

compreensão do mundo dos grupos populares” (FREIRE, 2002, p. 32).

Após a realização dos grupos, os profissionais responsáveis pelo desenvolvimento deles se reuniam para refletir sobre cada encontro.

Este artigo foi estruturado em quatro momentos: o primeiro se refere a uma breve caracterização da AB na cidade do Rio de Janeiro; o segundo narra o caminho percorrido pelos profissionais durante o planejamento do grupo; o terceiro descreve a operacionalização do grupo; e o quarto descreve as reflexões geradas após vivência dessa experiência pelos profissionais de saúde à luz da pedagogia proposta por Paulo Freire.

Breve caracterização da Atenção Básica no Rio de Janeiro

No Brasil, tem-se percebido certos ganhos na qualidade de vida da população após a implantação da ESF, como é possível verificar com os resultados da sua expansão no município do Rio de Janeiro, principalmente, entre 2010 e 2011, onde a estratégia recebeu um incremento de aproximadamente 15%. A importância da ESF na reorientação do modelo assistencial tornou-se clara com a queda nas internações hospitalares (quase 17 mil internações a menos entre janeiro e outubro de 2010), o que inclui as internações por doenças cardiovasculares, e “visível redução, ainda a quantificar, da demanda de atendimento de urgência, graves pontos de estrangulamento do modelo assistencial ainda hegemônico” (RODRIGUES; ANDERSON, 2011, p. 22). Na cidade do Rio de Janeiro, muito se investe no fortalecimento da AB por meio da expansão da ESF.

Nessa cidade, as unidades tradicionais de AB eram em sua totalidade os Centros Municipais de Saúde (CMS). Entretanto, essa transição do modelo tradicional de AB

ofertado pelos CMS, para o modelo em que essa atenção é ofertada pela ESF, muitas vezes se torna gerador de tensões na relação usuário-profissional. É comum perceber que usuários que não compreendem o funcionamento da ESF tendem a ter resistência a ela, devido a alta prevalência na cultura popular do modelo biomédico de caráter medicalizante e gerador de uma atenção fragmentada focada no atendimento especializado.

Causa certo estranhamento na população uma unidade onde os enfermeiros fazem consulta, acompanham pré-natais e realizam a coleta do exame citopatológico uterino, onde os médicos generalistas cuidam da diabetes sem encaminhar ao endocrinologista e onde esses médicos também fazem o acompanhamento de crianças sem encaminhar, necessariamente, ao pediatra.

Desse cenário, emerge a necessidade da criação de espaços dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou dentro da própria comunidade que promovam a educação popular com vistas a dialogar sobre a ESF.

Planejamento do grupo de Educação Popular em Saúde

Profissionais da ESF mencionam ser constantes os questionamentos da população acerca da ausência de especialistas, das consultas de enfermagem, do funcionamento do Sistema de Regulação de Vagas (Sisreg) e da ‘confusão territorializada’ que se apresenta, por vezes, na existência de usuários ainda desorientados em meio ao acompanhamento à saúde no CMS ou na Clínica da Família. Outros questionamentos são referentes ao porquê de não poderem ter sua saúde acompanhada integralmente em hospitais terciários.

Partindo da percepção do baixo nível de informação de muitos dos usuários da unidade de saúde da família em questão, um dentista e uma enfermeira resolveram criar um espaço de troca de informações e saberes sobre o funcionamento da ESF.

Para realização de tal atividade, a estratégia de convocação dos usuários foi por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Eles foram solicitados a identificar entre a população cadastrada pessoas que tivessem alguma representatividade social na comunidade, que tivessem um perfil de multiplicador de informação. Foram deixados claros os objetivos da reunião desde o convite feito pelo ACS, uma vez que havia a preocupação dos usuários concluírem ser um grupo para discutir o processo de trabalho da unidade mencionada.

Outro método também utilizado para convocação dos usuários foi a divulgação do convite nas reuniões de equipes da unidade e no fórum de gestores, que ocorrem mensalmente com vistas a reunir representantes de dispositivos sociais importantes na comunidade, como a Unidade de Polícia Pacificadora (UPP), escolas e creches, Associação e moradores, ONGs e outras unidades de saúde do território.

Além da divulgação do grupo, o planejamento da condução da atividade a ser desenvolvida envolveu os ACS, que, por serem também parte da comunidade, puderam contribuir de modo essencial para a organização e execução da atividade.

Os temas foram separados de modo a atender os assuntos de maior polêmica na comunidade local, tais como: atendimento generalista, o papel do enfermeiro na ESF, a territorialização e a organização do processo de referência e contrarreferência na rede de atenção, tendo a equipe de saúde da família como ordenadora desse sistema. Para isso, o encontro iniciaria com uma breve reflexão de como a saúde era ofertada no âmbito nacional antes da instituição do SUS, perpassando o advento do SUS, seus princípios e diretrizes.

Foram planejados dois momentos de discussão em roda de conversa. Para o primeiro momento, foi elaborada uma sucessão de sete perguntas simples que teriam por finalidade ‘disparar’ os temas a serem abordados a partir do protagonismo dos usuários:

- 1 - Como era antes do SUS?
- 2 - Quando ele passou a existir?
- 3 - Quais os princípios que dão base ao funcionamento do SUS na opinião de vocês?
- 4 - De onde surgiu a ESF?
- 5 - Por que ela surgiu?
- 6 - Para que ela surgiu?
- 7 - Com base em que a ESF desenvolve assistência à saúde?

No segundo momento, o objetivo foi discutir o conceito de Clínicas de Família a partir de três pontos-chave:

- 1 - Diferenciando a Clínica da Família da Unidade de Pronto Atendimento (UPA);
- 2 - Discutindo conceito de territorialização;
- 3 - Trocando ideias sobre o que vem a ser um atendimento integral.

As perguntas e os pontos-chave foram apresentados em slides de modo a direcionar as discussões geradas.

Operacionalização do grupo

Nos encontros, compareceram cerca de 50% do número de usuários convidados. Foram feitos dois encontros com dois grupos diferentes, em um intervalo de um mês, totalizando 20 usuários participantes (dez usuários em cada encontro).

O encontro começou com uma roda de apresentação, seguindo da exposição dos objetivos do grupo.

Com a pergunta ‘Como era antes do SUS?’, foi iniciada uma conversa sobre

como era a assistência à saúde antes da instituição do SUS. Nesse momento, houve participação ativa dos idosos presentes, que falaram um pouco da vivência em um sistema de saúde seletivo e não universal. Uma rica experiência também foi compartilhada por um idoso nordestino após a enunciação da questão ‘de onde surgiu a ESF?’ Ele compartilhou com todo o grupo a história da origem das raízes da ESF em sua terra. Essa riqueza encontrada na troca de experiência reforça a ideia de Paulo Freire no sentido de não somente respeitar, mas também de aproveitar as experiências trazidas dentro de cada um (FREIRE, 2002).

A partir dessas vivências, foi apresentado então o cenário de atenção à saúde, hoje no Brasil, baseado nos princípios da universalidade, integralidade, descentralização e regionalização da rede, além dos conceitos de longitudinalidade e equidade. Esses significados foram explanados usando exemplos práticos de situações cotidianas das unidades básicas de saúde para que todos conseguissem compreender o significado de cada conceito a partir da visualização da aplicabilidade prática de cada um deles.

Foi discutida a diferença do modelo de atenção focado na promoção da saúde e do modelo que prioriza o foco nas doenças. Esse entendimento sobre a promoção da saúde foi facilitado de alguma maneira pelo fato deles poderem vivenciar na unidade frequentes atividades de promoção à saúde. Por exemplo: a estrutura física e de trabalho da Clínica da Família em questão conta com o funcionamento de grupos de convivência, como o grupo de idosos que realiza passeios, festas e comemorações; a Academia Carioca, que é um programa centrado na inserção da prática de atividade física regular em unidades de AB à saúde, com supervisão do educador físico; um espaço destinado à escovação supervisionada, onde a equipe de saúde bucal desenvolve as ações coletivas, entre

outras atividades que contribuíram, positivamente, para que os usuários participantes pudessem visualizar as práticas de prevenção da doença e promoção da saúde.

Nesse sentido, pode-se afirmar que “as palavras a que falta corporeidade do exemplo, pouco ou quase nada valem” (FREIRE, 2002, p. 16), por isso a importância de se ter um trabalho estruturado na unidade de saúde, antes que se inicie um grupo de educação popular com objetivo de discutir o funcionamento da ESF, com base no que propõe as políticas públicas de saúde.

Foi também inserida ainda na discussão a importância do vínculo profissional-usuário na possibilidade da construção de um atendimento personalizado, mediante o convívio do profissional de saúde com a comunidade, compartilhando da mesma realidade.

Dessa forma, os usuários abriram espaço para enfatizar a essencialidade da figura do ACS e das visitas domiciliares para o êxito no acompanhamento de saúde da população adscrita. O trabalho do ACS foi posicionado pelos usuários como diferencial nesse modelo de prestação de serviços na AB, e assim foi explicada a importância da territorialização na organização do processo de trabalho das equipes e na oferta dos serviços na ESF.

A partir da interrogação ‘Com base em que a ESF desenvolve assistência à saúde?’, foram abordadas questões, como atendimento por profissional generalista e consultas de enfermagem (temas ainda bastante polêmicos), apresentando aos usuários a existência dos cadernos de AB, protocolos nacionais e municipais, inclusive o Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, do Rio de Janeiro, que respaldam e orientam as ações desses profissionais.

As reuniões se encerraram com a proposta de os usuários participantes levarem a discussão aos espaços já existentes na comunidade com potencial de multiplicação da informação. Foram sugeridas as reuniões de condomínios, as reuniões de pais das creches

e escolas locais, reuniões na Associação de Moradores, entre outros espaços, entendendo que o trabalho ‘extra-muros’ muitas vezes obtém maior alcance.

Reflexões acerca da experiência do grupo

O primeiro desafio do profissional que se debruça na Educação Popular em Saúde é desenvolver empatia, ou seja, se colocar no lugar do usuário para poder compreender os fatos da forma como ele os entende. É enxergar o sistema de saúde, conforme se conhece, pelas lentes da comunidade local. Lentes essas formadas de experiências individuais e coletivas.

Ficou muito claro que se os profissionais de saúde conseguissem escutar os questionamentos dos usuários, por meio de ‘ouvidos leigos’, conseguiriam entender suas inquietações por vivenciar um sistema de saúde que vem sofrendo uma série de mudanças na conformação da oferta de serviços. Entretanto, ao se apropriar da ‘responsabilização de corresponsabilizá-los’, percebe-se a necessidade da criação desses espaços em que a partir da troca de informações e saberes sobre o SUS se é mais capaz de consolidar cuidados mais efetivos e gestões mais democráticas. Afinal, “a luta para transformar o descrito em nossa Constituição em uma realidade acessível para toda a sociedade é plano para todos os sujeitos sociais” (FONSECA ET AL., 2012, P. 458).

Ao se observar cada mudança na organização da Rede de Atenção à Saúde, percebe-se que tem conquistas evolutivas as quais fortalecem a consolidação de um sistema de saúde universal, equânime, integral e resolutivo. Desse modo, não são os redirecionamentos estratégicos de uma política pública que trazem insatisfação e tensão aos cidadãos, na maioria das vezes, é simplesmente a maneira como são inseridos na vida da população. É compreensível entender, por exemplo, que uma usuária anteriormente acompanhada em

um CMS há mais de 20 anos com a mesma médica ginecologista sinta alguma revolta ao descobrir que daqui para frente não poderá mais ter essa profissional enquanto referência para seu acompanhamento de saúde, mas é inaceitável perceber que essa mesma usuária não faça ideia da finalidade desse novo espaço de coexistência das ações curativas, preventivas, de promoção e de acompanhamento de saúde por uma equipe que se insere na sua comunidade e passa a fazer parte dela, cuidando integralmente de sua saúde e de sua família.

Enquanto profissionais da ESF, pode-se ter indivíduos que concordem ou não com os modos de organização da oferta dos serviços de saúde à sua comunidade, mas não se pode normalizar o fato de haver indivíduos adscritos no território que não entendem esta dinâmica dos serviços e, portanto, não se veem como corresponsáveis no sistema. Assim, pode-se afirmar que: “Constatando, nos tornamos capazes de intervir na realidade, tarefa incomparavelmente mais complexa e geradora de saberes do que simplesmente a de nos adaptar a ela” (FREIRE, 2002, P. 30).

Para que haja êxito na organização dos processos de trabalho das equipes de saúde da família e da própria unidade como um todo, a preocupação com o saber do usuário sobre a estratégia é de extrema relevância, pois se os serviços são pensados para pessoas que não compreendem suas finalidades, parece não haver muito sentido no que se faz.

A corresponsabilidade gerada em espaços democráticos como esse aponta para a desconstrução, entre profissionais e usuários, do que Barreto *et al.* (2012) denominam de fosso cultural, capaz de gerar grande impacto na organização dos serviços.

Para que se consiga alcançar a existência de uma realidade que usuários compreendam os objetivos de cada fluxo de atendimento na rede de atenção à saúde, é fundamental que profissionais da saúde assumam esse papel de multiplicadores de informação, principalmente no âmbito da ESF.

Considerações finais

Conclui-se que é a partir de experiências como essa que o trabalho na ESF ganha visibilidade no meio em que é mais essencial para o desenvolvimento de tal política: a própria comunidade. O trabalho desenvolvido reafirmou a percepção acerca do baixo conhecimento existente entre os usuários do SUS a respeito da ESF e propiciou a vivência do grande potencial de um grupo de educação em saúde em que há espaço para o sujeito aprender, ensinar, ser escutado e se posicionar. Esse potencial se concretiza no poder de mudanças nas lentes pelas quais os sujeitos passam a enxergar a dinâmica de funcionamento da ESF a partir do conhecimento construído sobre ela.

Os encontros motivaram muitas reflexões dos profissionais e muitos retornos positivos dos usuários *a posteriori*, com solicitação do grupo de educação popular ser realizado em outros espaços da comunidade onde moradores locais entendiam ser importante.

Propõe-se a realização de grupos como esse nas unidades de saúde da família, para ampliação do acesso às informações e troca de saberes entre profissionais e usuários do sistema de saúde sobre a ESF.

Destaca-se a importância de o desenvolvimento dos grupos ocorrerem em conformidade com a cultura local específica de cada comunidade, abrindo um espaço no qual seja valorizado o saber dos indivíduos. Destaca-se, ainda, a importância de haver um adequamento na linguagem a ser usada e a predominância da concepção de que o cuidado em saúde perpassa o direito à informação. Além disso, é preciso que se aproprie da ideia de que do diálogo em que se desafia um grupo popular a pensar sua história social como experiência comum a seus membros, emerge a “necessidade de superar certos saberes que desnudados, vão mostrando sua incompetência para explicar os fatos” (FREIRE, 2002, p. 32).

Por isso, é necessário que haja profissionais comprometidos com o processo de Educação Popular em Saúde, para que haja usuários que compreendam o funcionamento da rede local de atenção à saúde e que entendam a importância do vínculo à sua equipe de saúde da família. Isso porque, a partir daí, serão alcançados melhores resultados no que tange ao próprio acompanhamento dos indivíduos, à dinâmica de funcionamento da unidade de saúde da família e ao fortalecimento do controle social. ■

Referências

BARRETO, I. C. H. C. *et al.* Gestão Participativa do SUS e a integração entre ensino, serviço e comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 80-93, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/07.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2013.

BONETTI, O. P.; PEDROSA, J. I. S.; SIQUEIRA, T. C. A. Educação Popular em Saúde como Política do Sistema único de Saúde. *Rev. APS.*, Juiz de Fora, v. 14, n. 4, p. 397-407, 2011. Disponível em: <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1607/551>>. Acesso em: 18 fev. 2015.

BRASIL. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde e Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Caderno de Educação Popular em Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. (Série B, Textos Básicos de Saúde).

FONSECA G. S. *et al.* Percepção de usuários e profissionais de saúde sobre o Sistema Único de Saúde no município de Santa Cruz- RN. *Rev. bras. promoç saúde*, Fortaleza, v. 25, n. 4, p. 455-461, 2012. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2548>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários a prática educativa*. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

PEDROSA, J. I. S.; PEREIRA, E. D. S. Atenção Básica e o controle social em saúde: um diálogo possível e necessário. *Rev Brasileira de Saúde da Família*, Brasília, DF, v. 8, n. especial, p. 7-22, 2007.

RODRIGUES, R. D.; ANDERSON, M. I. P. Saúde da Família: uma estratégia necessária. *Rev bras med fam comunidade*, Florianópolis, v. 6, n. 18, p. 21-24, 2011. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/247/196>>. Acesso em: 11 abr. 2013.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 96, p. 139-147, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/16.pdf>>. Acesso em: 1 ago. 2015.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

Recebido para publicação em março de 2015
Versão final em setembro de 2015
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Pareceristas que atuaram em 2015

Agradecemos a todos, em especial a nossos Consultores *Ad Hoc* listados abaixo, que colaboraram no processo editorial do volume 39 da revista Saúde em Debate

Adelyne Maria Mendes Pereira	Eduardo Maia Freese de Carvalho
Adriano Maia dos Santos	Eliane dos Santos de Oliveira
Alcides Silva de Miranda	Eliane Gonçalves
Alexandre Keusen	Eliete Maria Silva
Alvaro Hideyoshi Matida	Elisabete Ferreira Mângia
Alzira Oliveira Jorge	Elisete Casotti
Ana Cleide Guedes Moreira	Elisabete Regina Araújo de Oliveira
Ana Luiza Stiebler Vieira	Ernani Tiaraju de Santa Helena
Ana Maria Malik	Eronildo Felisberto
Ana Paula Freitas Guljor	Esther Maria de Magalhães Arantes
Ana Reis	Eulália Maria Chaves Maia
Ana Tereza da Silva Pereira Camargo	Fatima Correa Oliver
Angel Martinez Hernaez	Fermin Roland Schramm
Angélica Baptista Silva	Fernando Ferreira Pinto de Freitas
Anna Luiza Castro Gomes	Fernando Mussa Abujamra Aith
Antonio José Costa Cardoso	Fernando Sfair Kinker
Aquilas Mendes	Francisco Antonio de Castro Lacaz
Ariane Patricia Ewald	Gabriela Bittencourt Gonzalez Mosegui
Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso	Geraldo Biasoto Júnior
Benedito Carlos Cordeiro	Gisele O'Dwyer de Oliveira
Bernadete Maria Dalmolin	Greice Maria de Souza Menezes
Carlos Botazzo	Guilherme Castelo Branco
Carlos Minayo Gomez	Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque
Carlos Octavio Ocke-Reis	Gustavo Matta
Carmela Morena Zigoni Pereira	Helena Seidl
Carmen Fontes de Souza Teixeira	Heleno Rodrigues Correa Filho
Catalina Eibenschutz	Hugo Spinelli
Catia Oliveira	Isabel Cristina S. A. Lamarca
Claudia Garcia Serpa Osorio de Castro	Isabela Soares Santos
Cláudia Maria Bógus	Jeferson Rodrigues
Claudia Maria Valete-Rosalino	Jeni Vaitsman
Cornelis Johannes van Stralen	João Henrique Gurtler Scatena
Cristiani Vieira Machado	Jorge Lyra
Cristina Maria Rabelais Duarte	Jorge Umberto Béria
Danielle da Costa Leite Borges	Jose Jackson Coelho Sampaio
Divanise Suruagy	Jose Luiz Telles de Almeida
Dolores Maria Franco Abreu	Jose Mendes Ribeiro
Dora de Oliveira e Silva Porto	José Noronha
Dulce Maria Senna	Juan Stuardo Yazlle Rocha
Eduarda Ângela Pessoa Cesse	Kathie Njaine

Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro
Lauren Suemi Kawata
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Lenice Gnocchi da Costa Reis
Leyla Gomes Sancho
Ligia Giovanella
Ligia Schiavon Duarte
Lilian Miranda
Lina Rosa Berrio Palomo
Lirane Elize Defante Ferreto de Almeida
Lucia Cristina dos Santos Rosa
Luciana Dias de Lima
Luciane Kantorski
Luisa Gonçalves Dutra de Oliveira
Luisa Regina Pessoa
Luiz Antonio da Silva Teixeira
Luiz Carlos de Oliveira Cecílio
Lusiele Guaraldo
Magda Duarte dos Anjos Scherer
Magda Vaissman
Marcia Guimarães de Mello Alves
Marcia Maria Barros dos Passos
Marcia Regina Car
Marco Akermann
Marcos Paulo Fonseca Corvino
Marcos Valério Santos da Silva
Maria Ceci Araújo Misoczky
Maria de Fátima Lobato Tavares
Maria do Socorro Veloso de Albuquerque
Maria Ercília de Araújo
Maria Goretti Queiroz
Maria Helena Machado
Maria Helena Magalhães de Mendonça
Maria Inês Carsalade Martins
Maria Jacirema Gonçalves
Maria Lucia Frizon Rizzotto
Maria Rita Bertolozzi
Maria Salete Bessa Jorge
Maria Socorro de Araújo Dias
Maria Thereza Ribeiro Fortes
Mariana Vercesi de Albuquerque
Mariângela Monteiro de Melo Baltazar
Marina Ferreira de Medeiros Mendes
Miriam Thais Guterres Dias
Moises Goldbaum
Monica de Castro Maia Senna
Monica Silva Martins
Neide Tiemi Murofuse
Nereide Lucia Martinelli
Nina Isabel Soalheiro
Patricia Serpa de Souza Batista
Patty Fidelis de Almeida
Paulo Capel Narvai
Paulo Frazão
Paulo Roberto Fagundes da Silva
Pedro Gabriel Godinho Delgado
Pedro Paulo Freire Piani
Raquel Abrantes Pego
Regina fernandes Flauzino
Regina Helena Simões Barbosa
Regina Maria Giffoni Marsiglia
Renato Peixoto Veras
Roberto Passos Nogueira
Rodolfo Francisco Haltenhoff Melani
Rogerio Nogueira de Oliveira
Rogerio Renato Silva
Ronaldo Bordin
Rosa Maria Marques
Rosana Magalhães
Rosana Teresa Onocko Campos
Rosilda Mendes
Ruben Araujo de Mattos
Rubens Kon
Ruth Terezinha Kehrig
Sandra Maria Becker Tavares
Selma Lancman
Sergio Tavares de Almeida Rego
Sheyla Maria Lemos Lima
Silvia Gerschman
Silvia Matumoto
Sueli Gandolfi Dallari
Tatiana Vargas de Faria Baptista
Tereza Neves
Thiago Prado
Thomas Josué Silva
Túlio Batista Franco
Valéria Ferreira Romano
Vera Lucia Luiza
Vilma Sousa Santana
Virginia Alonso Hortale
Volnei Garrafa
Wilza Vieira Villela

Revista Saúde em Debate

Instruções aos autores para preparação e submissão de artigos

ATUALIZADA EM DEZEMBRO DE 2013

A Revista Saúde em Debate (RSD), criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo das políticas de saúde nacionais e internacionais.

Política editorial

Publicada trimestralmente desde 2010, nos meses de março, junho, setembro e dezembro, é distribuída a todos os associados em situação regular com o Cebes. Além dos números regulares, a RSD publica números especiais que seguem o mesmo processo de avaliação e publicação dos números regulares.

A RSD aceita trabalhos inéditos sob a forma de artigos originais, ensaios, revisão sistemática, relato de experiência, artigos de opinião, resenhas de livros de interesse acadêmico, político e social, além de depoimentos e documentos. Os trabalhos devem contribuir com o conhecimento científico já acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à Revista não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

O Cebes não cobra taxas dos autores que submetem trabalhos à RSD. A produção editorial da entidade é resultado de trabalho coletivo e de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a Revista continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde pode se dar por meio da associação ao Centro no site <http://www.cebes.org.br>.

Modalidades de trabalhos aceitos para avaliação

1. Artigo original: resultado final de pesquisa científica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e internacional. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

3. Revisão sistemática: revisão crítica da literatura sobre tema atual, utilizando método de pesquisa. Objetiva responder a uma pergunta de relevância para a saúde, detalhando a metodologia adotada. O texto deve conter entre 12 e 17 laudas.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo

Editor Científico, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Neste formato não são exigidos resumo e abstract.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com tamanho entre 10 e 12 laudas.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área de políticas públicas de saúde, a critério do Conselho Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige em até três laudas.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Conselho Editorial.

O número máximo de laudas não inclui a folha de apresentação e referências.

Direitos autorais

Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da Revista, transferidos por meio de Declaração de Transferência de Direitos Autorais assinada por todos os autores, conforme modelo disponível na página da Revista. É permitida a reprodução total ou parcial dos trabalhos desde que identificada a fonte e a autoria.

Submissão e processo de julgamento

Os trabalhos devem ser submetidos exclusivamente pelo site: www.saudeemdebate.org.br.

Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão receberá login e senha. Ao submeter o texto, todos os campos obrigatórios da página devem ser preenchidos com conteúdo idêntico ao do arquivo a ser anexado.

Fluxo dos originais submetidos à publicação

Todo original recebido pela secretaria do Cebes é submetido à análise prévia. Os trabalhos não selecionados nessa etapa são recusados, e os autores, informados por mensagem do sistema. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da Revista são devolvidos aos autores para adequação. Antes de se enviar aos pareceristas, encaminha-se o trabalho ao Conselho Editorial para avaliação de sua pertinência temática aos objetivos e linha editorial da Revista.

Uma vez aceitos para apreciação, os originais são encaminhados a dois membros do quadro de pareceristas da Revista, que são escolhidos de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, priorizando-se os de estados da federação diferentes daquele dos autores. A avaliação dos trabalhos é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores permanecem em sigilo até a aprovação final do trabalho.

Caso haja divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro parecerista para desempate. Da mesma forma, o Conselho Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. O formulário para o parecer está disponível para consulta no site da Revista. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: (1) aceito para publicação; (2) aceito para publicação com 'sugestões não impeditivas'; (3) reapresentar para nova avaliação depois de efetuadas as modificações sugeridas; (4) recusado para publicação.

Quando a avaliação do parecerista indicar 'sugestões não impeditivas', o parecer será enviado aos autores para correção do trabalho, com prazo para retorno em até vinte dias. Ao retornar, o trabalho volta a ser avaliado pelo mesmo parecerista, que terá prazo de 15 dias, prorrogável por mais 15 dias, para emissão do parecer final. O Editor Científico possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como das alterações efetuadas.

No caso de solicitação para 'reapresentar para nova avaliação depois de efetuadas as modificações sugeridas', o trabalho deverá ser reencaminhado pelo autor em no máximo dois meses. Ao fim desse prazo, e não havendo qualquer manifestação dos autores, o trabalho será excluído do sistema.

Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da Editoria serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação via site ou e-mail. Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho.

O modelo de parecer utilizado pelo Conselho Científico está disponível em: www.saudeemdebate.org.br.

Os trabalhos enviados para publicação são de total e exclusiva responsabilidade dos autores, não podendo exceder a cinco autores por trabalho.

Registro de ensaios clínicos

A RSD apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. O número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Formatação do trabalho

- O texto deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx.

- Padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

- O corpo de texto não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições.

- O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês

- Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, deve contemplar elementos convencionais como:

- Introdução com definição clara do problema investigado e justificativa.
- Métodos descritos de forma objetiva.
- Resultados e discussão podem ser apresentados juntos ou em itens separados.
- Conclusão.
- Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes do texto.

- O texto completo deve conter:

- Folha de apresentação com o título, que deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo no máximo 15 palavras.
- Os textos em português e espanhol devem ter título na língua original e em inglês. Os textos em inglês devem ter título em inglês e português.
- Nome completo do(s) autor(es). Em nota de rodapé colocar as informações sobre filiação institucional e titulação, endereço, telefone e e-mail para contato.
- No caso de resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e o número do processo.
- Resumo em português e inglês ou em espanhol e inglês, com no máximo 700 caracteres, incluídos os espaços, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho.
- Não são permitidas citações ou siglas no resumo, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.
- Ao final do resumo, de três a cinco palavras-chave, utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br. Em seguida apresenta-se o texto.

- Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais. Exemplo: Reforma Sanitária¹.

- Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico.

- Para as palavras ou trechos do texto destacados, a critério do autor, utilizar aspas simples. Exemplo: 'porta de entrada'.
- Utilizar revisor de texto para identificar erros de ortografia e de digitação antes de submeter à Revista.
- Figuras, gráficos e quadros devem ser enviados em arquivo de alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza, em folhas separadas do texto, numerados e titulados corretamente, com indicações das unidades em que se expressam os valores e as fontes correspondentes. O número de figuras, gráficos e quadros deverá ser, no máximo, de cinco por texto. Os arquivos devem ser submetidos um a um, ou seja, um arquivo para cada imagem, sem identificação dos autores, citando apenas o título e a fonte do gráfico, quadro ou figura. Devem ser numerados sequencialmente, respeitando a ordem em que aparecem no texto. Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Exemplos de citações

Para as citações utilizar as normas da ABNT (NBR 10520)

Citação direta

Já o grupo focal é uma "técnica de pesquisa que utiliza as sessões grupais como um dos foros facilitadores de expressão de características psicossociológicas e culturais". (WESTPHAL; BÓGUS; FÁRIA, 1996, p. 473).

Citação indireta

Segundo Foucault (2008), o neoliberalismo surge como modelo de governo na Alemanha pós-nazismo, numa radicalização do liberalismo que pretende recuperar o Estado alemão a partir de nova relação Estado-mercado.

Exemplos de referências

As referências deverão ser apresentadas no final do artigo, seguindo as normas da ABNT (NBR 6023). Devem ser de no máximo 20, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

Livro:

FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

Capítulo de livro:

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

Artigo de periódico:

ALMEIDA-FILHO, N.A. Problemática teórica da determinação

social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2010.

Material da internet:

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Normas para publicação da Revista Saúde em Debate*. Disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas_publicacoes.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2010.

Documentação obrigatória

As declarações de 'Autoria e Responsabilidade' e de 'Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa' devem ser assinadas e postadas nos correios ou digitalizadas e enviadas para o e-mail da revista (revista@saudeemdebate.org.br), depois do artigo aprovado:

1. Declaração de autoria e responsabilidade.

Segundo o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, os autores devem contemplar as seguintes condições: a) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento do trabalho ou para a análise e a interpretação dos dados; b) contribuir significativamente na elaboração do manuscrito ou revisão crítica do conteúdo; c) participar da aprovação da versão final do manuscrito. Para tal, é necessário que todos os autores e coautores assinem a Declaração de Autoria e de Responsabilidade, conforme modelo disponível em: <<http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>>

2. Ética em pesquisa

No caso de pesquisa que envolva seres humanos nos termos do inciso II da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais–, deverá ser encaminhado documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que a aprovou.

3. Conflitos de interesse

Os trabalhos encaminhados para publicação deverão conter informação sobre a existência ou não de conflitos de interesse. Os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas ao financiamento direto da pesquisa, mas também ao próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, inserir a informação "Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho" na folha de apresentação do artigo será suficiente.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140 - Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Revista Saúde em Debate

Instructions to authors for preparation and submission of articles

UPDATED ON DECEMBER 2013

The Health in Debate Review (Revista Saúde em Debate - RSD), first printed in 1976, is a publication of the Brazilian Center for Health Studies (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - Cebes) that aims to disseminate studies, researches and thoughts that contribute to the debate in the field of national and international health policies.

Editorial policy

Published quarterly since 2010, in March, June, September and December, a hard copy of RSD is delivered to all members up to date with their fees. In addition to regular issues, RSD also publishes special issues following the same process of assessment and publication.

RSD accepts unpublished works in the form of original articles, essays, systematized review, case studies, opinion articles, reviews of books of academic, political and social interest, as well as testimonies and documents. The works must contribute to the scientific knowledge of the field.

Works submitted to the RSD cannot be simultaneously submitted to other journals, partially or in full.

Cebes does not charge fees for the submission of works to RSD. The Center publishing output is the result of collective work and institutional and individual supports. Contributions for allowing the Review to remain as a democratic forum for the dissemination of critical knowledge in the health field can be made by means of joining the Center, at <http://cebes.org.br>.

Modalities of work accepted for evaluation

1. Original paper: final results of scientific research that can be generalized or replicated. The text must contain between 10 and 15 pages.

2. Essay: critical analysis on a particular topic of relevance and interest to the Brazilian and international health policies. The text must contain between 10 and 15 pages.

3. Systematized review: critical review of literature on current topic by applying a research method. It aims to answer a question of relevance to health. The work must detail the adopted methodology. The text must contain between 12 and 17 pages.

4. Opinion piece: exclusively upon invitation of the Scientific

Editor. The text must contain between 10 and 15 pages. This format does not require Abstract.

5. Case study: description of academic, care or extension experiments. The text must contain between 10 and 12 pages.

6. Book review: review of books of interest to the field of public health policies, selected at the discretion of the Editorial Board. Texts must contain an overview of the work, its theoretical assumptions and the public to whom it is addressed. The text must contain up to three pages.

7. Document and testimonial: work on topic of historical or cyclical interest, selected at the discretion of the Editorial Board.

The maximum number of pages does not include the coversheet and references.

Copyright

Copyrights are of exclusive property of the Review and must be transferred through the 'Copyright Transfer Statement' signed by all the authors, as model available at the Review page. The total or partial reproduction of works is allowed since source and authorship be identified.

Submission and assessment process

Works must be submitted exclusively through the website www.sau-deemdebate.org.br.

After its registration, the author responsible for submission will receive a login and password. By submitting the text, all mandatory fields of the page must be filled in with identical content to the file to be attached.

Flow of originals submitted for publication

Every original received by Cebes is subjected to prior analysis. The work not selected in this step is refused, being the authors informed by the system message. The work that does not conform to the Review publication norms are returned to the authors for adequateness. Before forwarding to reviewers, the work is sent to the Editorial Board for assessment of its relevance to the Review goals and editorial policy.

Once accepted for appraisal, the originals are forwarded to two reviewers, who are chosen according to their expertise on the work topic, prioritizing those reviewers outside the authors' federation states. The work assessment applies the blind review method, i.e., the authors' names remain confidential until the work final approval. In case of divergence between reviewers, the work will be forwarded to a third reviewer for decision. Similarly, the Editorial Board may, at its discretion, issue a third opinion.

The assessment form is available at the Review website. The assessment output necessarily presents one of the following conclusions: (1) accepted for publication; (2) accepted for publication with 'non-restrictive suggestions'; (3) resubmit for further assessment after modifications suggested; (4) rejected for publication.

When the reviewer's assessment concludes for 'non-restrictive suggestions', the opinion must be forwarded to the authors for correction of the work, which must be returned within twenty days. Upon return, the work is reassessed by the same reviewer within a period of fifteen days, extendable for a further fifteen days, to issuance of the final assessment. The Scientific Editor has full authority to decide also on the final acceptance of the work as on the changes.

In the case of request to 'resubmit for further assessment after modifications suggested', the work must be forwarded by the author within two months. At the end of this term, and in the absence of any manifestation by the authors, the work shall be deleted from the system.

Any suggestions for modifications of structure or content by the Editorship will be previously agreed with the authors by means of communication via website or email. No additions or modifications will be received after the work final approval.

The opinion form used by the Scientific Council is available at <http://www.saudeemdebate.org.br>.

The works submitted for publication are the authors' exclusive responsibility and must not exceed five authors per work.

Clinical trial registry

RSD supports the policies for registration of clinical trials of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), so recognizing their importance to the registry and international dissemination of knowledge on clinical trials. Accordingly, clinical researches must bear the identification number in one of the Clinical Trial registries validated by WHO and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. The identification number must appear at the end of the Abstract.

Format of work

- The text must be forwarded in Microsoft® Word or compatible software, saved in doc or docx formats.
- Standard A4 (210X297mm), 2.5cm margin on each side, font Times New Roman size 12, 1.5 line spacing.
- The text must not contain any information that identifies the authors or institutions.
- The text can be written in Portuguese, Spanish or English.

- The style and creativity of authors as for the text composition are respected, however, it must include elements such as:

- Introduction with clear definition of the problem investigated and its groundings.
- Objective description of the methods.
- Results and comments can be approached in a same item or separately.
- Conclusion.
- The repetition of data or information in different parts of the text must be avoided.

- The full text must contain:

- Coversheet with the title, which must express clearly and briefly the content of the text, within no more than fifteen words.
- Texts in Portuguese and Spanish must be titled in the original language and in English. Texts in English must be titled in English and Portuguese.
- Author(s) full name. The information about institutional affiliation and title, address, telephone number and e-mail must be added in a footnote.
- In the case of funding research, inform the funder.
- Abstract in Portuguese and English, or in Spanish and English, containing a maximum of 700 characters, spaces included; the goals, method employed and main conclusions must be clearly stated.
- Quotes or acronyms are not allowed in the Abstract, with the exception of worldwide recognized abbreviations.
- At the end of the Abstract, three to five keywords must be inserted using the terms contained in the structured vocabulary (DeCS), available at <http://decs.bvs.br>. Then follows the text.

- Footnotes are not allowed in the text. Footnote markings, if absolutely necessary, must be overwritten and sequential. Example: Sanitary Reform¹.

- Testimonials must be italicized and follow the body of the text, without indentation.

- Highlighted words or text excerpts, at the discretion of the author, must use single quotation mark. Example: 'gateway'.

- Spellchecking is strongly suggested so to identify misspellings and typing mistakes before submitting the work to the Review.

- Pictures and tables must be sent in a high resolution file, black and white or grayscale, apart from the text, numbered and titled properly, with indication of the units in which values are expressed, adding the respective sources.

- A maximum of five pictures and tables are allowed, in total, per article.

- Files must be submitted one by one, i.e., a file for each image, without the identification of authors, containing just the title and the source of the picture or table.
- They must be numbered sequentially in the same order they appear in the text.

- In the case of photos, persons cannot be identified unless they authorize, in writing, for the purposes of scientific dissemination.

Examples of quotation

For guidelines on quotations, please address to the norm NBR 10520 of 'Brazilian Association of Technical Norms' (Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT).

Direct quotation

The 'Healthcare Operational Norm' (Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS) asserts that the 'Regionalization Plan' (Plano Diretor de Regionalização - PDR) "is based on the form of functional and resolving healthcare systems by means of the organization of state territories in regions/micro-regions and assistance modules" (BRAZIL, 2002, p.9).

Indirect quotation

Breihl and Grenda (1986) noted that the health-disease process results from a set of ascertainments that operate in a particular society, propitiating in different social groups the occurrence of perils that arise in the form of profiles or patterns of illness.

Examples of references

References must be inserted at the end of the article and follow ABNT (NBR 6023) norms. The number of references must not exceed 20, except for the case of systematized review. Only the last name of the author is written in full, being the name and middle names abbreviated by the first letter.

Book

CALFEE, R.C.; VALENCIA, R.R. *APA guide to preparing manuscripts for journal publication*. Washington: American Psychological Association, 1991.

Book chapter

O'NEIL, J.M.; EGAN, J. *Men's and women's gender role journeys: A metaphor for healing, transition, and transformation*. In: WAINRIB, B.R. (ed.). *Gender issues across the life cycle*. New York: Springer, 1992. p. 107-123.

Journal

PETITTI D.B. *et al. Blood pressure levels before dementia*. American Neurological Association, Chicago, v. 62, n. 1, p. 112-116, jan 2005.

Internet source

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Norms for submission of papers to Health in Debate Review*. Available at: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas_publicacoes.pdf>. Access on: 9 jun. 2010.

Mandatory documents

The documents 'Statement of Authorship and Responsibility' and the 'Approval of the Committee of Ethics in Research' must be signed and posted or digitalized and sent to the journal's e-mail address (revista@saudeemdebate.org.br), after approval:

1. Statement of authorship and responsibility

According to the International Committee of Medical Journal Editors' authorship criteria, authors must fulfil the following conditions: a) make a substantial contribution to the work design and planning or to the analysis and interpretation of data; b) make a substantial contribution to the manuscripts or to the critical review; c) participate in the approval of the manuscript final version. To this end, it is necessary that the author and co-authors sign the 'Statement of Authorship and Responsibility', as the model available at <<http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>>.

2. Ethics in research

In the case of research involving humans under the subsection II of Resolution 196/96 of the National Health Council - research that involves the human being, individually or collectively, directly or indirectly, in its entirety or in part, including the handling of information or materials -, a research approval document must be forwarded by the 'Committee of Ethics in Research' (CEP) responsible for the approval.

3. Conflict of interests

The work submitted for publication must contain information on conflict of interests. Financial conflicts of interests, for example, are not only strictly related to the research financing but also to the very nature of the employment. If there is no conflict, the information "I declare that there was no conflict of interests in the fulfilment of this work" suffices and must appear on the cover-sheet.

Mailing address

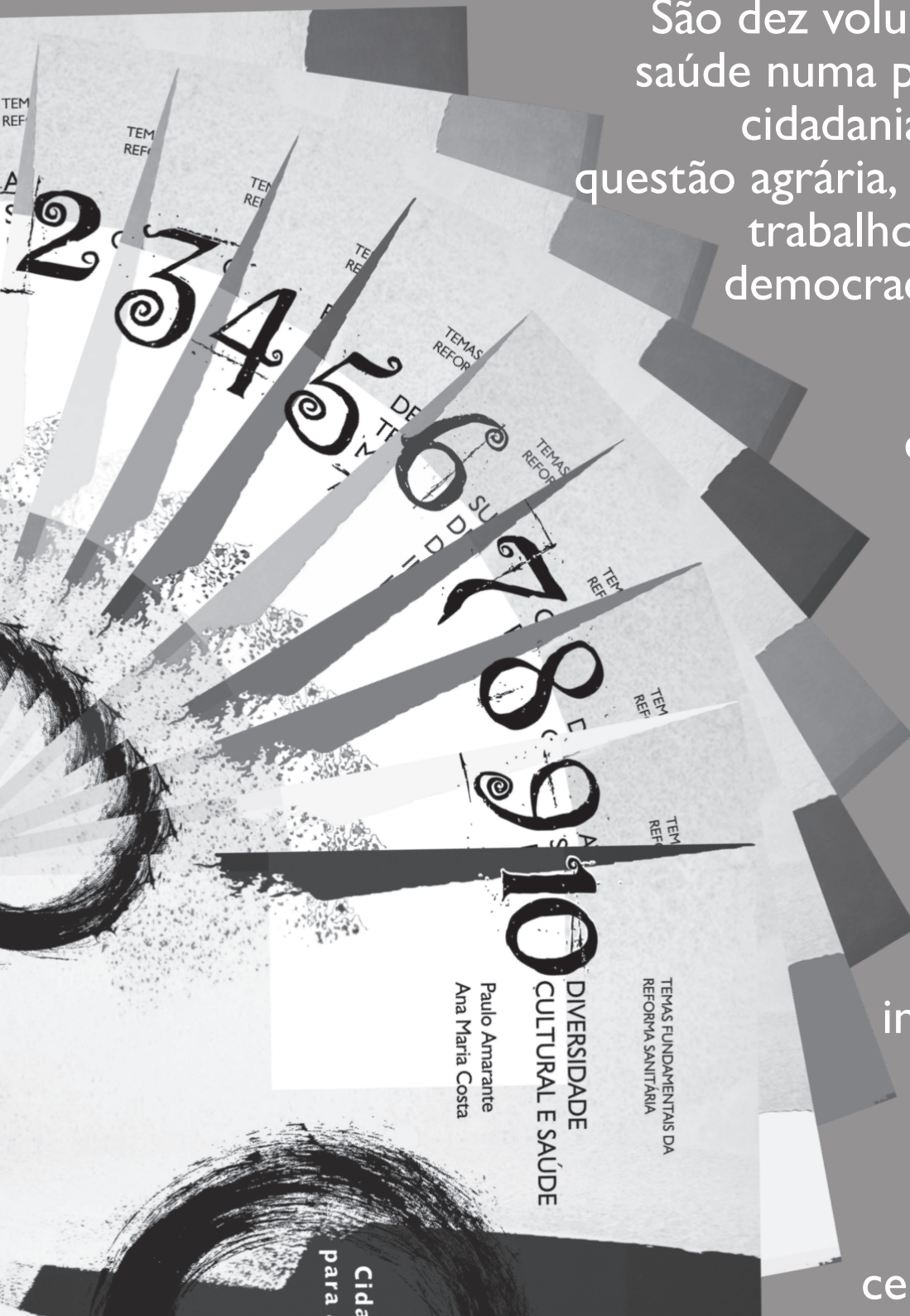
Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 - Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Último lançamento

Temas fundamentais da Reforma Sanitária

Já está disponível na loja virtual do Cebes a coletânea impressa de livros do projeto Formação em Cidadania pela Saúde.

São dez volumes que tratam a saúde numa perspectiva ampla: cidadania, meio ambiente, questão agrária, desenvolvimento, trabalho, políticas sociais, democracia, participação e controle social, diversidade e direitos humanos.



Paulo Amarante
Ana Maria Costa

DIVERSIDADE
CULTURAL E SAÚDE

TEMAS FUNDAMENTAIS DA
REFORMA SANITÁRIA

Cebes,
integrando saberes,
compartilhando
conhecimento.
Mais informações:
(21) 2260-3782
cebes@cebes.org.br

Cida
para

Diagramação e editoração eletrônica

Layout and desktop publishing

HG Design Digital

Design de capa

Cover design

Alex I. Peirano Chacon

Normalização e revisão de texto

Normalization and proofreading

Ana Karina Furginelli (inglês)

Ana Luisa Moreira Nicolino (inglês)

Carla de Paula (português)

Evangelina Martich (espanhol e português)

Frederico Azevedo (normalização)

Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português e inglês)

Luiza Nunes (normalização)

Simone Basílio (português)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês)

Tiragem

Number of Copies

1.300 exemplares/copies

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m²

Miolo em papel Offset LD 90 g/m²

Cover in ensocoat card LD 250 g/m²

Core in Offset LD 90 g/m²

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br

E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes - n.1 (1976) - São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2015.

v. 39. n. 107; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br