



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 42, NÚMERO 116
RIO DE JANEIRO, JAN-MAR 2018
ISSN 0103-1104

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2017-2019)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2017-2019)

Presidente: Lucia Regina Florentino Souto
Vice-Presidente: Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Diretor Administrativo: José Carvalho de Noronha
Diretora de Política Editorial: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretores Executivos: Alane Andreino Ribeiro
Ana Maria Costa
Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
Cristiane Lopes Simão Lemos
Stephan Sperling

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
José Ruben de Alcântara Bonfim
Luisa Regina Pessôa
Suplentes | *Substitutes*
Alcides Silva de Miranda
Maria Edna Bezerra Silva
Simone Domingues Garcia

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Agleildes Arichele Leal de Queirós
Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
Cornelis Johannes van Stralen
Grazielle Custódio David
Isabela Soares Santos
Itamar Lages
João Henrique Araújo Virgens
Jullien Dabini Lacerda de Almeida
Lizaldo Andrade Maia
Maria Eneida de Almeida
Maria Lucia Frizon Rizzotto
Sergio Rossi Ribeiro

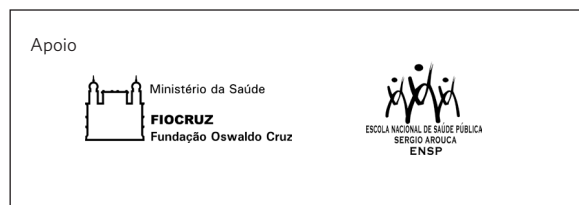
SECRETARIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Cristina Santos

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



SAÚDE EM DEBATE

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

EDITORA CIENTÍFICA | SCIENTIFIC EDITOR

Maria Lucia Frizon Rizzotto – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Ana Maria Costa – Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil
Heleno Rodrigues Corrêa Filho – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato – Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil
Paulo Duarte de Carvalho Amarante – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Alicia Stolkiner – Universidad 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
Cornelis Johannes van Stralen – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Debora Diniz – Universidade Nacional de Brasília, Brasília (DF), Brasil
Diana Mauri – Università degli Studi di Milano, Milano, 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
Jairnilson Silva Paim – Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil
Jean Pierre Unger – Institut de Médecine Tropicale, Antuérpia, Bélgica
José Carlos Braga – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carvalheiro – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Kenneth Rochel de Camargo Jr – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Ligia Giovanella – 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 Salette Bessa Jorge – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Mario Esteban Hernández Álvarez – Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colômbia
Mario Roberto Rovere – Universidad Nacional de Rosario, Rosario – Argentina
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 do Estado 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

Luiza Nunes
Mariana Acorse

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Directory of Open Access Journals (Doaj)
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Hisa)
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)
Scientific Electronic Library Online (SciELO)
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)
Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

VOLUME 42, NÚMERO 116

RIO DE JANEIRO, JAN-MAR 2018

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

EDITORIAL | EDITORIAL

- 5 **Justiça social, democracia com direitos sociais e saúde: a luta do Cebes**
Social justice, democracy with social rights and health: the struggle of Cebes

ARTIGO DE OPINIÃO | OPINION ARTICLE

- 11 **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde**
National Policy of Primary Healthcare 2017: setbacks and risks to the Unified Health System
Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini,
Angélica Ferreira Fonseca, Luciana Dias de Lima

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

- 25 **O processo de regionalização do SUS e a autonomia municipal no uso dos recursos financeiros: uma análise do estado de São Paulo (2009-2014)**
The process of regionalization of SUS and municipal autonomy in the use of financial resources: an analysis of the state of São Paulo (2009-2014)
Ligia Schiavon Duarte, Áquilas Nogueira Mendes, Marília Cristina Prado Louvison
- 38 **Execução financeira dos blocos de financiamento da saúde nos municípios de Santa Catarina, Brasil**
Financial execution of health financing blocks in the municipalities of Santa Catarina, Brazil
Luciana Maria Mazon, Claudia Flemming Colussi, Carlos Otávio Senff, Sérgio Fernando Torres de Freitas
- 52 **Hospitais filantrópicos beneficiados por programa de incentivo financeiro: uma análise de desempenho**
Philanthropic hospitals benefited by financial incentive program: a performance analysis
Tanira Gomes de Toledo Barros, Carla Gianna Luppi

- 63 **Processo regulatório da Estratégia Saúde da Família para a assistência especializada**
Regulatory process of the Family Health Strategy for specialized care

Milene da Silva Dantas Silveira, Luiza Helena de Oliveira Cazola, Albert Schiaveto de Souza, Renata Palópoli Pícoli

- 73 **Estudo de linha de base avaliativa sobre capacidade de gestão descentralizada da Vigilância Epidemiológica**
Baseline evaluation study about the decentralized management capacity of the Epidemiological Surveillance

Silvone Santa Bárbara da Silva Santos, Cristina Maria Meira de Melo, André Renê Barboni, Carlos Antonio de Souza Teles Santos, Alexandro Gesner Gomes dos Santos

- 87 **Sofrimento mental de professores do ensino público**
Mental distress of public school teachers
Maiza Vaz Tostes, Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque, Marcelo José de Souza e Silva, Ricardo Rasmussen Petterle

- 100 **Percepção dos trabalhadores inseridos na reabilitação profissional do Instituto Nacional do Seguro Social: a organização do trabalho adoecê?**
Perception of the workers inserted in the professional rehabilitation of the National Institute of Social Security: does the work organization get sick?

Andréa Domingues da Silva Souza, Maria de Fátima Ferreira de Queiróz

- 113 **Afastamento do trabalho e os percursos terapêuticos de trabalhadores acometidos por LER/Dort**
Work leave and therapeutic pathways of workers affected by RSI/WRMSD
Camilla de Paula Zavarizzi, Maria do Carmo Baracho de Alencar

125	As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis <i>The influences of race/color on unfavorable obstetric and neonatal outcomes</i> Vanessa Cardoso Pacheco, Jean Carl Silva, Ana Paula Mariussi, Monica Roeder Lima, Thiago Ribeiro e Silva	191	Avaliação da satisfação dos usuários atendidos por serviço pré-hospitalar móvel de urgência <i>Evaluation of satisfaction of users assisted by prehospital mobile emergency care service</i> Rodrigo Assis Neves Dantas, Daniele Vieira Dantas, Jessica Cristhyanne Peixoto Nascimento, Sabrina Daiane Gurgel Sarmento, Sara Porfírio de Oliveira
138	Efeitos dos programas governamentais e da fecundidade sobre a mortalidade infantil do Semiárido brasileiro <i>Effects of government programs and fertility on child mortality in the brazilian Semiarid region</i> Everlane Suane de Araújo da Silva, Neir Antunes Paes, Cesar Cavalcanti da Silva	203	Perdas evitáveis de imunobiológicos na instância local: reflexões acerca do processo de trabalho da enfermagem <i>Avoidable losses of immunobiologicals in the local instance: reflections on the nursing work process</i> Fernanda Crosewski, Liliana Müller Larocca, Maria Marta Nolasco Chaves
148	Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária <i>Antiretroviral treatment: adherence and the influence of depression in users with HIV/Aids treated in primary care</i> Maria Fernanda Cruz Coutinho, Gisele O'Dwyer, Vera Frossard	214	Perfil de queixas técnicas relacionadas a seringas hipodérmicas de uso único comercializadas no Brasil após certificação compulsória <i>Profile of technical complaints related to single use hypodermic syringes marketed in Brazil after compulsory certification</i> Cristovão de Sousa Alves, Michele Feitoza Silva, Kátia Christina Leandro, André Luís Gemal
162	Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo <i>Actions aimed at the Diabetes Mellitus control in Primary Health Care: a proposal of evaluative model</i> Daiani de Bem Borges, Josimari Telino de Lacerda	225	Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil <i>Palliative care in home care for cancer patients in Brazil</i> Adriana Tavares de Moraes Atty, Jeane Glauca Tomazelli
179	Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde <i>Adherence to pharmacological treatment of arterial hypertension in Primary Health Care</i> Daiana Meggiolaro Gewehr, Vanessa Adelina Casali Bandeira, Gabriela Tassotti Gelatti, Christiane de Fátima Colet, Karla Renata de Oliveira	237	Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB <i>Public management at the SUS: considerations on the PMAQ-AB</i> Gabriela Mendes da Silva Flôres, Leni Dias Weigelt, Maristela Soares de Rezende, Rosimeri Telles, Suzane Beatriz Frantz Krug

248 A disseminação cultural das garrafadas no Brasil: um paralelo entre medicina popular e legislação sanitária

The cultural dissemination of garrafadas in Brazil: a parallel between popular medicine and sanitary legislation

Márcia Maria Barros dos Passos, Rayane da Cruz Albino, Michele Feitoza-Silva, Danilo Ribeiro de Oliveira

ENSAIO | ESSAY

263 Crítica à instituição médica moderno-industrial a partir do microssistema linguístico de Ivan Illich

Critique of the modern-industrial medical institution based on the linguistic microsystem of Ivan Illich

Alejandra Bello, Volnei Garrafa

274 O modelo de vigilância da água e a divulgação de indicadores de concentração de fluoreto

The surveillance framework of water and the reporting of fluoride concentration indicators

Paulo Frazão, Helenita Correa Ely, Luiz Roberto Augusto Noro, Helder Henrique Costa Pinheiro, Jaime Aparecido Cury

287 Residências Terapêuticas e a cidade: enfrentamentos de normas sociais vigentes

Therapeutic Residences and the city: confrontations of existing social norms

José Alberto Roza Junior, Ana Maria Loffredo

REVISÃO | REVIEW

296 Como usar a abordagem da Política Informada por Evidência na saúde pública?

How to use the Evidence-informed Policy approach in public health?

Maíra Catharina Ramos, Everton Nunes da Silva

307 Vigilância da saúde orientada às condições de vida da população: uma revisão integrativa da literatura

Health surveillance oriented to the living conditions of the population: an integrative literature review

Inez Siqueira Santiago Neta, Marcílio Sandro de Medeiros, Maria Jacirema Ferreira Gonçalves

318 Cultura organizacional na área da saúde: um estudo bibliométrico

Organizational culture in the health field: a bibliometric study

Pedro Henrique Fonseca, Ingrid Margareth Voth Lowen, Mariane Lemos Lourenço, Aida Maris Peres

RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY

331 Prevenção de transtornos alimentares e obesidade: relato de experiência da implementação do programa New Moves

Prevention of eating disorders and obesity: experience report of implementation of the program New Moves

Karin Louise Lenz Dunker, Marle dos Santos Alvarenga, Angélica Medeiros Claudino

Justiça social, democracia com direitos sociais e saúde: a luta do Cebes

A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) como uma política universal para todos constitui-se em uma das mais importantes conquistas da sociedade brasileira no século XX. Consagrado na Constituição Federal de 1988, nos seus artigos 196 a 198¹, o SUS deve ser valorizado e defendido como um marco para a cidadania e o avanço civilizatório. O caráter universalista, igualitário e integral do projeto constitucional para a saúde, desde o seu início, enfrentou resistências de forças econômicas e políticas que têm barrado e dificultado a sua implementação. O principal mecanismo usado é impedir um financiamento adequado e permanente ao Sistema.

Os argumentos recorrentes são os de que se gasta muito em saúde e que os recursos são mal aplicados, quando se sabe que o Brasil investe poucos recursos públicos em saúde – menos de 4% do Produto Interno Bruto (PIB) –, enquanto países com sistemas semelhantes investem cerca de 8%. Além disso, é importante salientar que a enorme desigualdade social existente no País produz vulnerabilidades que, ao lado do envelhecimento da população, aumentam o consumo dos serviços de saúde. Portanto, o debate sobre o financiamento da saúde deve partir da premissa de que quanto mais saúde um povo tem, de mais cuidado e assistência ele precisará. As projeções são de que os cuidados com saúde necessitariam de um aporte adicional de recursos de cerca de 37% nos próximos 20 anos².

Na contramão das necessidades, presentes e futuras, de saúde da população, o governo que assumiu o poder após o golpe de 2016, a serviço das elites nacionais, conseguiu aprovar no Congresso nacional emenda à Constituição que congela os gastos primários do governo federal por 20 anos³. Enquanto os gastos com a dívida pública seguirão sem limites, os dispêndios com saúde, educação, previdência e assistência social, infraestrutura, defesa, cultura e todas as demais despesas da gestão pública serão corrigidos apenas pela inflação medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

A saúde, como direito previsto pela Constituição, estabeleceu um sistema essencialmente público e único, reservando ao setor privado um papel complementar, ou seja, de atuar onde o sistema público não estivesse presente, mediante necessidades explícitas sob a decisão e a regulação do SUS. Isso impediria desequilíbrios ou mesmo a substituição do setor público. Mas não tem sido assim. O que se viu nas três décadas de existência do SUS foi um crescimento exponencial do setor privado e a financeirização do setor, na medida em que a saúde passou a ser objeto de lucro e interesse do capital financeiro.

Entre os 200 milhões de brasileiros, um quarto está coberto por planos privados de saúde de forma heterogênea, uma vez que os setores de maior renda possuem planos com maior cobertura de procedimentos e diferentes serviços de hotelaria. Entre os que ganham 20 salários mínimos mensais ou mais, a cobertura é de cerca de 80%. A maior parte dos planos é



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

contratada por empregadores, sendo que a contribuição patronal, evidentemente, é repassada ao preço final do produto ou serviço e, portanto, paga pelo consumidor final. Pela condição de benefício, ela não é tributada como rendimento do trabalhador. A parte paga por este, bem como para os planos contratados diretamente pelos indivíduos, é deduzida da renda bruta para efeitos de tributação. Há, portanto, simultaneamente, uma renúncia de arrecadação e um 'imposto' ao consumo oculto. A permissividade para a atuação do setor privado no País é evidenciada pela receita total das operadoras de planos de saúde, que, em 2015, foi de R\$ 143 bilhões⁴, 1,4 vez superior ao orçamento executado no mesmo ano pelo Ministério da Saúde.

Apesar de todos os obstáculos impostos ao SUS, do crônico subfinanciamento e de políticas econômicas que privilegiam a servidão ao pagamento de juros e serviços da dívida, sua implementação conseguiu mudar a lógica e ampliar o acesso, antes vinculado ao mérito: quem pagava a previdência social tinha direito à assistência médica; os demais permaneciam excluídos do sistema. Com isso, mudamos de um modelo contributivo para um universalismo inspirado no modelo Beveridgiano.

No entanto, deve-se reconhecer que estamos longe de ter garantia de acesso e atenção de qualidade nos serviços de saúde. Ainda existem milhares de pessoas que ficam meses em listas de espera para serem atendidas em serviços de média complexidade, o acesso a procedimentos eletivos é demorado, faltam leitos para internação hospitalar, há restrições para acesso a medicamentos e procedimentos. Mas é preciso contabilizar e celebrar os avanços de um sistema que incluiu milhares de pessoas, ampliou a rede de serviços, implantou a atenção básica e se configura como um importante setor produtivo, que gera empregos e ativa o parque industrial por meio da aquisição de insumos e tecnologias de saúde.

Os enormes problemas e desafios cujas causas principais são externas ao setor da saúde não significam o insucesso ou a inviabilidade do SUS. Tampouco, não o desqualificam como política pública nem indicam que é preciso criar outro sistema de saúde. A consciência da população com relação ao direito à saúde, no geral, é formatada pela lógica do consumo e orientada por uma mídia que não favorece os direitos sociais. A sociedade deve reconhecer a diferença entre direito à saúde e poder de compra de serviços de saúde; reconhecer o significado do SUS como uma conquista social que universalizou ações de atenção básica, de vigilância em saúde, de emergência e que tem 75% da população como usuária exclusiva. Tarefa difícil para os tempos individualistas, mas necessária se o Brasil escolher, nessa encruzilhada complexa, o caminho futuro de uma sociedade solidária e democrática.

A democracia envolve um modelo de Estado onde políticas sociais protegem os cidadãos e reduzem as desigualdades. A democracia participativa no âmbito da saúde é uma diretriz que valoriza a participação social, fortalece a cidadania e contribui para assegurar o exercício de direitos sociais, o pluralismo político e o bem-estar como valores de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, conforme prevê a Constituição¹.

Neste ano, em que se realizará a XVI Conferência Nacional de Saúde (CNS) (8^a+8 = 16^a), o ideário de democracia social e de justiça social do Movimento da Reforma Sanitária (MRS), consubstanciado no lema 'Saúde é democracia', é retomado de forma mais radical para alimentar o debate nacional sobre o projeto de saúde que queremos para todos os brasileiros e que buscamos construir ao longo desses 30 anos. A bandeira do MRS de então era a da construção de um novo sistema de saúde, o SUS. Nossa bandeira, hoje, é a defesa intransigente da saúde como expressão do combate às desigualdades sociais, como direito universal que se materializa nos seus aspectos da vigilância e da atenção no SUS. Defesa de um Estado democrático cujo centro para seu desenvolvimento sejam as pessoas e as populações, e não os interesses do mercado.

O debate que o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) propõe parte da constatação de que golpe de Estado não foi engendrado apenas para retirar um partido do governo, mas para devolver o Brasil a uma condição subalterna no jogo internacional. A cooperação das elites

políticas no poder e de setores do judiciário e do Ministério Público com autoridades estadunidenses, sem intermediação do poder executivo, configurando uma ilegalidade, tem como consequência direta o desmonte da cadeia de petróleo e gás no País e o enfraquecimento do programa nuclear brasileiro. A inflexão nas relações internacionais do Brasil pós-golpe, com esvaziamento do BRICS, do Mercado Comum do Sul (Mercosul), da União de Nações Sul-Americanas (Unasul) e realinhamento automático com os Estados Unidos (EUA), deixa claro que, no Brasil, ocorreu uma guerra não convencional, onde o povo perdeu o pouco que tinha conquistado.

As mudanças promovidas pelos governos chamados populares, mesmo que tímidas em muitos aspectos, trouxeram à maioria do povo uma experiência de que a miséria não é condição natural e que a pobreza não é inexorável. Daí, a aposta no caminho da politização da população, sobretudo das classes mais exploradas. Não há mais espaço para negociar ou adiar as reformas necessárias e estruturantes. A rapidez e a avidez do desmonte do País já apresentam seus resultados com a deterioração das condições de vida e de trabalho de setores que na última década haviam saído da condição de pobreza, com melhoria da condição dos trabalhadores. A reversão dessa tragédia nacional não virá das classes dominantes, mas das classes e frações de classes que estão sofrendo e sofrerão as consequências do desmonte do Estado brasileiro e da perda de direitos. O Cebes estará junto nessa luta.

Maria Lucia Frizon Rizzotto
Editora científica da 'Saúde em Debate'

Ana Maria Costa
Diretora executiva do Cebes

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretora de política editorial do Cebes

Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [internet]. Brasília, DF: Senado Federal; Coordenação de Edições Técnicas; 2016 [acesso em 2018 abr 20]. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf.
2. Noronha JC, Noronha GS, Costa AM. A revolta contra os pobres: saúde é para poucos. *Saúde debate* [internet]. 2017 Mar [acesso em 2018 abr 23]; 41(112):13-19. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v41n112/0103-1104-sdeb-41-112-0013.pdf.
3. Brasil. Emenda Constitucional no 95. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União. 16 Dez 2016 [acesso em 2018 abr 20]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>.
4. Mendes A, Weiller JAB. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. *Saúde debate* [internet]. 2015 Jun [acesso em 2018 abr 23]; 39(105). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00491.pdf>.

Social justice, democracy with social rights and health: the struggle of Cebes

THE CREATION OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS) as a universal policy for all constitutes one of the most important achievements of the Brazilian society in the XX century. Consecrated in the Federal Constitution of 1988, in its articles 196 to 198¹, the SUS must be valued and defended as a milestone for citizenship and civilizational advancement. The universalistic, egalitarian and integral character of the constitutional health project, since its inception, faced resistance from economic and political forces that have barred and hampered its implementation. The main mechanism used is to prevent adequate and permanent financing of the System.

The recurrent arguments are that health spending is too low and resources are poorly applied, when it is known that Brazil invests a few public health resources – less than 4% of the Gross Domestic Product (GDP) –, while countries with similar systems invest about 8%. In addition, it is important to emphasize that the enormous social inequality in the Country produces vulnerabilities that, along with the aging of the population, increase the consumption of health services. Therefore, the health financing debate must start from the premise that the healthier a people has, the more care and assistance it will need. The projections are that health care would require an additional resource input of about 37% over the next 20 years².

Contrary to health needs, present and future, of the population, the government that took power after the coup in 2016, at the service of national elites, was able to approve in the national Congress amendment to the Constitution that freezes the primary expenditures of the federal government for 20 years³. While expenditures on public debt will remain unlimited, health, education, social security and social assistance expenditures, infrastructure, defense, culture and all other public management expenditures will be corrected only by inflation measured by the Broad National Consumer Price Index (IPCA).

Health, as a right provided for by the Constitution, established a system essentially public and unique, reserving the private sector a complementary role, in other words, to act where the public system was not present, through explicit needs under the decision and regulation of the SUS. This would prevent imbalances or even the replacement of the public sector. But it has not been so. What was seen in the three decades of existence of SUS was an exponential growth of the private sector and the financialisation of the sector, as health became a profit and interest of financial capital.

Among the 200 million Brazilians, a quarter is covered by private health plans in a heterogeneous way, since the higher income sectors have plans with greater coverage of procedures and different hotel services. Among those earning 20 minimum monthly salaries or more, coverage is about 80%. Most of the plans are contracted by employers, and the employer's contribution, evidently, is passed on to the final price of the product or service and, therefore, paid by the final consumer. By the condition of benefit, it is not taxed as income of the worker.



This article is published in Open Access under the Creative Commons Attribution license, which allows use, distribution, and reproduction in any medium, without restrictions, as long as the original work is correctly cited.

The part paid for this, as well as for plans contracted directly by individuals, is deducted from gross income for tax purposes. There is, therefore, simultaneously, a waiver of collection and a 'tax' on hidden consumption. Permissiveness for the performance of the private sector in the Country is evidenced by the total revenue of health plan operators, which in 2015 was R\$ 143 billion⁴, 1.4 times higher than the budget executed in the same year by the Ministry of Health.

Despite all the obstacles imposed to the SUS, chronic underfunding and economic policies that privilege servitude to the payment of interest and debt services, its implementation managed to change the logic and expand access, previously linked to merit: who paid social security had the right to medical care; the rest remained excluded from the system. With this, we changed from a contributory model to a universalism inspired by the Beveridgian model.

However, it should be recognized that we are far from having guaranteed access and quality care in health services. There are still thousands of people who wait months to be served in services of medium complexity, access to elective procedures is time-consuming, hospital beds are lacking, there are restrictions on access to medicines and procedures. But it is necessary to account for and celebrate the advances of a system that included thousands of people, expanded the service network, implemented basic care and configured itself as an important productive sector that generates jobs and activates the industrial park through the acquisition of inputs and health technologies.

The enormous problems and challenges whose main causes are external to the health sector do not mean the failure or the infeasibility of the SUS. Neither, do they disqualify it as a public policy nor do they indicate that it is necessary to create another health system. The awareness of the population of the right to health, in general, is shaped by the logic of consumption and guided by a media that does not favor social rights. Society must recognize the difference between the right to health and the purchasing power of health services; recognize the meaning of SUS as a social achievement that universalized actions of basic care, health surveillance, emergency and that has 75% of the population as an exclusive user. A difficult task for individualistic times, but necessary if Brazil chooses, at this complex crossroads, the future path of a solidary and democratic society.

Democracy involves a State model where social policies protect citizens and reduce inequalities. Participatory democracy in the field of health is a guideline that values social participation, strengthens citizenship and contributes to ensuring the exercise of social rights, political pluralism and well-being as values of a fraternal, pluralist and unprejudiced society, as provides for the Constitution¹.

This year, when the XVI National Health Conference (CNS) ($8^a+8 = 16^a$) will be carried out, the social democracy and social justice ideology of the Health Reform Movement (MRS), embodied in the motto 'Health is democracy', is taken up in a more radical way to feed the national debate on the health project that we want for all Brazilians and that we have sought to build over these 30 years. The banner of the MRS of then was the construction of a new health system, the SUS. Our banner, today, is the intransigent defense of health as an expression of the struggle against social inequalities, as a universal right that materializes in its aspects of vigilance and attention in the SUS. Defense of a democratic State whose center for its development are people and populations, not market interests.

The debate that the Brazilian Center for Health Studies (Cebes) proposes is based on the finding that a coup d'état was generated not only to withdraw a party from the government, but to return Brazil to a subordinate condition in the international game. The cooperation of the political elites in power and sectors of the judiciary and the Public Ministry with authorities from the United States, without the intermediary of the executive power, configuring an illegality, has as a direct consequence the dismantling of the oil and gas chain in the country and the weakening of the Brazilian nuclear program. The inflection in post-coup international relations of Brazil, with the emptying

of the BRICS, the Southern Common Market (Mercosur), the Union of South American Nations (Unasur) and automatic realignment with the United States, makes it clear that, in Brazil, an unconventional war occurred, where the people lost what little they had conquered.

The changes promoted by so-called popular governments, though timid in many aspects, have brought to the majority of the people an experience that misery is not a natural condition and that poverty is not inexorable. Hence, the bet in the way of the politicization of the population, especially of the most exploited classes. There is no more room to negotiate or postpone necessary and structuring reforms. The rapidity and greed of the dismantling of the Country already present its results with the deterioration of the living and working conditions of sectors that in the last decade had left the condition of poverty, with improvement of the condition of the workers. The reversal of this national tragedy will not come from the ruling classes, but from the classes and fractions of classes that are suffering and will suffer the consequences of the dismantling of the Brazilian State and the loss of rights. Cebes will be together in this fight.

Maria Lucia Frizon Rizzotto
Scientific editor of 'Saúde em Debate'

Ana Maria Costa
Executive director of Cebes

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Director of editorial policy of Cebes

References

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [internet]. Brasília, DF: Senado Federal; Coordenação de Edições Técnicas; 2016 [acesso em 2018 abr 20]. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC9L_2016.pdf.
2. Noronha JC, Noronha GS, Costa AM. A revolta contra os pobres: saúde é para poucos. *Saúde debate* [internet]. 2017 Mar [acesso em 2018 abr 23]; 41(112):13-19. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v41n112/0103-1104-sdeb-41-112-0013.pdf.
3. Brasil. Emenda Constitucional no 95. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União. 16 Dez 2016 [acesso em 2018 abr 20]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>.
4. Mendes A, Weiller JAB. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. *Saúde debate* [internet]. 2015 Jun [acesso em 2018 abr 23]; 39(105). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00491.pdf>.

Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde

National Policy of Primary Healthcare 2017: setbacks and risks to the Unified Health System

Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini¹, Angélica Ferreira Fonseca², Luciana Dias de Lima³

RESUMO O artigo discute os significados e as implicações das mudanças introduzidas pela Política Nacional de Atenção Básica 2017, que promovem a relativização da cobertura universal, a segmentação do acesso, a recomposição das equipes, a reorganização do processo de trabalho e a fragilização da coordenação nacional da política. Argumenta-se que sua revisão indica sérios riscos para as conquistas obtidas com o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Na conjuntura atual de fortalecimento da ideologia neoliberal, tais modificações reforçam a subtração de direitos e o processo de desconstrução do Sistema Único de Saúde em curso no País.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Saúde da família. Política pública. Política de saúde.

ABSTRACT The article discusses the meanings and implications of the changes introduced by the National Policy of Primary Healthcare 2017, which promote the relativization of universal coverage, the segmentation of access, the recomposition of the teams, the reorganization of the work process and the weakening of the national policy coordination. It is argued that its review indicates serious risks to the achievements obtained with the strengthening of the Primary Health Care in Brazil. In the current conjuncture of strengthening neoliberal ideology, these changes reinforce the subtraction of rights and the process of deconstruction of the Unified Health System in progress in the Country.

KEYWORDS Primary Health Care. Family health. Public policy. Health policy.

¹ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. mvgcmorosini@gmail.com

² Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. afonseca@fiocruz.br

³ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp), Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. luciana@ensp.fiocruz.br

Introdução

Transcorridos 27 anos desde a promulgação das Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, é possível dizer que, mesmo com dificuldades e lacunas, foram as políticas direcionadas para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil que mais favoreceram a implantação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Expressas por meio de documentos específicos, as Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB)¹⁻³ tiveram papel fundamental nesse processo, permitindo inflexões importantes, principalmente no modelo de atenção e na gestão do trabalho em saúde nos municípios. Isso ocorreu de modo articulado à introdução dos mecanismos de financiamento que desempenharam papel indutor na sua adoção como eixo estruturante da organização das ações e serviços de saúde^{4,5}.

Em setembro de 2017, foi publicada uma nova PNAB³, que suscitou a crítica de organizações historicamente vinculadas à defesa do SUS, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp). Em nota conjunta, as três instituições denunciaram, entre outras coisas, a revogação da prioridade dada à Estratégia Saúde da Família (ESF) na organização do SUS com a provável perda de recursos para outras configurações da Atenção Básica (AB), em um contexto de retração do financiamento da saúde. Demonstraram preocupação com retrocessos em relação à construção de uma APS integral, que vinha direcionando o modelo de AB baseado na ESF⁶.

Este artigo teve como objetivo analisar as alterações nas diretrizes da AB promovidas no texto da PNAB 2017, tomando como parâmetros a PNAB 2011 e os princípios da universalidade e da integralidade da atenção à saúde, na perspectiva de uma APS forte e de uma rede integrada de atenção à saúde no SUS. Os temas analisados foram: a cobertura;

a posição relativa da ESF; a configuração das equipes; e a organização dos serviços.

Inicialmente, foram identificados alguns marcos instituintes da AB no Brasil e suas contribuições para a configuração do SUS. Na sequência, procurou-se situar o contexto de formulação dessa nova política e discutir prováveis riscos e retrocessos das alterações propostas para o SUS.

Apontamentos sobre a trajetória da política de Atenção Básica no Brasil

Em 1994, a criação do Programa Saúde da Família (PSF) permitiu ampliar a cobertura em saúde, em um movimento inicialmente voltado apenas para a parte da população brasileira em situação social mais vulnerável. Configurou-se um modo de compor a equipe e de organizar o processo de trabalho, com base territorial e responsabilidade sanitária, referências sustentadas pelas sucessivas políticas.

Com a Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB/96), o PSF assumiu a condição de estratégia de reorientação da APS, em substituição às modalidades tradicionais. A NOB/96 instituiu os componentes fixo e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) e estabeleceu incentivos financeiros aos municípios que adotassem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o PSF, tornando automática e regular a transferência de recursos federais para o financiamento desses programas⁷.

Essa priorização teve repercussões concretas, e, em 1998, foi estabelecido o primeiro Pacto de Indicadores da Atenção Básica⁸, processo que se renovou periodicamente por meio da negociação intergestores de metas para a avaliação e o monitoramento da AB no SUS. Desdobrou-se, também, em outros dispositivos de fortalecimento da AB, como, por exemplo, a criação do Sistema de Informação da Atenção



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Básica (Siab), também em 1998, substituindo o Sistema de Informação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (Sipacs).

Ainda visando à reorientação do modelo de atenção, foi criado, em 2002, o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf), voltado para os municípios com mais de 100 mil habitantes, explicitando a compreensão da saúde da família como uma estratégia viável não apenas nas pequenas cidades e no meio rural, onde se implantou originalmente. No âmbito do Proesf, foi criada, em 2005, a Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ), que instituiu uma metodologia de avaliação em diversos níveis: gestores, coordenadores, unidades de saúde e Equipes da Saúde da Família (EqSF), com o propósito de qualificação da AB por meio da avaliação⁹.

A agenda política de fortalecimento da APS por meio da ESF consolidou-se gradativamente e, em 2006, tornou-se uma das dimensões prioritárias do Pacto pela Vida¹⁰. Naquele mesmo ano, foi publicada a PNAB¹, revisada em 2011², buscando preservar a centralidade da ESF para consolidar uma APS forte, ou seja, capaz de estender a cobertura, prover cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde, configurando-se como porta de entrada principal do usuário no SUS e eixo de coordenação do cuidado e de ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esse processo envolveu um amplo escopo de ações, mobilizando instituições e sujeitos sociais para responder aos desafios colocados para a formação de trabalhadores, a organização do processo de trabalho, as interações com a comunidade, a compreensão do território e as relações entre os entes federados.

Segundo Magalhães Júnior e Pinto¹¹, há, pelo menos, dois indicadores importantes da centralidade dada à PNAB no âmbito federal das políticas de saúde. São eles: o aumento superior a 100% dos recursos repassados aos municípios para o financiamento da AB, entre 2010 e 2014; e a aplicação de recursos para a qualificação e a ampliação da estrutura

das unidades, por meio de um projeto específico, o Requalifica SUS, lançado em 2011.

Também em 2011, foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que incorporou elementos da AMQ e ampliou as vertentes de avaliação, tendo como finalidade a certificação das EqSF. Esse Programa permitiu vincular formas de transferência de recursos do PAB variável aos resultados provenientes da avaliação, constituindo-se em um mecanismo de indução de novas práticas⁹.

Em termos de cobertura, dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS) indicam que a ESF alcançava 58% da população, em outubro de 2017, e sabe-se que essa cobertura chegou a atingir 100% em alguns municípios. Tudo isso mediante novos serviços, modalidades e arranjos de equipes multiprofissionais, com destaque para as equipes ampliadas pela saúde bucal e pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Mesmo reconhecendo a persistência de problemas no acesso, na qualidade e na continuidade da atenção, diversos estudos sugerem avanços decorrentes das políticas de APS na redução de internações evitáveis e dos gastos hospitalares¹², e para a melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira^{13,14}.

Notas sobre a conjuntura e o texto da Política Nacional de Atenção Básica 2017

Presenciou-se, recentemente, a reorganização das forças políticas conservadoras no Brasil, o que resultou no impedimento de Dilma Rousseff e na condução do seu vice Michel Temer à Presidência. Ao mesmo tempo, observa-se o rápido fortalecimento de uma pauta antidemocrática e autoritária, orientada para o aprofundamento da mercantilização dos direitos sociais brasileiros.

Seguiu-se a aprovação de medidas ditas

‘racionalizantes’, sob a justificativa da necessidade de enfrentar o desequilíbrio fiscal, atribuído ao descontrole das contas públicas decorrentes de ‘políticas paternalistas’, que teriam agravado a crise econômica. A orientação é modificar a destinação dos recursos do fundo público, limitando as políticas sociais, promovendo a redução da dimensão pública do Estado e ampliando a participação do setor privado. Do mesmo modo, opera-se uma ofensiva contra a classe trabalhadora, atingindo conquistas fundamentais, como os direitos trabalhistas e previdenciários. Trata-se de um conjunto de reformas supressoras de direitos sociais, em uma represália sem proporções ainda calculadas, do capital contra o trabalho.

Entre as alterações legislativas que viabilizam esse processo, destaca-se a promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016, conhecida como a emenda do ‘Teto dos Gastos’, que congela por 20 anos a destinação de recursos públicos e produz efeitos nas diversas políticas, especificamente no financiamento do SUS.

Essas medidas incidem sobre uma relação frágil entre o SUS e a sociedade brasileira, e caminham em paralelo ao fortalecimento ideológico do setor privado como alternativa de qualidade para o atendimento das necessidades de saúde. Conforma-se, assim, o terreno propício para dar prosseguimento à desconstrução do SUS, cujo financiamento jamais alcançou um patamar de suficiência e estabilidade, ao passo que as empresas privadas de planos de saúde sempre foram objeto de fortalecimento, por meio da destinação de incentivos financeiros contínuos¹⁵.

Nessa conjuntura, as tendências que orientavam a revisão da PNAB 2011 já vinham sendo anunciadas, pelo menos, desde outubro de 2016, quando foi realizado o VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica, cujos indicativos para tal revisão foram publicados em um documento-síntese¹⁶. Ali, já se apresentava uma perspectiva regressiva, especialmente preocupante, considerando-se a correlação de

forças muito desfavorável aos que defendem a saúde como um direito universal¹⁷.

Desde então, as notícias sobre a revisão da PNAB foram se intensificando, mas sua produção foi pouco divulgada oficialmente e sua discussão manteve-se em espaços restritos, como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as reuniões entre os técnicos do MS. Em 27 de julho de 2017, o texto preliminar foi apresentado na CIT e encaminhado para consulta pública por dez dias. Apesar do curto prazo, a consulta recebeu mais de 6 mil contribuições, sem que tenham gerado, entretanto, mudanças expressivas no texto original ou tenham sido divulgados os seus resultados. A nova PNAB foi aprovada em 30 de agosto de 2017, pouco mais de um mês após tornar-se oficialmente pública. Uma característica marcante do texto da nova PNAB³ é a explicitação de alternativas para a configuração e implementação da AB, traduzindo-se em uma pretensa flexibilidade, sustentada pelo argumento da necessidade de atender especificidades locais e regionais.

Supostamente, amplia-se a liberdade de escolha dos gestores do SUS, o que poderia ser visto como positivo por responder às demandas de um processo de descentralização mais efetivo. Entretanto, esse processo só se completaria com a transferência de recursos necessários à autonomia de gestão pelos municípios, e com os mecanismos de controle social e participação popular. A presente análise não valida o raciocínio otimista, justamente porque é fruto de uma leitura informada pela atual conjuntura, que indica limites rigorosos, a partir dos quais essa política e suas possibilidades se realizarão.

Pode-se dizer que o discurso da PNAB se constrói de modo ambivalente, incorporando verbos como sugerir e recomendar, que retiram o caráter indutor e propositivo da política e expressam a desconstrução de um compromisso com a expansão da saúde da família e do sistema público. Entende-se, ainda, que essa estrutura de texto tem o propósito de blindá-lo à crítica, tornando suas proposições de mais fácil assimilação, afinal,

a partir do que está escrito, diversas opções seriam possíveis. Esta ambivalência é um recurso que permite omitir escolhas prévias (ideológicas), que parecem determinar o processo de revisão da PNAB no momento político atual. Tais escolhas remetem a uma concepção de Estado afinada com a racionalidade neoliberal, que aponta para o sentido inverso a uma maior presença do Estado, requerida para a continuidade do SUS como projeto e da AB como estratégia principal para a garantia da saúde como direito universal.

Feitas essas considerações mais gerais, apresenta-se a discussão de elementos específicos presentes na nova PNAB, inventariando os riscos potenciais detectados para o SUS e seus princípios.

Relativização da cobertura

Como ressaltado, a universalidade é um princípio estruturante da atenção à saúde no âmbito do SUS, que, aliada à integralidade, tem distinguido a PNAB de conformações simplificadas e focalizantes de APS. Baseadas nesses princípios, as PNAB 2006 e 2011 vinham projetando a expansão da ESF, nas duas últimas décadas. Considerando este movimento, o tema da cobertura da AB destaca-se como um importante indicador da intencionalidade da PNAB 2017.

Retrospectivamente, percebe-se que, entre os itens necessários à implantação da ESF nas PNAB 2006 e 2011, encontrava-se uma única referência à cobertura universal. Ela se construiu de forma mediada, representada pela relação entre o número previsto de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe e a cobertura de 100% da população cadastrada. Nessas PNAB, constava que, para a implantação de EqSF, seria necessário um número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por EqSF. A PNAB 2011 acrescentou o alerta de que não se deveria ultrapassar o limite

máximo de moradores vinculados a cada equipe, evidenciando a preocupação com as condições que poderiam diretamente afetar a qualidade da atenção.

No texto da PNAB 2017, anterior à consulta pública, não há nenhuma referência à cobertura universal. A referência a 100% de cobertura é retomada no texto publicado, porém restrita a certas áreas:

Em áreas de risco e vulnerabilidade social, incluindo de grande dispersão territorial, o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população, com um máximo de 750 pessoas por agente, considerando critérios epidemiológicos e socioeconômicos³⁽⁷¹⁾.

A flexibilização da cobertura populacional está relacionada também aos parâmetros da relação equipe/população apresentados no item 'Funcionamento'. Ali se lê que a população adscrita recomendada por equipe de AB e EqSF é de 2 mil a 3,5 mil pessoas. Entretanto, neste mesmo item, de acordo com as especificidades do território, prevê-se também a possibilidade de “outros arranjos de adscrição”³⁽⁷⁰⁾, com parâmetros populacionais diferentes, que podem ter alcance “maior ou menor do que o parâmetro recomendado”³⁽⁷⁰⁾. A decisão a esse respeito fica a cargo do gestor municipal, em conjunto com a equipe de AB e o Conselho Municipal ou Local de Saúde, com a ressalva de que fica assegurada a qualidade do cuidado.

Na PNAB 2011 havia a seguinte indicação: “quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe”²⁽⁵⁵⁾. Segundo essa redação, o critério de flexibilização de parâmetros populacionais apontava claramente a intenção de favorecer aqueles que apresentassem maior necessidade de atenção. O mesmo não pode ser dito em relação à nova PNAB, que, mais uma vez, se descompromete a adotar parâmetros que favoreçam um processo de atenção progressivamente mais qualificado. Ao desconsiderar a relação entre quantidade

e qualidade, a afirmação de que deve ser assegurada a qualidade do cuidado torna-se mera retórica.

A cobertura é igualmente relativizada por meio da indefinição do número de ACS, uma vez que a PNAB 2017 indica que

o número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente³⁽⁷¹⁾.

Deste modo, pode-se compor equipes com apenas um ACS. Quando uma política, simultaneamente, torna indefinido o número de ACS por equipes e flexibiliza os parâmetros de cobertura, reforça-se o risco de serem recompostas barreiras ao acesso à saúde de parte da população. Lembre-se, aqui, que o ACS é um trabalhador que deveria ser o ‘elo’ entre os serviços de saúde e a população, contribuindo para facilitar o acesso e proporcionar uma relação estável e contínua entre a população e os serviços de APS. Tal formulação compromete, também, um conjunto de processos já instituídos na ESF, que se estruturam por meio da presença constante de um trabalhador da saúde no território. Entre esses processos, destacam-se a escuta e a percepção de problemas e necessidades que poderiam ser invisíveis aos serviços, bem como a identificação e a criação de possibilidades de intervenção, dadas a partir de seus conhecimentos sobre a dinâmica da vida no território.

Essas alterações articuladas abrem um precedente inédito na história da PNAB, que desestabiliza o compromisso da política com a universalidade da atenção à saúde no SUS.

A segmentação do cuidado: padrões essenciais e ampliados de serviços

Pode-se dizer que, além da universalidade, outro princípio com o qual a PNAB 2017 se

descompromete é o da integralidade. Isto se dá, principalmente, por meio da definição de padrões diferenciados de ações e cuidados para a AB, novamente, sob o argumento das condições ou especificidades locais. Estes padrões distinguem-se entre ‘essenciais’ e ‘ampliados’.

Os padrões essenciais são ‘as ações e os procedimentos básicos’, que deveriam ser garantidos pelas equipes em todo o País. Embora sejam apresentados como condições básicas de acesso à atenção à saúde, e de qualidade do cuidado oferecido, a própria segmentação os remete à ideia de mínimos. Assim, o termo ‘básico’ se esvazia do sentido que é tão caro a alguns autores da literatura sobre APS no Brasil, isto é, como distintivo do compromisso da AB, de ser o primeiro nível de acesso a um sistema universal, que abrange uma rede integral e complementar de atenção à saúde, capaz de resolver 80% dos problemas de saúde da população.

Os padrões ampliados correspondem a

ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na AB, considerando as especificidades locais e decisão da gestão³⁽⁷⁰⁾.

Entretanto, tais padrões são apenas recomendados. A PNAB projeta um compromisso que se limita aos padrões essenciais, que, como já advertido, tendem a se configurar em torno de cuidados mínimos, recuperando a concepção de APS seletiva.

Não há nenhum conteúdo especificado que possibilite conhecer e analisar a que corresponderiam tais padrões. Não se sabe quais procedimentos e ações integram o padrão básico e, portanto, mantém-se a incerteza sobre a capacidade de esse padrão atender as necessidades de saúde que deveriam ser contempladas na APS. Em relação ao padrão ampliado, cabe questionar: existem ações e cuidados que integram a AB hoje, e que podem ser negligenciados a

ponto de constituírem um padrão opcional, ou seja, apenas recomendável? A análise em-preendida conclui o inverso. Este é um modo de consentir com o aprofundamento das desigualdades e a segmentação do acesso e do cuidado que marcam a APS em diversos países da América Latina, como apontam Giovanella et al.¹⁴.

O risco colocado, pela diferenciação entre os serviços ‘essenciais’ e ‘ampliados’, é de que se retome a lógica da seletividade com diretrizes que reforcem a segmentação e a fragmentação dos serviços e das ações de saúde no SUS, a partir da APS. Segundo Conill, Fausto e Giovanella¹⁸, a segmentação e a fragmentação são categorias fundamentais para a compreensão dos problemas dos sistemas de saúde. Estão relacionadas à garantia dos direitos sociais e são muito sensíveis aos problemas de financiamento público, com efeitos restritivos às possibilidades de acesso aos demais níveis de atenção e à constituição de redes integradas de atenção à saúde¹⁹.

A segmentação propugnada pela PNAB deve ser examinada de modo articulado à racionalidade, aos interesses e à perspectiva de sistema de saúde enunciada pelo atual ministro da saúde, Ricardo Barros, segundo a qual seria desejável compreender os setores público e privado suplementar como partes de um todo único. Neste sentido, ampliam-se as condições para que a saúde suplementar passe a integrar o sistema de serviços de saúde, desta vez diretamente impulsionado pelo desenho das políticas públicas.

A base argumentativa para a segmentação do cuidado, na nova PNAB, deturpa a ideia de especificidades territoriais que antes justificavam e davam consistência ao princípio da equidade, este que remete à obrigação ético-política de se estabelecerem parâmetros e processos visando à superação de desigualdades historicamente produzidas na sociedade brasileira, de modo a revelar e interferir sobre as condições que as produzem. Contrariamente, esta segmentação do cuidado traz as bases para o

desenvolvimento de um SUS seletivo, que universaliza mínimos e estratifica padrões de atenção, justificados por situações precárias, cuja superação não está no horizonte de compromissos das políticas públicas projetadas no atual contexto. São sentidos opostos de utilização de uma noção – o território – que se fortaleceu no processo de consolidação da saúde da família como estratégia de ordenamento da AB no Brasil. Daí, o seu apelo positivo. Mais uma vez, trata-se da apropriação e ressignificação negativa de uma ideia-chave para os defensores da APS forte, que contribui para confundir o leitor quanto às intenções da nova PNAB.

Entretanto, a desconstrução do compromisso com a universalidade e com a integralidade parece fazer parte de um quadro mais amplo, que não nos permite ilusões. O horizonte imediato do setor da saúde, na perspectiva das forças políticas hegemônicas, revela-se em uma fala proferida pelo ministro Barros sobre o tema ‘Gestão transformadora para a saúde pública’, em um encontro com líderes empresariais ocorrido em 2016:

Queremos mais recursos para a saúde e, como estamos nessa crise fiscal, se tivermos planos acessíveis com modelos de que a sociedade deseje participar, teremos R\$ 20 [bilhões] ou R\$ 30 bilhões a mais de recursos, que serão colocados para atendimento de saúde. Isso vai aliviar nosso sistema, que está congestionado²⁰⁽¹⁾.

Com o intuito de viabilizar esse propósito, o MS criou um Grupo de Trabalho (GT) para elaborar um projeto que possibilite a oferta de planos de saúde com número de serviços inferior ao definido como cobertura mínima pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A adesão a esses planos ‘populares’ de saúde – entendidos aqui como simplificados – seria voluntária.

Como se gera a ‘adesão voluntária’ ao setor privado? A resposta que esta reflexão busca oferecer pode parecer óbvia ou redundante: se

produz adesão ao setor privado por exclusão do setor público. Entretanto, não é óbvio compreender que a exclusão do setor público deve ser ativamente produzida e se faz por meio da restrição ao acesso, associada à baixa qualidade dos serviços. É esta combinação que acarreta a evasão de parte das classes populares ou a não adesão da classe média ao SUS.

Compreende-se que estão em curso três eixos de ação: a) definir padrões mínimos e ampliados para a AB; b) estabelecer uma “regulação que permita menos cobertura e menos custo”²⁰; e c) colocar no mercado planos baseados na oferta de um rol mínimo do mínimo^{20,21} de serviços. Articuladas, estas ações integram um processo que, pela exclusão do SUS, pode gerar clientela para os planos privados e viabilizar planos incapazes de atender às necessidades de saúde. Neste cenário, a nova PNAB tende a servir como plataforma para o avanço de políticas que aprofundem tais possibilidades.

A naturalização da ingerência do setor privado no SUS, expressa por pensamentos tais como ‘isso já acontece’, contribui para ofuscar o fato de que a AB vinha se constituindo como um contraponto a essa realidade. Uma vez sustentado o movimento de expansão e qualificação da ESF, a AB tenderia a concretizar, a médio e longo prazo, a experiência do acesso à atenção à saúde, efetivamente pública. Esta é a aposta que está sendo suspensa ou interrompida.

O reposicionamento da Estratégia Saúde da Família e a retomada da Atenção Básica tradicional

Em relação ao papel da ESF, o texto da PNAB 2017 apresenta uma posição, no mínimo, ambígua. Ao mesmo tempo em que mantém a ESF como prioritária no discurso, admite e incentiva outras estratégias de organização da AB, nos diferentes territórios:

Art. 4º – A PNAB tem na saúde da família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo, reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios, fundamentos e diretrizes da Atenção Básica e do SUS descritos nesta portaria, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais, ressaltando a dinamicidade do território³⁽⁶⁸⁾.

Essa ambiguidade torna-se mais visível quando se analisam, em conjunto, certos elementos dessa política. Destacam-se, principalmente, alterações nas regras de composição profissional e de distribuição da carga horária dos trabalhadores nas equipes de AB.

A presença dos ACS não é requerida na composição mínima das equipes de AB, diferentemente do que acontece na ESF. Considerando as recentes conquistas desses trabalhadores, em relação aos vínculos empregatícios e à definição do piso salarial da categoria, entende-se que esta é uma possibilidade que desonera financeiramente a gestão municipal, tornando-se extremamente atraente no contexto de redução de recursos já vivenciado, e cujo agravamento é previsto.

A presença desse trabalhador e a continuidade, com regularidade, das ações por ele desempenhadas nunca estiveram tão em risco. O prejuízo recai principalmente sobre as ações educativas e de promoção da saúde, pautadas pela concepção da determinação social do processo saúde-doença e da clínica ampliada, que configuram bases importantes para a reestruturação do modelo de atenção à saúde.

Em relação à carga horária, determina-se o retorno da obrigatoriedade de 40 horas para todos os profissionais da ESF, inclusive os médicos, cuja carga horária havia sido flexibilizada na PNAB 2011. Esta alteração retoma condições estabelecidas desde a implantação do PSF, que são consideradas

positivas para favorecer o vínculo entre profissional e usuário, e potencializar a responsabilidade sanitária das equipes e a continuidade do cuidado. Entretanto, sabe-se que a flexibilização da carga horária dos médicos de 40 para 20 horas buscava equacionar a dificuldade de fixação desse profissional nas equipes, um problema que persiste.

Diferentemente do que é previsto para a ESF, a carga horária projetada para as equipes de AB (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem) deve atender às seguintes orientações: a soma da carga horária, por categoria, deve ser, no mínimo, de 40 horas; a carga horária mínima de cada profissional deve ser de 10 horas; o número máximo de profissionais por categoria deve ser três.

Operacionalmente, são inúmeros os arranjos possíveis para a composição das equipes de AB. Para fins de ilustração, uma equipe pode ser composta por três médicos, dos quais dois devam ter cargas horárias de 20 horas e um de 10 horas; três enfermeiros, com 40 horas cada; um auxiliar ou técnico de enfermagem, com 40 horas; e nenhum ACS. Isto significa que, pelo menos, três fatores tornam mais atraente a composição de equipes no modelo de AB tradicional: contam com menos profissionais do que a ESF e, portanto, podem ter um custo mais baixo; são mais fáceis de organizar, em função da flexibilidade da carga horária; e, agora, são também financeiramente apoiadas. É importante lembrar que a referência de população coberta também foi flexibilizada.

Embora essas alterações possam ser lidas como meros instrumentos de gestão, visando à redução de custos, cabe questionar, ainda, os seus possíveis efeitos sobre o modelo de atenção à saúde. Tal formatação de equipes tende a fortalecer a presença de profissionais cuja formação permanece fortemente orientada pelo modelo biomédico, curativo e de controle de riscos individuais. Neste sentido, antes mesmo que a ESF tenha avançado significativamente na transformação do modelo de atenção, a PNAB 2017 representa uma regressão em

relação a esse propósito, criando as condições para a expansão da AB tradicional e fortalecendo o binômio queixa-conduta.

Integração das atribuições ou fusão dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias?

Desde a realização do já mencionado VII Fórum de Gestão da Atenção Básica, em outubro de 2016, pelo MS, com o propósito de produzir subsídios para a revisão da PNAB, tem circulado a ideia de fundir as atribuições dos ACS e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE), tornando-os um único tipo de profissional¹⁷.

A PNAB 2017 desenvolve a materialização dessa ideia e afirma que “as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas”³⁽⁷³⁾ sob o argumento da necessidade de união entre a AB e a vigilância em saúde, visando ao sucesso das ações desenvolvidas nos territórios. Em seguida, define as atribuições que devem ser comuns a ambos os agentes e as atribuições específicas de cada um.

Nessa distribuição, percebem-se três movimentos. O primeiro é a inclusão, na lista de atribuições comuns aos ACS e aos ACE, das atividades historicamente destinadas aos ACS, tais como: o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e riscos; a realização de visitas domiciliares periódicas para o monitoramento da situação de saúde das pessoas; a identificação e o registro de situações de risco à saúde; e a orientação, a informação e a mobilização da comunidade. O segundo movimento é a predominância, na lista das atribuições específicas dos ACS, de atividades de produção e registro de uma série de dados e informações pelas quais somente este trabalhador é responsável. O terceiro corresponde à manutenção do trabalho atualmente já

desenvolvido pelos ACE na lista das atribuições específicas desse trabalhador.

Em síntese, o ACE preserva a responsabilidade sobre práticas tradicionalmente associadas ao seu trabalho, mas sofre um acréscimo em suas tarefas ao incorporar as atividades hoje atribuídas aos ACS. Estes, por sua vez, sofrem uma descaracterização do seu trabalho, que já vem sendo esvaziado das ações de educação em saúde, em virtude da priorização de atividades associadas às 'linhas de cuidado', que têm assumido um foco na prevenção de doenças, assim destinando a esses trabalhadores ações mais pontuais.

É preciso também considerar o quanto a integração entre esses profissionais estaria mais a serviço do corte de custos, pela diminuição de postos de trabalho, do que do aprimoramento do processo de trabalho e do aumento da eficiência das EqSF. Um resultado provável para esta relação será uma intensificação ainda maior do trabalho dos agentes que restarem nas equipes.

Ainda que se concorde com a necessidade de aproximação e de articulação entre os campos da vigilância e da atenção à saúde, isto não se resume à fusão de seus agentes. Enquanto ainda não se efetivaram esforços suficientes para se alcançar a integração dos ACE nas EqSF, conforme estabelecido pela PNAB de 2011², projeta-se um processo de trabalho que desconsidera as especificidades dessas áreas técnicas e suas respectivas políticas. Além disto, não se desenvolvem pontos de integração no planejamento do trabalho e da formação, nem projetos de ação conjunta entre esses trabalhadores, nos territórios e nas unidades de saúde.

Fragilização da coordenação nacional no pacto federativo da saúde

O SUS possui caráter nacional e universal, e integra um conjunto amplo de ações que

devem ser organizadas em uma rede descentralizada, regionalizada e hierarquizada de serviços. Vários aspectos influenciam a implantação deste modelo, entre eles, as características da federação brasileira, que se distingue pelo reconhecimento dos municípios como entes autônomos a partir da Constituição de 1988. Tais municípios (5.570, no total) são muito desiguais entre si e, em sua maioria (cerca de 90%), possuem pequeno ou médio porte populacional e limitadas condições político-institucionais para assumirem as responsabilidades sobre a gestão das políticas de saúde que lhes são atribuídas.

Diversos foram os esforços empreendidos na trajetória de implantação do SUS para lidar com as tensões do federalismo brasileiro. As políticas direcionadas para o fortalecimento da ESF permitiram a consolidação do papel coordenador da União no pacto federativo da saúde²². Normas e incentivos financeiros federais favoreceram a implantação das políticas pelos municípios, com desconcentração de serviços no território e consolidação da ESF como referência nacional para organização da AB no SUS. Essas políticas também possibilitaram uma redistribuição não desprezível de recursos financeiros, com privilegiamento de municípios situados em regiões mais carentes, mesmo em um contexto de dificuldades de financiamento da saúde²³.

A nova PNAB, ao flexibilizar o modelo de atenção e do uso dos recursos transferidos por meio do PAB variável, fragiliza o poder de regulação e indução nacional exercido pelo MS, responsável por avanços significativos no processo de descentralização do SUS. No que tange ao financiamento, ressalta-se a ausência de mecanismos de valorização diferenciada da ESF em relação às chamadas equipes de AB, para as quais, anteriormente, não eram destinados esses recursos.

O fato é que passa a ser facultada à gestão municipal a possibilidade de compor equipes de AB, de acordo com as características e as

necessidades do município. Mais uma vez, aparece o recurso às especificidades locais como justificativa para a flexibilização do modelo de AB. No discurso dos gestores, a abertura de ‘novas’ possibilidades de financiamento e organização da AB tem sido valorizada quase como um reparo às supostas ‘injustiças’ cometidas contra as formas tradicionais de configuração da AB. O MS justifica as mudanças alegando que as regras praticadas nas PNAB anteriores acarretaram um desfinanciamento de parte dos serviços de AB existentes no País.

Entretanto, esses argumentos mostram-se falaciosos na medida em que suprimem do debate as análises que mostram os impactos positivos da adoção e expansão da ESF nas condições de vida e saúde da população. Também não levam em consideração que as especificidades locais já eram objeto das PNAB anteriores e de incentivos financeiros vigentes, sendo possível observar a adoção de adaptações ao modelo preconizado pela ESF em vários municípios do País. Além disto, tais mudanças acabam por favorecer as capitais e os centros urbanos metropolitanos, que aderiram à ESF de modo tardio e apresentam menor cobertura. Isso poderá acarretar um redirecionamento de recursos para regiões mais desenvolvidas e com maior capacidade de arrecadação de tributos, comprometendo os avanços alocativos do setor.

Por fim, mais uma vez, chama a atenção a ausência de uma análise contextualizada sobre o impacto das mudanças que estão sendo propostas na PNAB 2017, e que serão implementadas nos próximos anos. A liberdade e a maior autonomia requeridas pelos gestores locais se inserem em uma conjuntura de ameaças aos direitos sociais, e de forte restrição fiscal e orçamentária, com agravamento da situação de subfinanciamento do SUS. Esse contexto condicionará as escolhas políticas, ampliando as dificuldades locais para a manutenção de serviços de AB frente aos custos elevados da atenção de

média e alta complexidade no SUS. A escassez de recursos públicos disponíveis para a saúde também tenderá a aumentar as disputas redistributivas, favorecendo a influência de interesses particulares nas decisões alocativas do setor, a implantação de planos privados de cobertura restrita e de modelos alternativos à ESF, com resultados duvidosos para a organização da AB.

Considerações finais

Desde o início dos anos 1990, para grande parte da população brasileira, a AB tem sido a face mais notável de um sistema de saúde orientado por princípios de universalidade, integralidade e equidade. Confrontada com tendências que priorizam programas focalizantes e compensatórios, mais afeitos à racionalidade neoliberal hegemônica, a ESF tem se configurado como meio de expansão do acesso e de realização do direito à saúde.

Alçada à condição de estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde, tem ainda um longo caminho a percorrer e obstáculos a ultrapassar, antes que seja alcançado o objetivo de efetivar uma clínica ampliada, que articule diferentes saberes, trabalhadores e setores da política pública, de modo a compreender e enfrentar os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Há muito a ser reorganizado e modificado em função dos resultados das pesquisas e das avaliações realizadas sobre a AB. A qualificação de trabalhadores de todos os níveis de formação que compõem as EqSF, visando ao trabalho baseado no território; a integração entre prevenção, atenção e promoção da saúde; a organização de processos de trabalho mais democráticos e participativos, nos quais os trabalhadores tenham papel importante no planejamento das ações, na definição e discussão das metas e prioridades das equipes; a gestão pública do trabalho e dos serviços de AB; e a regularização dos vínculos contratuais são questões que precisam ser priorizadas.

Entretanto, as modificações introduzidas na PNAB 2017 apontam para outra direção. Em um breve inventário, destacam-se alguns mecanismos da nova política que promovem a relativização da cobertura universal, a definição de padrões distintos de serviços, a recomposição das equipes e a reorganização do processo de trabalho na AB, entre outras mudanças importantes, que também devem ser consideradas. A revisão empreendida atinge principalmente as conquistas alcançadas pela ESF e os processos em curso, que pavimentam caminhos para se concretizar uma APS forte, parte fundamental de redes de atenção em um sistema universal de atenção integral à saúde.

Em nome de uma suposta maior autonomia dos municípios, o MS renuncia à sua responsabilidade de coordenação e indução de bases nacionais para a PNAB, fato bastante arriscado em um país com realidades locais-regionais tão distintas e com um processo de descentralização que carece de aprimoramentos. São particularmente preocupantes as consequências do possível descompromisso dos gestores com a oferta universal dos serviços de AB; a segmentação do acesso ao cuidado; a desvinculação das equipes dos territórios; e a desqualificação do trabalho de ACS e ACE, acentuando o caráter utilitarista de suas atividades e o reforço à privatização.

Estas questões articuladas agravam o risco de desassistência de parte significativa da população, e de perda na qualidade dos serviços da AB. Tais ameaças tornam-se especialmente graves em um momento de ruptura das relações e instituições democráticas, e de naturalização de um processo crescente de subtração de direitos e aprofundamento da desigualdade. Consolida-se um processo anticivilizatório do capital, que precisa mercantilizar cada vez mais espaços de produção e reprodução da vida humana. Desassistir frações da classe trabalhadora com alguma capacidade de comprar serviços de saúde – como parece ser o horizonte desenhado pela PNAB 2017 – significa que o Estado brasileiro atua, mais uma vez, em favor da ampliação da participação do setor privado na saúde, em detrimento de um sistema que nunca pôde ser inteiramente público.

Em contraposição, como projeto de luta e transformação, defende-se que os princípios do SUS, democraticamente constituídos e legalmente estabelecidos, deveriam ser tomados como valores éticos, que precedem e orientam a reconfiguração das políticas de saúde. Portanto, não devem e não podem ser transgredidos ou sequer flexibilizados, seja em função da tão aludida crise econômica vigente, muito menos em atenção às necessidades do mercado. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da União. 2006 Mar 28. [acesso em 2018 fev 27]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html.
2. Brasil. 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 República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 Out. 2011. [acesso em 2017 nov 22]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. [acesso em 2017 nov 30]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>.
4. Giovanella L, Mendonça MH. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVV, et al., organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2012. p. 493-545.
5. Castro ALB, Fausto MCR. A política brasileira de atenção primária à saúde. In: Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, organizadores. Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 173-196.
6. Abrasco; Cebes; Ensp. Contra a reformulação da PNA – nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica. [internet]. [acesso em 2018 fev 22]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>.
7. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das normas operacionais básicas. Ciênc. Saúde Colet., 2001; 6(2):269-91.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para a Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. [internet]. [acesso em 2017 dez 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html.
9. Fonseca AF, Mendonça MH. Avaliação e políticas públicas de saúde: reflexões a partir da atenção básica. In: Guizardi F, Nespoli G, Cunha ML, et al., organizadores. Políticas de Participação e Saúde. 1ed. Recife: Editora Universitária-UFPE, 2014. p. 197-224.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação de apoio à gestão descentralizada. Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. [internet]. [acesso em 2017 dez 01]. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>.
11. Magalhães Jr HM, Pinto HA. Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? Divulg. Saúde debate [internet]. 2014 Out; 51:14-29. [acesso em 2018 fev 20]. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>.
12. Silva EN, Powell-Jackson T. Does expanding primary healthcare improve hospital efficiency? Evidence from a panel analysis of avoidable hospitalisations in 5.506 municipalities in Brazil, 2000-2014. BMJ Global Health 2017; 2:e000242.

13. Pereira AMM, Castro ALB, Malagón Oviedo RA, et al. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. *Saúde debate* [internet]. 2012 Set; [acesso em 2017 dez 3]; 36(94):482-499. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000300019&lng=pt&nrm=iso.
14. Giovanella L, Almeida PF, Romero RM, et al. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde debate*, 2015 Jun; 39(105):300-322.
15. Ocké-Reis CO. Desafios da reforma sanitária na atual conjuntura histórica. *Saúde debate* [internet]. 2017 Abr [acesso em 2017 dez 1]; 41(113):365-371. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000200365&lng=pt&nrm=iso.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica. [internet]. [acesso em 2016 nov 30]. Disponível em: <https://blog.atencaobasica.org.br/wp-content/uploads/2016/10/Síntese-VII-Fórum-AB.pdf>.
17. Morosini MVGC, Fonseca AF. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2017 dez 1]; 33(1):e00206316. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000100301&lng=pt&nrm=iso.
18. Conill EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2010; 10(Supl.1):15-27.
19. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(6):2753-2762.
20. Empresa Brasileira de Comunicação. Plano de saúde mais barato aliviará gasto com o SUS, diz Barros. Por Flávia Albuquerque 2016 Ago 8. [internet]. [acesso em 2017 out 27]. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-08/plano-de-saude-mais-barato-aliviara-gasto-com-financiamento-do-sus-diz-barros>.
21. Barros R. Palestra proferida no seminário “Novos Modelos para a Saúde”. Realização O Globo. 2017 Ago 15; Museu de Arte do Rio, Rio de Janeiro.
22. Viana ALA, Machado CV. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009; 14(3):807-817.
23. Lima LD. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. *Trab. Educ. Saúde*, 2009; 6(3):573-597.

Recebido em 06/12/ 2017

Aprovado em 01/03/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

O processo de regionalização do SUS e a autonomia municipal no uso dos recursos financeiros: uma análise do estado de São Paulo (2009-2014)

The process of regionalization of SUS and municipal autonomy in the use of financial resources: an analysis of the state of São Paulo (2009-2014)

Ligia Schiavon Duarte¹, Áquilas Nogueira Mendes², Marília Cristina Prado Louvison³

RESUMO Este artigo tem como objetivo compreender os efeitos que o financiamento das ações e dos serviços públicos vinculado às redes temáticas de atenção à saúde tem sobre as transferências de recursos federais para o Fundo Municipal de Saúde no interior do Bloco de financiamento da Média e Alta Complexidade (MAC), no sentido de identificar em que medida a implementação dessas redes restringiu a autonomia dos entes municipais e quais foram prioritárias com relação ao volume de recursos efetivamente transferidos. De forma geral, indaga-se se as transferências vinculadas às redes temáticas significaram um acréscimo aos recursos do Bloco MAC, mantendo assim preservada a parcela de uso mais autônomo dos entes municipais.

PALAVRAS-CHAVE Economia da saúde. Financiamento da assistência à saúde. Descentralização. Regionalização.

ABSTRACT This article aims to understand the effects that the financing of actions and public programs linked to the health care thematic networks have on the transfers of federal resources to the Municipal Health Fund within the Block of financing of the Medium and High Complexity (MHC), in order to identify to what extent the implementation of these networks restricted the autonomy of municipal entities and which were prioritized in relation to the volume of resources effectively transferred. By and large, one has to question if the transfers linked to thematic networks meant an increase to the resources of the MHC Block, keeping thus the most autonomous portion of use of municipal entities preserved.

KEYWORDS Health economics. Health care financing. Decentralization. Regional health planning.

¹Instituto de Saúde – São Paulo (SP), Brasil. ligia.duarte@uol.com.br

²Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública – São Paulo (SP), Brasil. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Programa de Estudos Pós-Graduados em Economia Política e Departamento de Economia – São Paulo (SP), Brasil. aquilasn@uol.com.br

³Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública – São Paulo (SP), Brasil. mariliamp@gmail.com

Introdução

O debate sobre a forma de transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos subnacionais – Fundo Estadual de Saúde (FES) e Fundo Municipal de Saúde (FMS) – ganhou destaque com a recente aprovação pelo Ministério da Saúde da Portaria nº 3.992/2017, que orienta o repasse em duas fontes, custeio e investimento, em substituição aos blocos de financiamento definidos pela Portaria nº 204, do Ministério da Saúde, de 2007. Ainda que os artigos 17 e 18 da Lei Complementar nº 141, de 2012¹, já orientassem sobre a necessidade de alteração na forma de repasse dos recursos da saúde, o embate entre os diferentes atores políticos quanto à defesa ou não de tais mudanças aponta para a necessidade de se resgatar o processo de descentralização da política de saúde pública a partir da distribuição equitativa dos recursos financeiros e de sua adequada alocação, e, ainda, sua influência na estruturação regional do Sistema Único de Saúde (SUS).

O aprofundamento ou não do processo de descentralização deve ser o eixo condutor dessa análise. Embora as propostas de descentralização da gestão das políticas públicas de saúde e da participação civil nesse processo já estivessem presentes no Brasil em meados do século XX, inspiradas por um período de efervescência política e social no cenário nacional²⁻⁴, a descentralização da gestão do sistema de saúde nacional, conhecida pela vertente da municipalização dos serviços de saúde, é levada a cabo ao longo dos anos 1990. Esse processo é resultado do compromisso da Constituição Federal de 1988 em promover o aumento do poder decisório das comunidades locais para apresentar e conduzir soluções para os seus problemas, buscando, assim, consolidar a democracia nascente⁵.

Ainda que a importância da descentralização da gestão do sistema e da participação da sociedade civil para a consolidação da

democracia brasileira esteja em consonância com o debate mais geral do campo da saúde coletiva, diversos autores vêm apontando o ‘excesso’ de autonomia municipal como responsável pela fragmentação do sistema, o que dificultaria a gestão adequada da rede assistencial, sobretudo nos níveis de maior intensidade tecnológica⁶⁻⁸. Por outro lado, há autores que não reconhecem esse ‘excesso’, mas, ao contrário, identificam a limitação da autonomia dos entes subnacionais, sobretudo dos municípios, quando se consideram os critérios criados para as transferências dos recursos da União para os estados e municípios⁹⁻¹³. Para estes autores, a despeito de o arcabouço legal e normativo que contempla o financiamento do SUS apontar, em diferentes momentos, para a importância de se garantir o uso dos recursos segundo as definições locais da política de saúde, a transferência fragmentada e condicionada em forma de incentivo ainda determina grande parte dos repasses da União.

Para Mendes et al.¹², o propósito de garantir a autonomia dos estados e municípios no uso dos recursos a partir das transferências da esfera federal para os entes subnacionais, item explicitado na Lei Orgânica da Saúde¹⁴, não se efetivou. O arcabouço jurídico institucional que se seguiu, representado pelas Normas Operacionais Básicas (NOB), promoveu avanços ao induzir a transferência de recurso do FNS para os FES e para os FMSs, de forma regular e automática, no que se convencionou chamar de ‘transferência fundo a fundo’. No entanto, se na NOB 93¹⁵ estavam previstos repasses a partir de um teto financeiro global, que permitia ao gestor municipal, em uma determinada condição de gestão, autonomia no uso dos recursos, na NOB 96¹⁶, os recursos passam a ser ‘carimbados’. Isso significa que, se, inicialmente, os repasses poderiam ser usados em todas as ações e os serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, a partir da NOB 96, parte dos recursos passa a ser condicionada à adesão do ente subnacional às ‘campanhas’ incentivadas pelo Ministério da Saúde^{10,11}.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

É possível afirmar que essa disputa pelo uso dos recursos financeiros transferidos pela União para os entes subnacionais, verificada ao longo da década de 1990, embrenha-se no processo de regionalização do SUS, que toma força a partir do início da década de 2000. Os marcos no arcabouço normativo desse processo, iniciado pelas Normas Operacionais da Assistência à Saúde – Noas 2001/2002¹⁷, passando pelo Pacto pela Saúde 2006¹⁸ e chegando, mais recentemente, ao Decreto nº 7.508¹⁹, permitem observar a ampliação das transferências fragmentadas de recursos, efetivando repasses em forma de incentivo para uma grande variedade de componentes¹³.

Além da grande fragmentação na transferência de recursos, que restringe a autonomia dos entes municipais no uso desses recursos, é possível observar, também, que, a partir do Decreto nº 7.508, com o protagonismo assumido pela Rede de Atenção à Saúde (RAS)²⁰, grande parte dos incentivos é voltada às ações e aos serviços da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC). Essa perspectiva fica evidenciada quando se observa a importância das redes temáticas de atenção à saúde no direcionamento de transferências vinculadas ao processo de regionalização do SUS.

A transferência de recursos para as redes temáticas regionais incide de alguma forma sobre três blocos de financiamento, o da MAC, o de investimento e o da Atenção Básica (AB). No entanto, grande parte do montante disponibilizado às estratégias vinculadas às redes temáticas foi direcionada ao Bloco MAC¹³. Assim, mesmo que se considere que parte dos componentes da estrutura operacional das RAS seja transversal – AB, sistemas de apoio, sistemas logísticos e o sistema de governança –, ou seja, comum a todas as redes temáticas²¹, os recursos financeiros disponibilizados aos estados e municípios foram ‘carimbados’, sobretudo para o uso em procedimentos de média e alta complexidade, nos moldes definidos nas

portarias que norteiam as redes temáticas.

Esses aspectos podem ser constatados quando se consideram as principais características do financiamento das quatro principais redes temáticas. A saber: a Rede Cegonha (RC), a Rede de Atenção à Urgência (RAU), a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limite). A análise das portarias que orientam a transferência de recursos para essas redes temáticas evidencia a transferência de recursos para os governos subnacionais, priorizando o Bloco de financiamento da MAC, ou seja, constata-se que grande parte dos recursos foi direcionada ao cuidado mais especializado, conformado, sobretudo, pela assistência à saúde. Além disso, também é possível observar a fragmentação nas transferências desses recursos, efetivando repasses em forma de incentivo para uma grande variedade de componentes em cada uma das redes, em vez da transferência global de recursos. Tal fragmentação não apenas restringe a autonomia dos entes subnacionais, sobretudo o municipal, em determinar o modelo assistencial mais adequado ao seu território, considerando as necessidades de saúde locais, mas, ao contrário, submete-os a práticas de saúde determinadas de forma exógena ao território¹³.

Assim, com enfoque no repasse de recursos federais, o presente trabalho se propõe a discutir a preservação ou não das transferências globais no processo mais recente de regionalização do SUS. Para isso, torna-se necessário compreender os efeitos que o financiamento das ações vinculadas às redes temáticas regionais de atenção à saúde tem sobre as transferências de recursos federais para o FMS no interior do Bloco MAC, no sentido de identificar em que medida a implementação dessas redes restringiu a autonomia dos entes municipais e quais foram prioritárias com relação ao volume de recursos efetivamente transferidos.

Vale ressaltar que não se trata aqui de afirmar que o direcionamento de recursos,

por parte do Ministério da Saúde, para níveis assistenciais predefinidos e ações específicas é ou não justificável. Para a análise aqui proposta, a verificação da forma de repasse dos recursos, se condicionados ou não, permite, sobretudo, identificar a ampliação ou restrição da autonomia dos municípios no uso desses recursos.

Dessa forma, cabe perguntar: as transferências vinculadas às redes temáticas significaram um acréscimo aos recursos do Bloco MAC, mantendo, assim, preservada a parcela de uso mais autônomo dos entes municipais?

Para responder a tal pergunta, optou-se por analisar os repasses realizados para os 645 municípios paulistas. O estado de São Paulo foi considerado território privilegiado para a compreensão dos efeitos que o financiamento das ações vinculadas às redes temáticas tem sobre as transferências de recursos no interior do Bloco MAC, tendo em vista a sua dinâmica econômica e a sua grande participação nas transferências do FNS. Conforme informações disponibilizadas no Portal Transparência, do Ministério da Saúde, o estado de São Paulo participou com mais de 20% do total dos repasses financeiros realizados pelo FNS – incluindo o FES, os FMSs paulistas e outros – no período 2009 a 2014, sendo que, ao se considerarem apenas as transferências destinadas ao Bloco MAC, o estado de São Paulo recebe mais de 22%.

Métodos

Com vistas à compreensão dos efeitos do financiamento das ações vinculadas às redes

temáticas na transferência dos recursos do FNS para os FMSs, o presente estudo empreendeu metodologia inédita ao propor uma nova agregação dos componentes do Bloco MAC. Manteve-se o componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (Faec) e destacou-se do Limite Financeiro do MAC o Teto do Limite Financeiro, deixando agregadas as demais ações, os serviços e as estratégias que compõem o Limite Financeiro do MAC, resultando no ‘Demais do Limite Financeiro’ (*tabela 1*). Dessa forma, passou-se a tratar o Faec, o Teto do Limite Financeiro e o ‘Demais do Limite Financeiro’ como segmentos do Bloco MAC. Neste último, foram definidos seis grupos de ações e estratégias, conforme pode ser verificado na *tabela 1*. Além de quatro grupos que contemplam as quatro redes temáticas – Rede Cegonha (RC), Rede de Atenção às Urgências (RAU), Raps e da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (Rede Viver Sem Limites) –, foram definidos, ainda, dois outros grupos: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e o grupo Outros. O grupo Samu agrega as ações e estratégias vinculadas ao Samu que não fazem referência direta à RAU. É importante ressaltar que, mesmo considerando o Samu como um componente da RAU, no período anterior à implantação das estratégias vinculadas às redes temáticas, já estava previsto incentivo para esse serviço. Dessa forma, pode-se inferir que essas ações e estratégias teriam continuidade ainda que não fossem implementadas as redes temáticas. O último grupo, denominado ‘Outros’, é aquele que agrega as demais ações e estratégias que não se encaixam nos grupos anteriores.

Tabela 1. Valor líquido das transferências do FNS para os FMSs no âmbito do Bloco MAC por ações e estratégias – estado de São Paulo (2009-2014)

Ações, serviços e estratégias (em milhões de reais)		Ano 2009	Ano 2010	Ano 2011	Ano 2012	Ano 2013	Ano 2014
Total		3.687,89	3.780,18	4.072,18	4.082,30	4.069,09	4.570,77
Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - Faec		559,27	491,16	544,44	576,80	546,02	555,05
Teto Municipal da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar		3.002,23	3.185,27	3.394,85	3.162,86	2.783,94	3.019,62
Demais do Limite Financeiro		126,39	103,75	132,89	342,64	739,13	996,10
Rede Cego- nha	Teto Municipal Rede Cegonha	-	-	-	13,23	-	-
	Teto Municipal Rede Cegonha (RCE-RCEG)	-	-	-	26,07	57,84	74,15
Rede de Atenção às Urgências	Rede de Urgência - Samu	-	-	-	4,20	-	-
	Serviços de Atendimento Móvel às Urgências Samu 192 (RAU-Samu) - Municipal	-	-	-	-	57,23	134,44
	Serviços de Atendimento Móvel às Urgências Samu 192 (MAC) - Estadual	84,73	68,19	94,14	119,07	-	-
	Teto Municipal Rede de Urgência	-	-	-	29,68	-	-
	Teto Municipal Rede de Urgência (RAU-Hosp)	-	-	-	34,80	173,29	241,86
	Teto Municipal Rede de Urgência (RAU-UPA)	-	-	-	22,84	60,39	-
	Teto Municipal Limite UPA - PO 00098585	-	-	-	-	56,02	165,20
Rede de Atenção Psicossocial	Teto Municipal Rede Psicossocial	-	-	-	21,11	-	-
	Teto Municipal Rede Psicossocial (RSM-CRAC)	-	-	-	11,27	13,23	13,99
	Teto Municipal Rede Saúde Mental (RSME)	-	-	-	11,16	108,61	169,32
Rede Viver Sem Limite	Rede Viver Sem Limites - RDEF - CEO Estadual	-	-	-	0,82	1,42	-
	Rede Viver Sem Limites - REDEF - CEO Municipal	-	-	-	-	0,85	1,92
	Teto Municipal Rede Viver Sem Limites (RDEF)	-	-	-	0,60	8,84	55,75
Serviço de Atenção Móvel de Urgência	Serviços de Atendimento Móvel às Urgências Samu 192 (MAC)	-	-	-	-	49,00	-
	Serviços de Atendimento Móvel às Urgências Samu 192 (MAC) - Municipal	-	-	-	-	31,75	70,48
	Serviços de Atendimento Móvel às Urgências Samu 192 (RAU- Samu) - Estadual	-	-	-	5,18	54,64	-
Outros	Aquisição de Produtos Médicos de Uso Único	-	-	-	0,23	-	0,20
	Centros de Especialidades Odontológicas	20,16	18,33	4,87	-	-	-
	CEO - Centro de Especialidades Odontológicas - Municipal	-	-	-	-	10,88	30,86
	CEO - Centro de Especialidades Odontológicas Estadual	-	-	16,56	22,18	13,40	-
	Financiamento aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador	21,50	17,23	17,32	16,40	16,69	8,40
	Pagamentos Administrativos (AIH)	-	-	-	0,05	0,38	0,06
	Teto Municipal Limite Controle do Câncer - PO 00088585	-	-	-	-	0,11	0,41
	Teto Municipal Rede Brasil Sem Miséria (BSOR-SM)	-	-	-	3,73	21,89	26,39
	Teto Municipal Rede Prev Diag Trat Câncer Colo de Mama (RCA-RCAN)	-	-	-	-	2,68	2,67

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: Valores deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2014, conforme IGP-DI da FGV.

Em resumo, é possível analisar o comportamento das transferências do FNS para os FMSs paulistas desagregando o Bloco MAC em três segmentos, o Faec, o Teto do Limite Financeiro, que propicia maior autonomia ao gestor municipal na definição do uso do recurso, e o 'Demais do Limite Financeiro', sendo este último desagregado em seis grupos: i) Rede Cegonha (RC); ii) Rede de Atenção às Urgências (RAU); iii) Rede de Atenção Psicossocial (Raps); iv) Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (Rede Viver Sem Limites); v) Samu; e vi) 'Outros'.

Os repasses foram analisados no período 2009-2014, sendo que os três primeiros anos representam o período anterior ao início dos repasses vinculados às redes temáticas (2009-2011), e os três últimos anos, o período posterior (2012-2014).

As informações dos repasses financeiros realizados pelo FNS no período analisado foram acessadas no *site* do próprio FNS ao longo do mês de setembro de 2015 e foram trabalhadas em planilhas eletrônicas (Excel e Acess).

Para a melhor compreensão dos efeitos do financiamento das ações vinculadas às redes temáticas regionais nas transferências do FNS para os FMSs paulistas a partir de 2012, os valores foram deflacionados utilizando-se o Índice Geral de Preços-Disponibilidade Interna (IGP-DI) da Fundação Getúlio Vargas (FGV), com base em agosto de 1994, valor médio do ano, convertido a preços de dezembro de 2014. Dessa forma, torna-se possível a comparação da série histórica em valores reais.

Resultados

A partir de 2012, inicialmente, serão apresentadas as mudanças ocorridas no período 2009-2014 nas transferências totais,

desagregando, também, o Bloco Atenção Básica (AB) e o Bloco MAC. Esse exercício se faz necessário para evidenciar a importância que assume o Bloco MAC na transferência de recursos da União para os municípios paulistas no período analisado.

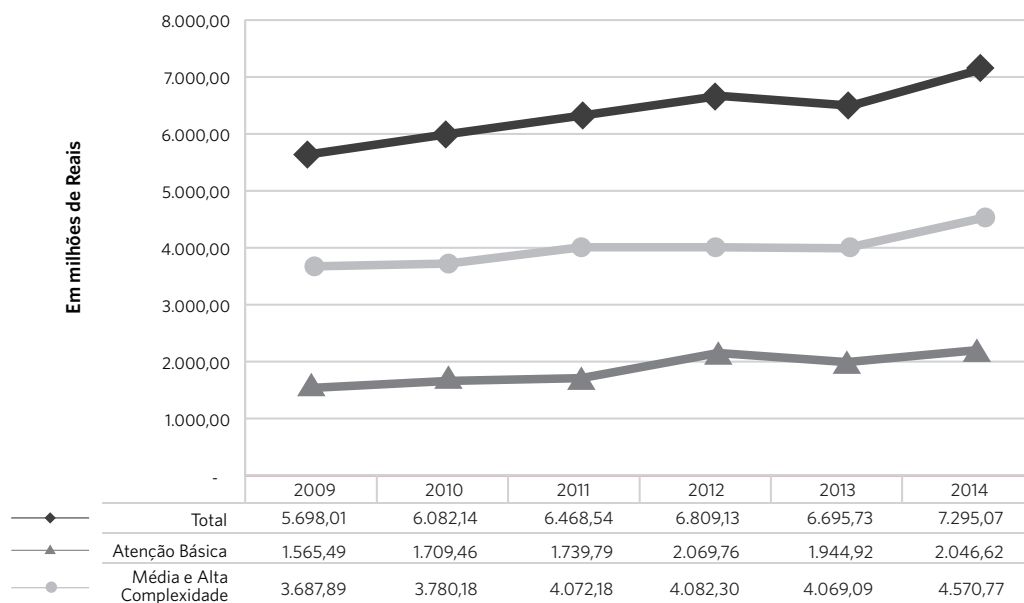
Em seguida, enfatizar-se-á o comportamento dos segmentos propostos no interior do Bloco MAC, ou seja, do Faec, do Teto do Limite Financeiro e do 'Demais do Limite Financeiro', verificando a preservação ou não dos repasses globais no período em análise.

Por fim, será analisado o comportamento dos seis grupos que compõem o 'Demais do Limite Financeiro', onde se inserem as estratégias vinculadas às redes temáticas, de forma a se identificar quais foram as estratégias que condicionaram o uso dos recursos.

As transferências do FNS aos FMSs paulistas por bloco de financiamento

Entre 2009 e 2014, ocorreu a transferência média anual de 6,5 bilhões de reais do FNS para os FMSs paulistas, contemplando todos os blocos de financiamento previstos. Considerando todo o período analisado, verifica-se o crescimento anual de 4,2% dos recursos transferidos pelo governo federal aos governos municipais paulistas. O crescimento total dos repasses ao longo do período deve-se, sobretudo, àqueles realizados no âmbito dos Blocos AB e MAC, que, juntos, respondem por repasse anual médio de cerca de 5,9 bilhões de reais, ou seja, mais de 90% do total dos recursos, apresentando taxas médias de crescimento anual de 4,6% e 3,6%, respectivamente. Mesmo considerando que a taxa média de crescimento anual do Bloco AB seja maior do que a do MAC, este último recebe mais do que o dobro de recursos do primeiro (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Evolução das transferências do FNS para os FMSs por Blocos de financiamento da AB e da MAC – estado de São Paulo (2009-2014)



Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: Valores deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2014, conforme IGP-DI da FGV.

O gráfico 1 permite verificar a tendência de crescimento do total das transferências do FNS para os FMSs paulistas até 2012, ocorrendo uma ligeira queda em 2013 e voltando a crescer em 2014. É possível observar que a queda observada em 2013 é reflexo tanto do comportamento dos repasses para o Bloco da AB como para o MAC, com a diferença de que, com relação ao primeiro, a recuperação que ocorre em 2014 não atinge o patamar das transferências realizadas em 2012, enquanto que o segundo apresenta crescimento real expressivo nesse período. Em suma, as transferências do FNS para os FMSs paulistas no Bloco da AB se mantêm praticamente estagnadas no período 2012-2014. Já o Bloco MAC, cujas transferências se mantêm praticamente estagnadas no período 2011-2013, apresenta crescimento real expressivo em 2014, sendo responsável, em grande medida, pelo comportamento das transferências totais no final do período analisado.

As transformações nas transferências do FNS para os FMSs paulistas no Bloco MAC

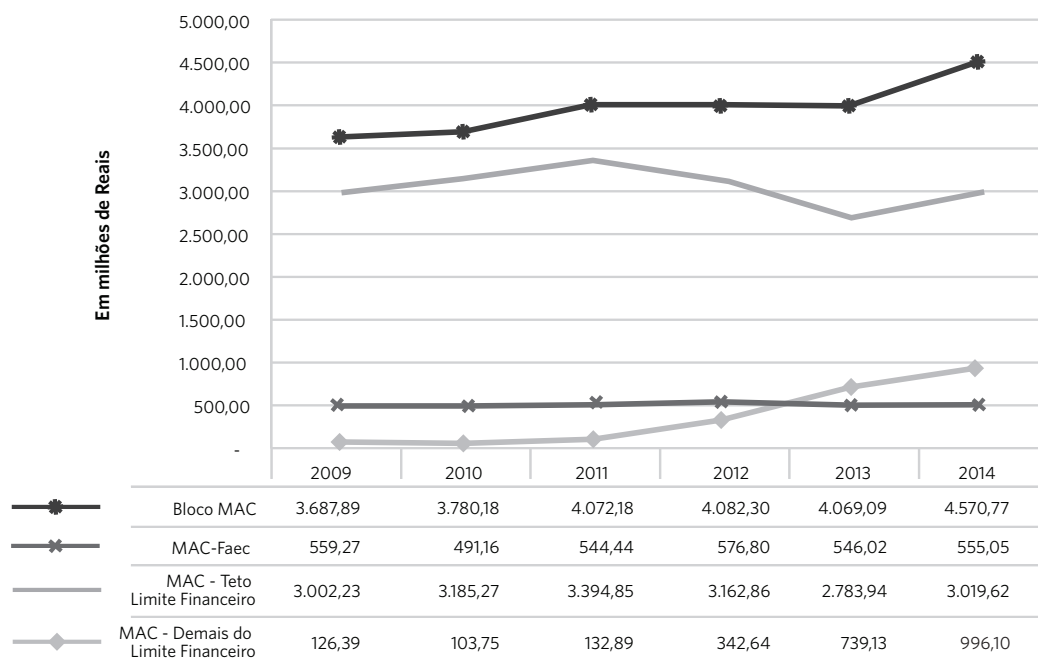
Ao se considerar a participação do Bloco MAC no total das transferências do governo federal para os FMSs paulistas ao longo do período, observa-se uma relativa estabilidade, uma vez que o Bloco responde por 60% ou mais dos repasses. No entanto, a análise desagregada dos segmentos propostos, ou seja, desagregando o Faec, o Teto do Limite Financeiro e o 'Demais do Limite Financeiro', permite demonstrar a diminuição relativa da participação do Teto do Limite Financeiro ao longo do período analisado.

Conforme exposto no gráfico 2, a análise do crescimento real das transferências do FNS para os FMSs paulistas no Bloco MAC, desagregado por segmentos, permite identificar o expressivo crescimento do 'Demais do Limite Financeiro' ao longo

do período 2012-2014. Vale ressaltar que, nos dois primeiros anos do período (2012 e 2013), esse crescimento foi acompanhado da diminuição, em termos reais, dos

recursos direcionados para o Teto do Limite Financeiro, que só volta a crescer em 2014, mesmo não retomando os patamares atingidos até 2012.

Gráfico 2. Evolução das transferências do FNS para os FMSs no âmbito do Bloco MAC pelos segmentos Faec, Teto do Limite Financeiro e Demais do Limite Financeiro – estado de São Paulo (2009-2014)



Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: Valores deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2014, conforme IGP-DI da FGV.

Assim, é possível afirmar que a lógica de repasse global, reconhecida no Teto do Limite Financeiro, foi sendo descaracterizada a partir de 2012, com a implantação e a expansão das estratégias vinculadas às redes temáticas, sendo privilegiado o repasse de recursos na forma de incentivos, que exigem a adesão dos municípios às ‘campanhas’ incentivadas pelo Ministério da Saúde.

Sucintamente, pode-se afirmar que, com relação às transferências de recursos do FNS para os FMSs paulistas para o Bloco MAC, é possível observar uma clara ampliação da importância do ‘Demais do Limite Financeiro’, tanto relativa quanto absoluta, a partir de 2012

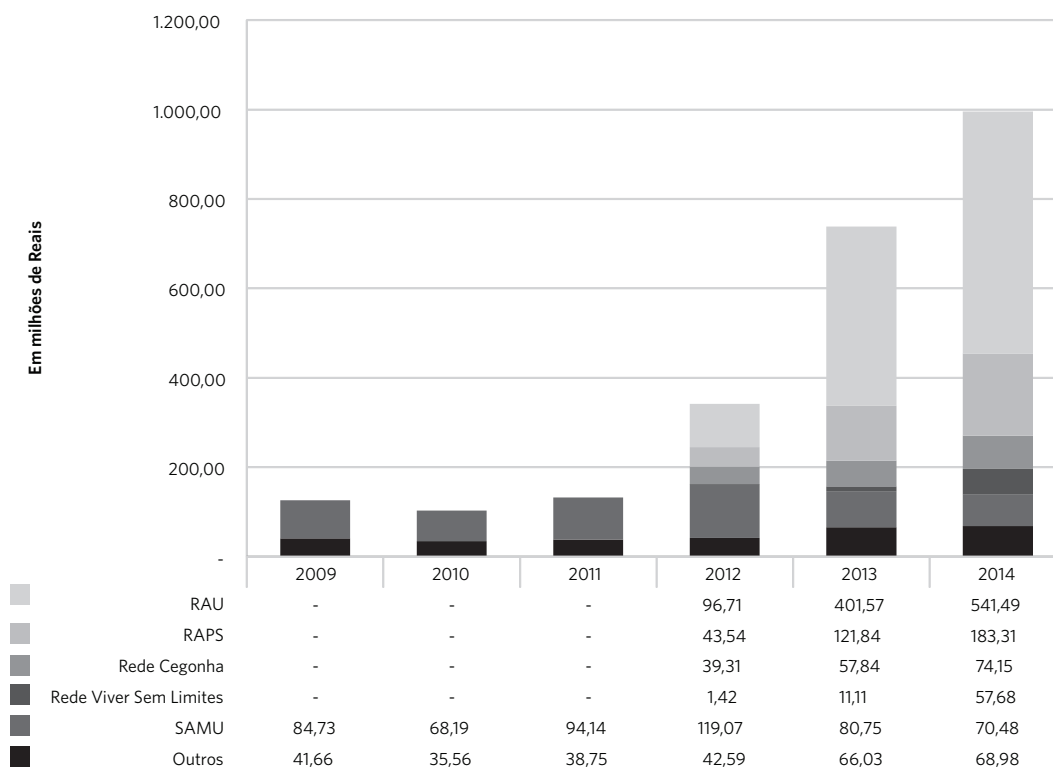
(gráfico 2). Diante desse fato, torna-se necessário compreender quais ações e estratégias, que conformam o componente Limite Financeiro do MAC, induzem esse processo. É o que será feito a seguir.

As transformações nas transferências do FNS para os FMSs paulistas no item ‘Demais do Limite Financeiro’

A análise dos grupos que compõem o ‘Demais do Limite Financeiro’ demonstra que, até 2011, esse segmento era formado, sobretudo, pelo SAMU e que, em 2012, os recursos direcionados para as estratégias

vinculadas às redes temáticas ultrapassam o valor dos recursos direcionados às ações e estratégias contempladas no período anterior (*gráfico 3*).

Gráfico 3. Transferências do FNS para os FMSs no âmbito do 'Demais do Limite Financeiro' segundo grupos - estado de São Paulo (2009-2014)



Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: Valores deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2014, conforme IGP-DI da FGV.

A partir de 2012, é possível observar o grande crescimento das transferências do FNS para os FMSs paulistas para as redes temáticas, sobretudo para a RAU. O *gráfico 3* demonstra que a Raps, a Rede Cegonha e a Rede Viver Sem Limites, ainda que ao longo do tempo também ampliem suas participações no 'Demais do Limite Financeiro', juntas, não atingem o recurso direcionado à RAU.

Em síntese, a dimensão da mudança no padrão de repasse dos recursos no Bloco de financiamento MAC pode ser observada quando se considera o acréscimo dos recursos transferidos pelo FNS para os FMSs

considerando dois períodos, o anterior à implementação das redes temáticas e o período posterior.

A *tabela 2* demonstra que esse acréscimo foi da ordem de 1,18 bilhão de reais a preços de dezembro de 2014. Vale ressaltar que, enquanto o subsegmento Teto do Limite Financeiro apresentou diminuição real dos recursos repassados, o Faec e, sobretudo, o 'Demais do Limite Financeiro' apresentaram ampliação. Observa-se que o aumento real dos recursos repassados para o 'Demais do Limite Financeiro' está associado, principalmente, às estratégias vinculadas às redes temáticas.

Tabela 2. Valor líquido das transferências do FNS para os FMSs no âmbito do Bloco MAC por componentes e grupos do 'Demais do Limite Financeiro' nos dois períodos considerados – estado de São Paulo (2009-2014)

Modalidade do repasse (em milhões de reais)	2009-2011		2012-2014		Total Geral		Diferença
	Abs.	Part.	Abs.	Part.	Abs.	Part.	
Total geral	11.540,25	100,0%	12.722,16	100,0%	24.262,40	100,0%	1.181,91
Faec	1.594,87	13,8%	1.677,86	13,2%	3.272,73	13,5%	83,00
Limite Financeiro	9.945,38	86,2%	11.044,29	86,8%	20.989,67	86,5%	1.098,91
Teto Municipal da MAC	9.582,35	83,0%	8.966,42	70,5%	18.548,77	76,5%	-615,94
Demais do limite	363,03	3,1%	2.077,87	16,3%	2.440,90	10,1%	1.714,85
RAU	-	0,0%	1.039,77	8,2%	1.039,77	4,3%	1.039,77
Raps	-	0,0%	348,70	2,7%	348,70	1,4%	348,70
Rede Cegonha	-	0,0%	171,30	1,3%	171,30	0,7%	171,30
Rede Viver Sem Limites	-	0,0%	70,21	0,6%	70,21	0,3%	70,21
Samu	247,07	2,1%	270,30	2,1%	517,37	2,1%	23,24
Outros	115,96	1,0%	177,60	1,4%	293,56	1,2%	61,64

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do Fundo Nacional de Saúde/MS.

Nota: Valores deflacionados pela média anual a preços de dezembro de 2014, conforme IGP-DI da FGV.

Observa-se que o aumento real dos recursos repassados para o subsegmento 'Demais do Limite Financeiro' está associado, principalmente, às estratégias vinculadas às redes temáticas, sobretudo a RAU. É essa rede que recebe a maior parcela dos recursos quando se analisa o total dos recursos transferidos para o 'Demais do Limite Financeiro', ao longo do período 2009-2014, seguido pelo Samu. Apenas a título de ilustração, é possível observar que, dos 10,1% dos recursos direcionados ao 'Demais do Limite Financeiro', 6,4% são transferidos para ações e estratégias que conformam o grupo RAU e o Samu, juntos.

Ao se considerar a natureza comum da atenção à saúde da RAU e do Samu, e que para esse último já havia incentivos programados no período 2009-2011, que se mantêm no período 2012-2014, é possível afirmar que a implantação das redes temáticas, com relação aos incentivos financeiros, reforçou uma lógica assistencial que já operava no período anterior.

Conclusões

Uma das primeiras constatações dos efeitos que o financiamento das ações vinculadas às redes temáticas tem sobre as transferências de recursos para os FMSs paulistas no interior do Bloco MAC é a ampliação das transferências na forma de incentivos (recursos 'carimbados'). Foi possível verificar que o Teto do Limite Financeiro, mais coerente com a lógica de repasse global, perde importância, tanto relativa como absoluta, ao mesmo tempo que aumenta os recursos direcionados às estratégias vinculadas às redes temáticas a partir de 2012. Ou seja, ainda que se observe o crescimento de recursos no Bloco MAC no período 2012-2014, em comparação com o período 2009-2011, de forma concomitante, verifica-se a diminuição dos recursos para o Teto do Limite Financeiro.

Foi possível constatar, também, que a maior parte desses recursos foi direcionada para a Rede de Atenção à Urgência. Ainda que, ao longo do tempo, a Rede de Atenção

Psicossocial, a Rede Cegonha e a Rede Viver Sem Limites também ampliem suas participações no total dos recursos transferidos, juntas, não atingem o recurso direcionado à RAU. O montante de recursos direcionados à RAU ganha relevância quando se observa que um dos principais componentes dessa linha de cuidado é o Samu. Haja vista que esse já era objeto de incentivos no Bloco MAC no período anterior à implementação das redes temáticas, e se mantém no período posterior, depreende-se daí que, com relação à parte considerável dos incentivos voltados às redes temáticas no estado de São Paulo, observa-se a ratificação de uma estratégia de atenção que já operava no período anterior.

Tais constatações sugerem que, ao invés do financiamento das redes temáticas trazer novos recursos para a promoção de transformações nas formas de organização assistencial de caráter regional até então vigentes, ele reforça os modelos de atenção hegemônicos no Brasil, quais sejam: o médico-assistencial

e o sanitarista, que não privilegiam os determinantes mais gerais da situação de saúde da população^{22,23}.

Junta-se a isso o fato de o financiamento das redes ter redirecionado recursos que, outrora, possibilitavam maior autonomia do ente municipal, ou seja, que, em alguma medida, permitiam aos atores locais o planejamento e a programação das ações de saúde a partir do reconhecimento dos problemas de saúde da população. Mais especificamente, que permitiam o reconhecimento dos elementos endógenos à localidade.

Depreende-se daí que o financiamento mais recente do processo de regionalização do SUS, ao invés de representar um fator de aprofundamento da descentralização da política de saúde nacional, na perspectiva de oferecer maior autonomia municipal no uso dos recursos financeiros, significou a ampliação da transferência fragmentada e condicionada em forma de incentivo, sobretudo para ações de saúde de média e alta complexidade. ■

Referências

1. Santos L, Mendes AN. Notas Técnico-Jurídicas Sobre Critérios e Metodologia de Rateio dos Recursos Federais para os Estados e Municípios no SUS. *BDM*. 2014 Set; 30(9):647-664.
2. Luz TM. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Ciênc Saúde Colet*. 2000; 5(1):293-312.
3. Escorel S, Teixeira LA. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: Giovanella L et al., organizadores. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 279-322.
4. Souza NPC. A 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963): antecedentes para um Sistema Nacional de Saúde Público e Descentralizado [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2014. 160 p.
5. Arretche MTS. Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: Fapesp; 2011.
6. Silva MVCP, Mendes EV. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2004.
7. Dourado DA, Elias PEM. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(1):204-211.
8. Viana ALD, Ibañez N, Elias PEM et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo Perspect*. 2008 Jan-Jun; 22(1):92-106.
9. Carvalho G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciênc Saúde Colet*. 2001; 6(2):435-444.
10. Barros E. Financiamento do sistema de saúde no Brasil: marco legal e comportamento dos gastos. In: Ministério da Saúde. *Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde*. Brasília, DF: MS; 2003. p. 17-70.
11. Mendes AN. Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do Sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001) [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2005. 422 p.
12. Mendes NA, Leite MG, Marques RM. Discutindo uma Metodologia para a Alocação Equitativa de Recursos Federais para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Soc*. 2011 20(3):673-690.
13. Duarte LS. Desenvolvimento desigual e a regionalização do SUS: uma análise territorial dos recursos financeiros para as redes de atenção à saúde no Estado de São Paulo (2009-2014) [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016.
14. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. *Diário Oficial da União*. 19 Set 1990.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 545, de 20 de maio de 1993. Norma Operacional Básica no 1/1993. *Diário Oficial da União*. 20 Maio 1993.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.203, de 5 de novembro 1996. Norma Operacional Básica no 1/1996. *Diário Oficial da União*. 5 Nov 1996.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02. *Diário Oficial da União*. 27 Fev 2002.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 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. 22 Fev 2006.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.473, de 24 de junho de 2011. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. Diário Oficial da União. 24 Jun 2011.
20. Magalhães H. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulg Saúde Debate*. 2014 Out; (52):15-37.
21. Mendes EV. Comentários sobre as redes de atenção à saúde no SUS. *Divulg Saúde Debate*. 2014 Out; (52):38-49.
22. Texeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18(Supl):153-162.
23. Paim J. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 364-459.

Recebido em 05/09/2017
Aprovado em 17/01/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Execução financeira dos blocos de financiamento da saúde nos municípios de Santa Catarina, Brasil

Financial execution of health financing blocks in the municipalities of Santa Catarina, Brazil

Luciana Maria Mazon¹, Claudia Flemming Colussi², Carlos Otávio Senff³, Sérgio Fernando Torres de Freitas⁴

RESUMO Foi analisada a utilização dos recursos transferidos de outras instâncias federativas aos blocos de financiamento da saúde pelos municípios de Santa Catarina. Trata-se de um estudo descritivo dos anos de 2009 e 2015. Observou-se que os municípios investem recursos próprios em saúde muito além do recomendado legalmente, no entanto, não conseguem fazer uso integral dos recursos de transferência direta efetuados pelo estado e pela União aos blocos de financiamento da saúde. Nota-se, porém, diminuição expressiva no montante de recurso subutilizado no período analisado, o que sinaliza a melhoria da capacidade de gestão dos recursos de transferência direta.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde. Financiamento público. Investimentos em saúde.

ABSTRACT *The use of the resources transferred from other federative instances to health financing blocks by the municipalities of Santa Catarina was analyzed. This is a descriptive study of the years 2009 and 2015. It was observed that municipalities invest their own health resources well beyond what is legally recommended, however, they cannot make full use of the direct transfer resources made by the state and the Union to the blocks of health financing. It is noted, however, a significant reduction in the amount of resources underutilized in the analyzed period, which indicates an improvement in the capacity to manage direct transfer resources.*

KEYWORDS *Health evaluation. Public financing. Investments.*

¹Instituto Federal de Santa Catarina (IFSC), Departamento de Enfermagem - Joinville (SC), Brasil.
luciana.mazon@ifsc.edu.br

²Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Departamento de Saúde Pública - Florianópolis (SC), Brasil.
claudia.colussi@ufsc.br

³Universidade do Contestado (UNC), Departamento de Administração - Mafra (SC), Brasil.
senff@unc.br

⁴Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Florianópolis (SC), Brasil.
sergio.freitas@ufsc.br

Introdução

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou significativo avanço para atender às demandas por saúde no Brasil, no entanto, o financiamento tem se mostrado insuficiente para assegurar recursos adequados e estáveis para a manutenção da estrutura desse sistema¹. Ocorre que a despesa com saúde tem aumentado em todo o Brasil, em termos nominais, mas o ajuste pela inflação mostra redução líquida^{1,2}. No ano de 2014, o SUS gastou 3,9% do seu Produto Interno Bruto (PIB) com saúde (União – 1,7%; estados – 1%; e municípios – 1,2%), enquanto a média de gastos públicos de países europeus com sistemas universais, tais como Alemanha, Suécia, Reino Unido, Espanha e França, foi de 8% no mesmo período³.

A ineficiência do gasto público é outro fator que contribui para o subfinanciamento da saúde. Para ilustrar esse cenário, relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) assinala que cerca de 20 a 40% dos recursos gastos com saúde no mundo são desperdiçados, recursos que poderiam ser redirecionados⁴.

O modelo institucional do SUS foi construído para ser operado de forma tripartite, sendo as transferências intergovernamentais o elemento central no sistema de relação federativa no Brasil e um item fundamental de receita para estados e municípios. O SUS é financiado por meio do orçamento da seguridade social, que engloba saúde, previdência e assistência social, sendo as principais fontes de recursos para a saúde a Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL) e o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), pagas pelas empresas à União⁵.

A União é responsável por aplicar, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, de acordo com Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015, o montante correspondente ao valor da Receita Corrente Líquida (RCL) do

respectivo exercício financeiro, de forma escalonada, em cinco anos. A aplicação no primeiro exercício financeiro deve ser de 13,2%, até alcançar 15% no quinto exercício. A partir de 2018, esse valor passa a ser congelado por 20 anos, podendo ser corrigido apenas pela inflação do ano anterior (Emenda Constitucional 95/2016), medida que limitará de forma austera os recursos à saúde^{6,7}.

Já para os estados e municípios, o valor anual aplicado em ações e serviços públicos de saúde deverá ser, respectivamente, no mínimo, de 12% e 15% da arrecadação tributária. Com a nova proposta, a tendência será a redução dos gastos com saúde, já que as unidades federativas que ainda não aplicavam o valor mínimo constitucional não poderão despendar mais do que já gastavam no ano anterior à aprovação das novas regras.

A descentralização dos recursos do Ministério da Saúde para os outros entes da federação ocorre de modo regular e automático por blocos de financiamento, regulamentada pela Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Esses blocos são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados. São seis os blocos: Atenção Básica (AB); Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC); Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS; e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde – este último, incluído pela Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009. Define-se que os recursos referentes a cada bloco de financiamento devam ser aplicados nas ações e nos serviços de saúde relacionados ao próprio bloco^{8,9}.

No ano de 2017, foi aprovada pelo Ministério da Saúde a Portaria nº 3.992/2017, que efetivou mudanças no modelo de transferência governamental, excluindo os blocos de financiamento anteriormente descritos. Pactuada entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional dos Secretários



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), inicialmente como uma estratégia denominada 'SUS Legal', essa mudança visa à reorganização dos planos orçamentários municipais, estaduais e da União, instituindo nova forma de repasse de recursos federais do SUS. Nessa proposta, agora em vigor, capital e custeio passam a ser as duas únicas modalidades de repasse, excluindo-se os seis blocos de financiamento anteriores. A transferência será realizada em conta financeira única, que não permite transferências, e o recurso só poderá ser gasto no que estiver previsto no planejamento da unidade federativa¹⁰.

Nesse contexto, os municípios têm sido os principais protagonistas dos investimentos em saúde no Brasil. Em 2013, estados, municípios e o Distrito Federal arcaram com 57,41% dos recursos aplicados em saúde. Em 2016, o percentual médio investido pelos municípios, de acordo com a Ementa Constitucional 29, foi de 23,8%, muito além dos exigidos 15%.

Escassos recursos e elevada sobrecarga dos municípios com o financiamento da saúde sinalizam a preocupação com o adequado planejamento e o controle na execução do gasto público.

Os *deficits* orçamentários nas contas públicas brasileiras (reflexo do desequilíbrio nas relações entre as receitas e as despesas) têm sido um problema que reflete em menores índices de eficiência do setor público. Além do *deficits* orçamentário, outro problema são as limitações na utilização plena dos recursos repassados pela União e pelos estados às instâncias receptoras (municípios), o que torna urgente e necessária a avaliação dos processos de gestão.

O objetivo deste estudo foi analisar a execução financeira dos recursos transferidos por entes federativos aos municípios do estado de Santa Catarina, Brasil, destinados ao financiamento da saúde nos anos de 2009 e 2015.

Métodos

Desenho do estudo e coleta de dados

Trata-se de um estudo descritivo em que foram analisados os dados de execução financeira dos blocos de financiamento da saúde (Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde) dos municípios do estado de Santa Catarina, Brasil, nos anos de 2009 e 2015. Os anos de análise corresponderam ao ano de introdução do bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (2009) e ao último ano com dados informados e já consolidados (2015).

Santa Catarina é uma das 27 unidades federativas do Brasil, constituída por 293 municípios, em 2009, e 295, em 2015.

Foram excluídos os municípios com incompletude dos dados em qualquer das variáveis de análise. Para os anos de 2009 e 2015, foram excluídos, respectivamente, 20 e 21 municípios para o bloco de Atenção Básica, 08 e 34 para Média e Alta complexidade, 19 e 59 para Vigilância em Saúde, 256 e 245 para Gestão do SUS, 280 e 75 para o bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde, e 39 municípios para ambos os anos no bloco de Assistência Farmacêutica.

Os municípios foram classificados de acordo com o porte populacional em três categorias: pequeno porte (municípios com até 10.000 habitantes), médio porte (municípios de 10.001 a 50.000 habitantes) e grande porte (municípios com mais 50.000 habitantes). O ponto de corte dessas categorias leva em conta a característica do estado de possuir um grande número de municípios de pequeno porte, sendo que, em 2015, havia apenas 13 municípios no estado com mais de 100 mil habitantes.

Os dados referentes às receitas englobaram as transferências Fundo a Fundo, dos níveis federal, estadual e de outros

municípios, e a fase de despesa correspondeu à liquidada. Optou-se por essa fase, pois é nela que se reconhece a dívida como líquida e certa, em que há a obrigação de pagamento.

Os dados foram obtidos do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (Siops), do Ministério da Saúde. A busca foi realizada selecionando individualmente cada município na aba 'consulta por unidade executora', definindo como pasta a execução financeira por bloco.

As informações contidas no Siops têm natureza declaratória e buscam manter compatibilidade com as informações contábeis, geradas e mantidas pelos estados e municípios. Pela Lei nº 141/2012, o Siops é de preenchimento obrigatório, atribuindo ao gestor declarante a responsabilidade pela fidedignidade dos dados, possibilitando informações essenciais para o monitoramento e a avaliação do padrão de financiamento e gasto em saúde¹¹.

Análise dos dados

Inicialmente, foram analisadas as receitas e as despesas com saúde em cada bloco de financiamento para cada município. Foram somados os valores de transferência federal, estadual e de outros municípios em cada bloco de financiamento e subtraídas às despesas liquidadas. O recurso remanescente foi denominado 'saldo de transferências'. Inicialmente, descartou-se a possibilidade de esses recursos estarem empenhados.

Os dados referentes ao ano de 2009 tiveram seus valores atualizados até 2015 pelo Índice Geral de Preços/Disponibilidade Interna (IGP/DI).

A exploração desse banco de dados foi realizada através de planilhas eletrônicas do Microsoft Excel 2007, sendo apresentadas frequências simples.

Para medir a associação entre as variáveis porte populacional e saldo financeiro dos recursos de transferência, utilizou-se o teste Qui-quadrado, com nível de significância de

5% ($p < 0,05$). O programa SPSS 18 foi utilizado para as análises estatísticas.

Resultados

As receitas e despesas em saúde dos municípios catarinenses

Os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde são organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento. Nos anos de 2009 e 2015, as transferências Fundo a Fundo (federais e estaduais) aos municípios de Santa Catarina foram, respectivamente, ao valor de R\$ 1.225.540.444,16 e R\$ 1.963.298.980,01, distribuídos em seis blocos, o que representa um aumento de 60,2% no período.

Ao serem analisadas as receitas, observa-se que os municípios investem em saúde com recursos próprios valor superior ao das transferências governamentais, o que tem representado percentual acima dos 15% estabelecidos pela Ementa Constitucional 29 (EC). De acordo com informações obtidas diretamente do Siops, os municípios catarinenses investiram, em média, 20 e 24% dos seus recursos próprios em saúde nos anos de 2009 e 2015, respectivamente, já o estado 12,1% e 12,8%. No caso dos municípios, o percentual alocado em 2015 superou em 60% o valor recomendado pela EC 29, já para o estado esse valor foi de 6,6%, o que ilustra o crescimento do gasto orçamentário dos municípios catarinenses.

Na *tabela 1*, observa-se que, do total de receitas disponíveis em 2009, 48,4% tratavam-se de recursos transferidos de outras esferas governamentais. Em 2015, esses valores corresponderam a 41% do total de receitas. O inverso foi observado com relação ao montante de recursos próprios destinados ao setor, os quais equivaleram, em 2009, a 51,6% do total de receitas, passando a 59,0%, em 2015, o que representa um acréscimo de 7,4%.

Tabela 1. Dados orçamentários dos municípios de Santa Catarina (em reais), 2009 e 2015

Período	Município	Receitas (R\$)		Despesas (R\$)		Saldo Financeiro (R\$)	
		Transferência	Recursos Próprios	TOTAL	Liquidadas	Atual	Atual + Exercício Anterior
Ano	n						
2009	293	1.225.540.444	1.305.993.905	2.531.534.349	2.203.680.432	327.853.917	566.861.344
2009*	293	1.877.175.014	2.000.406.546	3.877.581.560	3.375.403.778	502.177.782	868.268.328
2015	295	1.963.298.980	2.821.125.343	4.784.424.323	4.707.121.304	77.303.019	477.892.867

Fonte: Elaboração própria, com dados obtidos do Siops.

*Valores atualizados até 2015 pelo IGP/DI.

Nota-se, ainda, que as despesas são inferiores ao montante de receitas disponíveis, gerando saldo financeiro, que, ao ser somado ao saldo existente do exercício anterior, eleva-se expressivamente (*tabela 1*).

Nos anos de 2009 e 2015, os saldos financeiros foram de R\$ 502.177.782 e R\$ 77.303.019, respectivamente, sendo que uma parte desse recurso subutilizado é proveniente de transferências governamentais.

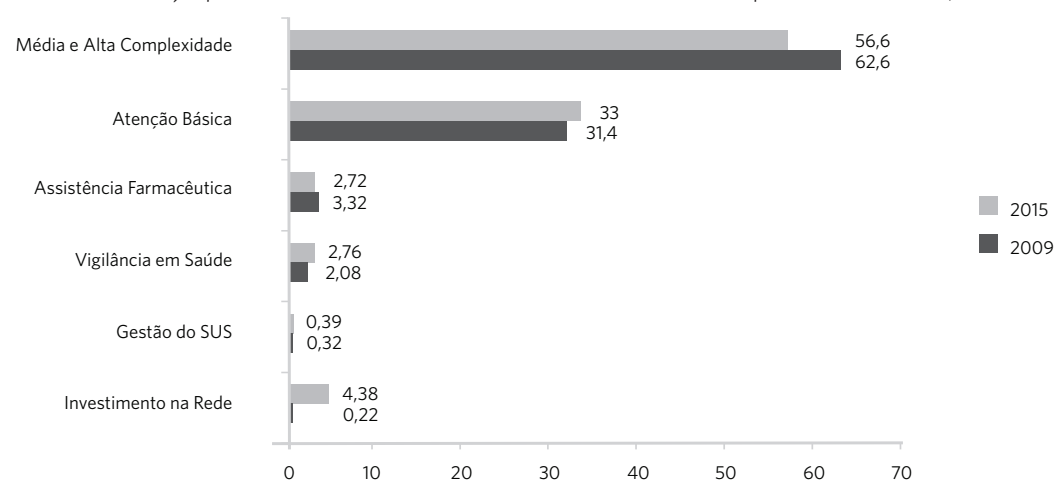
Ao serem analisadas as receitas e despesas, individualmente, de cada município de Santa Catarina, verificou-se que uma parte deles se caracterizou por apresentar *deficit* financeiro elevado (despesa superior à receita), o que seria esperado, frente às demandas por serviços e aos limitados recursos, no entanto, outros municípios

investiram recursos próprios muito além do recomendado pela EC29, mas não utilizaram integralmente os recursos transferidos pelas outras instâncias federativas, resultando em receita superior a despesas.

A execução financeira dos blocos da saúde em Santa Catarina

Uma análise por blocos de despesas mostra que o maior percentual de recursos se destinou ao bloco de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), seguido das ações de Atenção Básica. Os recursos referentes a cada bloco de financiamento são aplicados pelos municípios nas ações e nos serviços de saúde relacionados ao próprio bloco (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Distribuição percentual dos recursos transferidos Fundo a Fundo aos municípios de Santa Catarina, 2009 e 2015



Fonte: Elaboração própria

No ano de 2009, o menor percentual subutilizado foi da Atenção Básica, correspondente a 3,1%, sendo que 40 (14,6%) municípios não utilizaram integralmente esse recurso. Os blocos de gestão do SUS e de Investimento na Rede foram os que apresentaram maior saldo, 34,8% e 65%, respectivamente, mas é importante notar que apenas 13 municípios receberam recursos desses blocos.

Em 2009, 115 municípios deixaram de utilizar integralmente os recursos transferidos ao bloco de Vigilância em Saúde. Comportamento semelhante é evidenciado com os recursos do bloco de Assistência Farmacêutica, em que 15% do recurso transferido deixaram de ser gastos por 78 municípios (*tabela 2*).

Tabela 2. Saldo financeiro dos recursos de transferência por bloco de financiamento, Santa Catarina, 2009

Ano		2009				
Blocos de Investimento	Municípios avaliados	Transferências (R\$)			Municípios com saldo	
		n	Transferências*	Saldo**	%***	n
Atenção Básica	273	530.512.943	16.587.483	3,1	40	14,6
MAC	285	1.103.059.905	112.857.877	10,2	31	10,9
Vigilância	274	35.627.023	6.138.617	17,2	115	41,9
Farmacêutica	254	54.087.461	8.334.988	15,4	78	30,7
Gestão	37	5.664.585	1.971.310	34,8	22	59,4
Investimento	13	3.922.377	2.547.730	65,0	11	84,6

Fonte: Elaboração própria, com dados obtidos do Siops.

*Valor ajustado até 2015 pelo índice do IGP/DI.

**Corresponde aos saldos dos valores transferidos pelas outras instâncias federativas (valores de transferências menos despesas liquidadas).

***Percentual do saldo financeiro com relação ao total transferido.

Observou-se diminuição expressiva no montante de recurso subutilizado do primeiro para o último ano de análise.

No ano de 2015, o saldo dos recursos de transferência do Bloco de Atenção Básica caiu de 3,1% para 2,4%. Para o MAC, o percentual passou de 10,2% para 4,2%, já

o número de municípios se elevou de 31 para 101.

O bloco de Vigilância em Saúde reduziu o saldo dos recursos de transferência de 17,2%, em 2009, para 5,1%, em 2015. Para o Bloco de Assistência Farmacêutica, os percentuais passaram de 15,4 para 3,4 (*tabela 3*).

Tabela 3. Saldo financeiro dos recursos de transferência por bloco de financiamento, Santa Catarina, 2015

Ano		2015				
Blocos de Investimento	Municípios avaliados	Transferências (R\$)			Municípios com saldo	
		n	Transferências	Saldo*	%**	n
Atenção Básica	274	588.577.625	14.350.115	2,4	42	15,3
MAC	261	1.027.218.593	43.449.152	4,2%	101	38,7
Vigilância	236	42.049.957	2.128.227	5,1%	79	33,5
Farmacêutica	256	45.065.447	1.527.186	3,4%	75	29,3
Gestão	50	5.480.774	785.852	14,3%	16	32
Investimento	220	54.199.527	24.218.914	44,7%	84	38,2

Fonte: Elaboração própria, com dados obtidos do Siops.

*Corresponde aos saldos dos valores transferidos pelas outras instâncias federativas (valores de transferências menos despesas liquidadas).

**Percentual do saldo com relação ao total transferido.

A execução financeira dos recursos da saúde e sua relação com o porte populacional dos municípios catarinenses

Quanto à capacidade de gastos dos recursos de transferência pelos municípios, de acordo com os estratos populacionais, identificou-se que, no ano de 2009, para a Atenção Básica, 27 municípios de pequeno, 09 de médio e 04 de grande porte deixaram de utilizar integralmente os recursos transferidos. Para o bloco MAC, 16 municípios eram de médio e 09 de grande porte, o que representa, proporcionalmente, 51,6% e 29%, respectivamente. O maior número de municípios nesse estrato pode ser justificado por serem transferidos a estes

grupos os maiores volumes de recursos nessa modalidade. Seguem esse critério, também, os blocos de Gestão e Investimentos na rede. Portanto, para estes dois blocos, o maior percentual de municípios foi de grande e médio porte. Para o bloco de Vigilância em Saúde, o maior percentual (55,7%) foi de municípios de pequeno porte. Similaridade se observa para o bloco de Assistência Farmacêutica, em que 52,6% foram de municípios de pequeno porte.

Na análise bivariada para o ano de 2009, foram encontradas associações significativas entre porte populacional e saldo financeiro dos recursos de transferência para os blocos de Média e Alta Complexidade, Gestão do SUS e Investimento na Rede (*tabela 4*).

Tabela 4. Municípios catarinenses com saldo financeiro do recurso de transferência, segundo estratos de porte populacional (pequeno, médio e grande), 2009 e 2015

Ano	2009						2015					
Blocos de financiamento	C/saldo	Grande	Médio	Pequeno	Total	p*	Grande	Médio	Pequeno	Total	p*	
Atenção Básica	n	04	09	27	40	0,477	02	13	27	42	0,366	
	%	10	22,5	67,5	100		4,8	30,9	64,3	100		
Média e Alta Complexidade	n	09	16	06	31	0,000**	05	39	57	101	0,053	
	%	29	51,6	19,4	100		05	38,6	56,4	100		
Vigilância em saúde	n	10	41	64	115	0,741	05	22	52	79	0,157	
	%	8,7	35,6	55,7	100		6,3	27,9	65,8	100		
Assistência farmacêutica	n	10	27	41	78	0,413	04	26	45	75	0,381	
	%	12,8	34,6	52,6	100		5,3	34,7	60	100		
Gestão	n	11	05	06	22	0,000**	04	06	06	16	0,065	
	%	50	22,7	27,3	100		25	37,5	37,5	100		
Investimento	n	04	05	02	11	0,002**	11	32	41	84	0,045	
	%	36,4	45,4	18,2	100		13,1	38,1	48,8	100		

Fonte: Elaboração própria.

Pequeno porte = até 10 mil habitantes; médio porte = 10.001 a 50.000 habitantes; grande porte = mais 50 mil habitantes.

*p = valor do teste de Qui-Quadrado

** Valores significativos

Para o ano de 2015, o maior saldo de recursos de transferências para os blocos de Atenção Básica, MAC, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Investimento foi de municípios de pequeno porte. Para os blocos de Gestão do SUS, observam-se valores percentuais similares para os municípios de médio e pequeno porte (37,5%). Para o ano de 2015, foram observadas associações significativas na análise bivariada apenas para os blocos de Investimentos na Rede e Média e Alta Complexidade.

Discussão

O problemático financiamento do SUS, em um cenário do capitalismo contemporâneo em crise¹², deixa aparente a insuficiência de recursos públicos e a ineficiência na sua aplicação para o alcance de um sistema de saúde universal e equitativo¹.

Os dados apresentados demonstram que

os municípios catarinenses têm assumido grande responsabilidade no financiamento do sistema de saúde. De modo geral, os municípios brasileiros ampliaram de modo expressivo seus gastos no setor, alocando proporção das receitas próprias em níveis superiores aos determinados constitucionalmente¹³. A descentralização das receitas definidas pelo SUS foi acompanhada da desconcentração de encargos bastante expressivos, que incidiram de forma mais acentuada sobre os municípios, fazendo com que se tornassem a unidade da federação que mais contribuiu para o setor em termos proporcionais à sua arrecadação¹³.

Esse crescimento da participação dos gastos de origem municipal no financiamento da saúde é um comportamento observado, também, nos demais municípios e regiões brasileiras. Piola e Barros¹⁴ apontam, por exemplo, que na região Sul do País, a participação percentual da União, dos estados e municípios no gasto público total saúde,

no ano de 2006, foi, respectivamente, de 43%, 23,1% e 33,9%; já para o ano de 2015, esses valores passaram a ser de 33,8%, 28,1% e 38,1%, o que revela o maior crescimento das alocações para o SUS por parte dos estados e municípios. No caso da União, o gasto em saúde foi mantido praticamente no mesmo percentual. Os autores afirmam que tal característica se explica pelo fato de que a correção do piso para a aplicação da União no SUS tinha como base a variação nominal do PIB dos anos imediatamente anteriores, e a União apenas tratou de cumprir o piso estabelecido em lei¹⁴.

As transferências governamentais na forma de blocos de financiamento e a maior concentração de recursos a um bloco, em detrimento a outro, como o observado para o estado de Santa Catarina, remetem ao processo histórico de consolidação da forma de repasse de recursos pela União aos entes federados.

As transferências intergovernamentais de recursos na área da saúde são pauta de debate e reivindicações desde a criação do SUS pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, quando em sua redação indicavam que os recursos deveriam ser repassados de forma regular e automática aos municípios, obedecendo a alguns critérios, como perfil epidemiológico, demográfico, características da rede de saúde, desempenho do setor, entre outros¹⁵.

Mendes¹⁶ retrata a consolidação histórica dos blocos de financiamento da saúde até a atual discussão para um novo mecanismo de transferência de recursos, em andamento no País. Aponta o autor que somente em 1993, com a criação da Norma Operacional Básica (NOB 01/93), que tratou da descentralização da gestão das ações e dos serviços de saúde, é que essa forma de repasse 'global' realmente ocorreu para alguns municípios, enquadrados em gestão plena, responsáveis por assumir completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços. No entanto, frente a muitos embates das esferas de governo, cria-se a NOB 01/96, que buscou disciplinar o processo de organização da gestão, definindo, no que tange

às transferências intergovernamentais, que elas aconteceriam de forma regular ou eventual, da União para estados, municípios e Distrito Federal, condicionadas à contrapartida desses níveis de governo. É nesse ponto que se criam os incentivos financeiros, que passam a ser utilizados pelo governo federal para repassar recursos, centralizando o financiamento e fragmentando a proposta de repasse global. Esse cenário torna necessário aos municípios administrar inúmeras contas bancárias para controle dos repasses.

O autor reforça, ainda, que, frente a esse contexto e à necessidade de um novo mecanismo de transferência, com vistas a reduzir a fragmentação, criam-se os blocos de financiamento (Portaria nº 204/2007), que, no entanto, ainda de acordo com Mendes¹⁶, mantiveram a lógica da oferta sem considerar as características epidemiológicas, socioeconômicas e as necessidades de saúde locais.

A partir da análise dos dados, verifica-se que Média e Alta Complexidade respondem pelo maior percentual dos recursos transferidos Fundo a Fundo no conjunto dos blocos de financiamento, com leve redução percentual de sua participação entre 2009 e 2015. Numa análise realizada por Pescuma Junior e Mendes¹⁷, com dados de todo País, também não foi encontrado aumento dos valores destinados à MAC com relação ao percentual do PIB, no período de 2000 a 2011. O maior gasto nesse bloco não significa priorização com relação aos demais, uma vez que este bloco se destina ao financiamento de procedimentos de alto custo e complexidade tecnológica. Por outro lado, observou-se em Santa Catarina o aumento percentual da participação do bloco da Atenção Básica no período analisado. Esse panorama é semelhante ao encontrado por Santos e Luiz¹⁸ quando analisaram os mesmos dados para o Brasil, no período de 2007 a 2015, onde o bloco da Atenção Básica foi o único que aumentou sua participação no total de valores repassados nesse período, refletindo

a política de priorização da Atenção Básica adotada pelo governo federal.

Os achados apresentados pelo estudo sobre a capacidade de utilização pelos municípios dos recursos financeiros recebidos na forma de transferências Fundo a Fundo evidenciaram que os municípios tiveram dificuldade em utilizar integralmente os recursos transferidos a boa parte dos blocos, particularmente, em 2009. É evidente que a subutilização dos recursos dos blocos precisa ser analisada à luz do contexto de subfinanciamento do sistema de saúde e das amarras burocráticas que, muitas vezes, impedem o uso eficiente e oportuno dos recursos disponíveis.

O menor percentual de recursos de transferência subutilizados foi da Atenção Básica, para ambos os anos definidos para a análise. Isso ocorre porque os municípios são os responsáveis diretos por esse nível de atenção, por ser este serviço a base da rede de saúde para aqueles de pequeno porte, que representam o maior número no estado. Além disso, o estado de Santa Catarina tem se destacado pela qualidade de sua Atenção Básica em relação ao restante do País, o que também reflete na eficiência dos gastos.

Em 2009, destaca-se a grande quantidade de municípios que deixaram de utilizar integralmente os recursos transferidos ao bloco de Vigilância em Saúde, indicando alguma dificuldade de planejamento e execução.

Para o bloco de MAC, o percentual de recurso subutilizado passou de 10,2% para 4,2%, e o número de municípios se elevou de 31 para 101. Essa elevação pode estar associada à ampliação do número de municípios que passaram a receber recurso para esse bloco de financiamento. O mesmo comportamento pode ter ocorrido com os blocos de Investimentos na Rede e na Gestão do SUS.

O maior montante subutilizado esteve concentrado nos blocos de gestão do SUS e Investimento na Rede. O repasse ao primeiro bloco esteve condicionado à adesão pelos municípios ao Pacto pela Saúde, por meio

da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, e o segundo bloco à apresentação de projetos, os quais deveriam ser submetidos à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que avaliam sua conformidade com os planos estaduais e municipais. Os projetos aprovados seriam formalizados em portaria do Ministério da Saúde, com valor, período de execução e cronograma de desembolso dos recursos financeiros a serem transferidos. O bloco de Investimentos na rede exige contrapartidas que oneram financeiramente os municípios¹⁹. Com a crise financeira dos últimos anos e o grande percentual de gastos já assumidos pelos municípios, receber investimento para assumir novas responsabilidades em que o custeio recaia sobre si, em especial, os custos com recursos humanos, provoca um efeito negativo, de modo que os municípios preferem abrir mão dos recursos ou mesmo desistir de manter serviços já instalados, descumprindo acordos firmados.

Cabe apontar, ainda, que o bloco de Investimento foi introduzido no mesmo ano de análise dos dados (2009), na medida em que não se pode descartar repasse tardio dos recursos pela União aos entes, limitando, assim, seu uso em tempo oportuno.

Na análise empreendida, uma hipótese possível para a subutilização de recursos é a de que os mecanismos estabelecidos até então para o repasse dos recursos pela União limitaram o gestor de fazer seu uso pleno, associada, em grande medida, ao extenuante e contínuo dispêndio de tempo político, administrativo e programático das secretarias de saúde para gerir as 230 (em média) 'caixinhas' de repasse financeiro¹⁵.

Os gestores de saúde reconhecem e já sinalizaram a dificuldade imposta pelo modelo de repasse de recursos em vigor, que limita sua atuação por não permitir que disponham livremente dos recursos atrelados a cada bloco específico²⁰.

Apesar de a possibilidade do remanejamento de recursos entre os blocos de financiamento existir, ele poderia acontecer em

apenas duas ocasiões: quando, ao término do exercício anual, houvesse eventuais saldos financeiros disponíveis no bloco de Assistência Farmacêutica, estes poderiam ser remanejados para outros blocos, exceto o de Investimento na Rede de Saúde, se atendidos alguns requisitos; a outra possibilidade definida pela Portaria GM/MS nº 1.073/2015 era reprogramar e remanejar os saldos financeiros disponíveis até 31 de dezembro de 2014. Esse remanejamento poderia ser realizado para blocos de financiamento distintos daquele no qual houve saldo financeiro disponível, com excessão dos blocos de Atenção Básica, MAC, Investimento na Rede e Gestão do SUS. Para o remanejamento, fazia-se necessária a elaboração de um plano de aplicação, a ser aprovado pela Comissão Intergestores Regional (CIR) ou pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB)¹⁸.

O Ministério da Saúde anunciou, em 2017, alterações no modelo de repasse dos recursos da União para estados e municípios, por meio da Portaria nº 3.992/2017. Os repasses, antes realizados em seis blocos temáticos⁸, passam a ser feitos em duas modalidades: custeio e investimento. A medida foi aprovada em reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e apoiada pelo Conass e pelo Conasems, em janeiro de 2017²¹. Essa definição pode apresentar avanços e retrocessos.

Os avanços são de que a nova proposta de repasse federal, delineada para ser unificada, global e regular, é um elo estratégico para qualificação do SUS, dando maior autonomia aos gestores na construção do modelo de saúde, com base em suas necessidades locais, permitindo avanços no processo de regionalização do SUS. Além de eliminar a dificuldade em gerir centenas de 'microrrepases', que limitam a utilização plena dos recursos, o que resulta em ineficiência¹⁵. Um possível retrocesso é de que a mudança, sem critérios de rateio bem definidos, poderá desviar recursos de áreas com menor visibilidade, como a Vigilância em Saúde, para áreas como a de média e alta complexidade,

permitindo ao setor privado, prestador de serviços, exercer pressão sobre os gestores locais por mais recursos¹⁵. Autores reiteram que o fundamental em todo esse processo é que não se trata apenas de unificar os blocos. É necessário definir os critérios de rateio que deverão ser construídos 'de baixo para cima' e estar pautados nas necessidades de saúde loco/regionais, medidas por critérios demográficos, epidemiológicos, socioeconômicos e espaciais^{16,21}.

Cabe, ainda, mencionar que os dados da pesquisa revelam uma redução significativa no montante de recursos subutilizados de 2009 para 2015. Esse fato pode ser um indicativo de avanço na capacidade de gestão dos recursos, dada a recente implantação dos blocos de financiamento, em 2009.

Com relação à capacidade de gastos dos recursos de transferências por estratos de municípios (grande, médio e pequeno porte), o resultado evidenciou haver associação entre as variáveis para o ano de 2015 apenas para o bloco de Investimentos na Rede e MAC, já para o ano de 2009, houve associação significativa para os blocos de Investimentos, MAC e Gestão do SUS.

Estudo conduzido por Simão e Orellano¹⁹ evidenciou que a arrecadação municipal é um fator que influencia positivamente o recebimento de transferências Fundo a Fundo do SUS. Os autores comprovaram a hipótese de que municípios que mais arrecadam, por terem mais recursos para a saúde, são os que têm mais incentivos a aderir ou ofertar os programas e serviços que recebem transferência federal através do SUS.

Estudo, como de Machado e Santos Guim²², sugerem a hipótese de que municípios de menor porte populacional teriam menor capacidade de adesão a programas federais, percebendo menor volume de transferências condicionadas do SUS. Com isso, menores transferências resultariam em menor volume de recursos a serem gastos, o que poderia tornar mais fácil utilizá-los. No entanto, nesses municípios, teria-se menor

agregado de capacidade técnica, consequentemente, menor capacidade de gasto dos recursos transferidos. Já municípios com maior concentração na oferta de serviços de média e alta complexidade assistencial seriam mais populosos, com maior capacidade técnica e tenderiam a captar mais transferências, seguindo, assim, a mesma lógica anteriormente apresentada.

Conclusões

O conjunto dos achados deste estudo sugere a necessidade de avançar na avaliação da eficiência e do padrão dos gastos públicos em saúde pelos entes federados.

Um instrumento significativo para potencializar a capacidade de avaliação dos serviços pelos gestores municipais é o Siops, uma ferramenta que mantém compatibilidade com as informações contábeis, geradas e mantidas pelos municípios, possibilitando informações essenciais para o

monitoramento e a avaliação contínua do padrão de financiamento e gasto em saúde.

Por fim, reitera-se que a análise empreendida neste estudo enfatiza a importância do processo de racionalização dos recursos, que não pode ser confundido com racionamento de despesas, como já descrito por Hartz e Pouvorville²³, devendo ser um forte argumento contra o subfinanciamento do setor.

Colaboradores

Todos os autores contribuíram significativamente para todas as etapas de produção do manuscrito, revisão crítica do conteúdo e aprovação de sua versão final.

Agradecimentos

Ao Programa Uniedu/Fumdes pela concessão de bolsa de estudo de doutoramento. ■

Referências

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011 May 21; 377(9779):1778-1797.
2. Marques RM, Mendes A. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. *Econ. Soc.* [internet] 2012 Ago [acesso em 2017 jul 20]; 21(2):345-362. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-06182012000200005&lng=en&nrm=iso.
3. Mendes A, Fúncia FR. O SUS e seu financiamento. In: Marques R, Piola SF, Roa AC. *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: Abres; Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016. p. 139-168.
4. Organização Mundial da Saúde. Financiamento do sistema de saúde: o caminho para a cobertura universal. Geneva: OMS; 2010 [acesso em 2017 fev 6]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf.
5. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Gestão do SUS*. Brasília, DF: Conass; 2015.
6. Brasil. Constituição 1988. Emenda Constitucional 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Lex: legislação federal e marginalia. 2015.
7. Brasil. Constituição 1988. Emenda Constitucional 95, de 15 de novembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Lex: legislação federal e marginalia. 2016.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. *Diário oficial da União*. Jan 2007.
9. Brasil. Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007. *Diário oficial da União*. Abr 2009.
10. Brasil. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. SUS Legal: Conasems, Conass e Ministério pactuam novo modelo de repasse de recursos do SUS [internet]. Brasília, DF: Conasems; 2017 [acesso em 2017 mar 7]. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/sus-legal-conasems-conass-e-ministerio-pactuam-novo-modelo-de-repasse-do-sus>.
11. Brasil. Lei nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal. *Diário oficial da União*. 14 de jan 2012.
12. Mendes A. Brazilian public health in the context of a State crisis or a crisis of capitalism? *Saude soc.* [internet]. 2015 Jun [acesso em 2017 abr 12]; 24(1):66-81. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01042902015000500066&lng=en.
13. Araujo CEL, Gonçalves GQ, Machado JA. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2017 Mar [acesso 2017 ago 15]; 22(3):953-963. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300953&lng=en.
14. Piola SF, Barros MED. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: Marques R, Piola SF, Roa AC. *Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento*. Rio de Janeiro: Abres; Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016. p. 101-138.
15. Santos NR. O repasse federal unificado do Ministério da Saúde para Estados e Municípios: considerações para um posicionamento e mobilização. *Ensaio Diál* [internet]. 2016 Nov [acesso em 2017 jun]; 3:32-33.

16. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Entrevista: Águilas Mentas [internet]. 2017 Fev 17 [acesso em 2017 jul 9]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/o-grande-problema-e-a-falta-de-dinheiro-para-o-sus-e-nao-a-forma-de-repasse>.
17. Pescunar Junior A, Mendes A. O Fundo Nacional de Saúde e a Prioridade da Média e Alta Complexidade. *Argumentum* [internet]. 2015 Jul-Dez [acesso em 2017 jan 18]; 7(2):161-177. Disponível em: <http://www.portaldpublicacoes.ufes.br/argumentum/article/view/10510>.
18. Santos RJM, Luiz VR. Transferências federais no financiamento da descentralização. In: Marques R, Piola SF, Roa AC. Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: Abres; Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016. p. 169-204.
19. Simão JB, Orellano VIF. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. *Estud. Econ.* [internet]. 2015 Mar. [acesso em 2017 jun 22]; 45(1):33-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-41612015000100033&lng=en&rm=iso.
20. Brasil. Governo do Brasil. Gestores implementam lei que otimiza repasses para a saúde [internet]. [Brasília, DF]: Portal Brasil; 2017 [acesso em 2017 mar 2]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2017/02/gestores-implementam-lei-que-otimiza-repasses-para-a-saude>.
21. Jukeira MG. Sistema único de saúde – Caixa Único. *Ensaio Diál* [internet]. 2016 Nov [acesso em 2017 jun 10]; 3:34-35. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2017/03/artigo_MAURO_JUNQUEIRA_PDF_marco_2017.pdf.
22. Machado JA, Santos Guim AL. Gestão e poder local. Descentralização e igualdade no acesso aos serviços de saúde: o caso do Brasil. *Rev. Serv. Público* [internet]. 2017 Jan-Mar. [acesso em 2017 ago 20]; 68(1):37-64. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2948/1/RSP%20V.68%20N.1-artigo%20de%2037-64.pdf>.
23. Hartz ZMA, Pouvourville G. Avaliação dos Programas de Saúde: a eficiência em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*. [internet]. 1998 Jun [acesso em 2017 fev 8]; 3(1):68-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231998000100068&lng=en.

Recebido em 02/10/2017

Aprovado em 03/02/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Hospitais filantrópicos beneficiados por programa de incentivo financeiro: uma análise de desempenho

Philanthropic hospitals benefited by financial incentive program: a performance analysis

Tanira Gomes de Toledo Barros¹, Carla Gianna Luppi²

RESUMO O estado de São Paulo adotou um programa de incentivo financeiro para hospitais filantrópicos. O objetivo deste estudo foi analisar o desempenho dos hospitais participantes desse programa em 2012. Foram analisados os indicadores de desempenho segundo o porte hospitalar e o porte municipal, empregando-se o modelo de desempenho do Proadess (Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde). Encontrou-se diferença no desempenho dos hospitais segundo porte: os hospitais de pequeno porte apresentaram resultados desfavoráveis com relação aos indicadores de acesso, eficiência e efetividade. Esse resultado corrobora a necessidade de reavaliar programas de incentivo financeiro para hospitais de pequeno porte configurados como hospitais gerais.

PALAVRAS-CHAVE Administração hospitalar. Serviços de saúde. Indicadores de serviços. Gestão em saúde. Serviços hospitalares.

ABSTRACT The state of São Paulo has adopted a financial incentive program for philanthropic hospitals. The objective of this study was to analyze the performance of the hospitals participating in this program in 2012. Performance indicators were analyzed according to hospital size and municipal size, using the Proadess performance model (Evaluation of Health System Performance). There was a difference in the performance of the hospitals according to the size: small hospitals presented unfavorable results in relation to the indicators of access, efficiency and effectiveness. This result corroborates the need to reassess financial incentive programs for small hospitals configured as general hospitals.

KEYWORDS Hospital administration. Health services. Service indicators. Health management. Hospital services.

¹ Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.
tgbarros@saude.sp.gov.br

² Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Escola Paulista de Medicina (EPM), Departamento de Medicina Preventiva – São Paulo (SP), Brasil.
cgluppi@yahoo.com.br

Introdução

No estado de São Paulo, hospitais filantrópicos e, em especial, as Santas Casas de Misericórdia são responsáveis por importante parcela da assistência hospitalar ofertada ao Sistema Único de Saúde (SUS)¹. Em 2012, do total de hospitais que prestaram atendimento ao SUS, mais de 66% das instituições eram de natureza filantrópica, segundo análise dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)².

A elevação dos custos da assistência hospitalar (decorrente das transições demográfica e epidemiológica), o avanço tecnológico e a necessidade de aperfeiçoamento da qualidade da assistência prestada pelas Santas Casas e pelos hospitais filantrópicos levaram à proposição de um programa de apoio financeiro a essas instituições¹. Esse programa foi pactuado e aprovado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do estado de São Paulo, em 2007 e 2009, tendo como objetivos apoiar financeiramente entidades filantrópicas responsáveis por serviços de saúde hospitalares de referência regional do SUS e aperfeiçoar a organização regional e a qualidade da assistência hospitalar. O número de hospitais participantes foi estabelecido segundo o porte populacional de cada Região de Saúde (RS): até 80.000 habitantes, um hospital; de 80.000 a 200.000 habitantes, dois hospitais; de 200.000 a 400.000 habitantes, três hospitais; e mais de 400.000 habitantes, quatro hospitais, independentemente de estarem sob gestão estadual ou municipal^{3,4}. O valor total do incentivo a ser concedido também foi fixado tendo por base os mesmos critérios

populacionais: regiões com até 80 mil habitantes, R\$ 30.000,00 mensais; regiões com entre 80 e 200 mil habitantes, R\$ 100.000,00 mensais; regiões com entre 200 e 400 mil habitantes, R\$ 200.000,00 mensais; e regiões com mais de 400 mil habitantes, R\$ 450.000,00 mensais^{3,4}.

Foi pactuado que essas Unidades Hospitalares Filantrópicas (UHF) deveriam apresentar critérios mínimos para serem contempladas por esse incentivo financeiro: mais de 30 leitos hospitalares, demonstrar abrangência regional ou microrregional e conformidade com as normas e os procedimentos com as instâncias de vigilâncias, auditoria e outros. Foram excluídos do programa hospitais que prestassem atendimento predominante a pacientes crônicos e psiquiátricos e aqueles que realizassem apenas assistência ambulatorial. Foram estabelecidas como condições obrigatórias para a inclusão dos hospitais no programa a disponibilização de 100% dos leitos SUS para o órgão de regulação competente e os demais procedimentos ambulatoriais definidos e priorizados pela Comissão Intergestores Regional (CIR) correspondente^{3,4}.

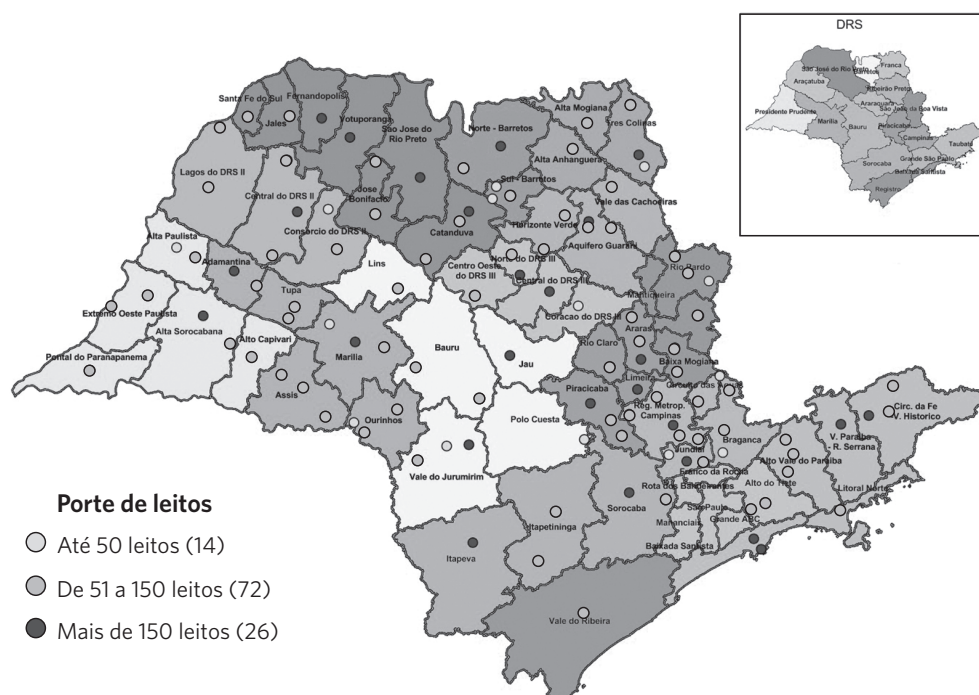
Os valores financeiros a serem repassados seriam compartilhados entre os gestores: 70% do gestor estadual e 30% dos gestores municipais. A seleção das UHF beneficiadas foi delegada às CIR, assim como a definição dos valores correspondentes de incentivo dentro do limite estabelecido por RS³.

A *figura 1* mostra a distribuição dos hospitais selecionados, segundo as RS e o Departamento Regional de Saúde (DRS), para 2012.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Figura 1. Distribuição espacial de Unidades Hospitalares Filantrópicas (UHF) do programa de incentivo financeiro por Região de Saúde (RS) e por Departamento Regional de Saúde (DRS), segundo porte hospitalar. Estado de São Paulo, 2012



Fonte: Datasus⁹, CNES⁹, IBGE¹², SESSP¹³, 2012.

A descrição e a análise dos indicadores de desempenho hospitalar dessas UHF contempladas pelo incentivo financeiro contribuiriam para direcionar a reformulação dos critérios de eleição adotados. Torna-se, portanto, oportuno investigar o desempenho dessas instituições, reconhecer elementos qualificadores, visando à promoção de ajustes para subsidiar a formulação de novas políticas de incentivos.

O objetivo deste estudo foi analisar o desempenho dos hospitais participantes do programa de incentivo financeiro aos hospitais filantrópicos no estado de São Paulo, em 2012.

Métodos

Foi realizado estudo descritivo de corte transversal com dados secundários. Em 2012, o estado de São Paulo era organizado em 64

RS, todas elas com CIR constituídas. Todas as RS indicaram unidades hospitalares filantrópicas para participar do auxílio financeiro, com exceção da Região Metropolitana de São Paulo, onde apenas uma das seis CIR indicou unidade hospitalar.

O presente estudo contemplou a descrição dos indicadores de todas as UHF incluídas no programa de incentivo financeiro em 2012.

Foram descritos os indicadores de desempenho selecionados e as variáveis de porte hospitalar e porte municipal. A variável porte hospitalar foi organizada segundo o estrato de número de leitos por UHF, adotando-se para a composição dos estratos a orientação indicada pelo Ministério da Saúde (MS)^{5,6}: pequeno porte, menor ou igual a 50 leitos; médio porte, de 51 a 150 leitos; e grande porte, com mais de 150 leitos (Portaria GM nº 2.224, de dezembro de 2002). A variável porte municipal foi organizada segundo

estratos de número de habitantes por município: pequeno porte – menos de 50.000 habitantes; médio porte – de 50.000 a menos de 100.000 habitantes; grande porte – 100.000 habitantes ou mais.

Os indicadores de desempenho descritos foram selecionados segundo os critérios de qualidade estabelecidos por McGlynn⁷: confiabilidade, factibilidade, usos e limitações. Os indicadores foram classificados segundo as subdimensões, adaptadas do modelo proposto pela Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde (Proadess)⁸. As subdimensões adotadas para análise da dimensão desempenho foram acesso, adequação, efetividade e eficiência. Os indicadores utilizados foram: acesso – número de procedimentos

ambulatoriais por mês, número de internações e número de partos por mês; eficiência – taxa de ocupação hospitalar, média de permanência, proporção entre o valor do programa de incentivo e o valor pago pela produção SUS; efetividade – percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB); e adequação – taxa de mortalidade hospitalar e taxa de cesárea (quadro 1).

As principais fontes de dados foram: CNES⁹, Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)¹⁰, Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)¹¹. Os dados demográficos foram obtidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹².

Quadro 1. Indicadores utilizados, dimensão, método de cálculo, fontes de dados e confiabilidade

Dimensão	Indicador	Método de cálculo	Fonte de dados	Confiabilidade/disponibilidade
Acesso	Número de procedimentos ambulatoriais/mês	Nº de procedimentos ambulatoriais (média mensal em 2012) por unidade hospitalar	Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)	As informações ambulatoriais são processadas SIA/SUS, tendo o Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C), o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (Apac) como fontes de dados. Inclui todas as consultas, os acompanhamentos e os atendimentos individuais realizados por médicos, inclusive quando realizados no cuidado multiprofissional.
Acesso	Número de internações/mês	Nº de internações hospitalares (média mensal em 2012) por unidade hospitalar		
Acesso	Número de partos/mês	Número de partos hospitalares SUS (média mensal em 2012) por unidade hospitalar		As informações sobre internação têm como fontes de dados as Autorizações de Internação Hospitalar – AIH (SIH/SUS). Essa é, para a maioria dos estados e municípios brasileiros, a única fonte de dados de internações hospitalares. Inclui apenas as internações pagas, não todas as que foram efetivamente realizadas pelo SUS, em função de limites definidos na programação física e financeira do SUS. Há possibilidade de subnotificação do número de internações realizadas em hospitais públicos financiados por transferência direta de recursos, e não por produção de serviços.
Efetividade	Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)	$\frac{\text{Nº ICSAB}}{\text{Total de internações.}} \times 100$	Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS).	
Adequação	Taxa de mortalidade hospitalar	$\frac{\text{Nº Óbitos (pós 24hs internação)}}{\text{Nº de saídas do hospital}} \times 100$		
Adequação	Taxa de cesárea	$\frac{\text{Nº de partos cesárea ocorridos}}{\text{Total de partos}} \times 100$		
Eficiência	Taxa de ocupação hospitalar	$\frac{\text{Nº pacientes/dia}}{\text{Total de leitos dia.}} \times 100$		
Eficiência	Média de permanência	$\frac{\text{Nº de paciente dia}}{\text{Total de saídas}} \times 100$		

Quadro 1. (cont.)

Quadro 1. (cont.)					
Eficiência	Proporção entre o valor fixado pelo Programa de incentivo e o valor pago pelo SUS por instituição.	$\frac{\text{Valor Pró-Santa Casa II}}{\text{Valor faturamento SUS}} \times 100$		Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS).	Os valores fixados pelas Comissões Intergestores Regionais por instituição são aprovados pela CIB e publicados no Diário Oficial do Estado (DOE). Os valores pagos pela produção SUS têm como fonte o Datasus, que para a maioria dos municípios é a única fonte de dados sobre a produção SUS.

As medidas estatísticas utilizadas para a descrição dos indicadores foram: mediana, percentil 25 (P25), percentil 75 (P75). A análise dos indicadores foi realizada segundo o porte hospitalar e o porte municipal.

Os dados utilizados nesse estudo foram obtidos nos sistemas de informação oficiais, disponíveis para acesso público. Os dados relativos às instituições que compõem esse programa de auxílio financeiro foram fornecidos pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SESSP)¹³, também com acesso público.

Resultados

Do total de 112 UHF, 13 (12%) eram de pequeno porte, 72 (64%) de médio porte e 27 (24%) de grande porte (*tabela 1*). Os indicadores foram analisados por dimensão segundo o porte hospitalar e o porte municipal. Observou-se que foram indicadas pela CIR uma UHF de pequeno porte, em um município de grande porte, e uma UHF de grande porte, localizada em um município de pequeno porte. No grupo de municípios de porte médio não se encontrou nenhum hospital de pequeno porte beneficiado.

Tabela 1. Distribuição de hospitais do programa de incentivo segundo número de leitos, por porte populacional municipal, estado de São Paulo, 2012

Faixa Populacional	Número de Leitos					
	≤ 50	%	51 a 150	%	150	%
< 10.000	1	7,69	0	0	0	0
10.000 a 20.000	9	69,23	5	6,94	0	0
20.000 a 50.000	2	15,38	26	36,11	1	3,70
50.000 a 100.000	0	0,00	24	33,33	5	18,52
> 100.000	1	7,69	17	23,61	21	77,78
Total	13	100,00	72	100,00	27	100,00

Fonte: IBGE¹², Datasus⁹, CNES⁹, SESSP¹³, 2012.

Na análise dos indicadores de desempenho, observou-se que os três indicadores de acesso (número de procedimentos ambulatoriais por mês, número de internações por mês e número de partos por mês) apresentaram relação positiva com o porte da UHF e com o porte do município: quanto maior o indicador, maior o porte hospitalar (*tabela*

2). Essa relação se manteve após análise estratificada por municípios (*tabela 3*): hospitais de grande porte em municípios grandes apresentaram número de internações por mês 8,5 vezes maior, e indicador de número de partos por mês 8,9 vezes superior.

O percentual de ICSAB, indicador de efetividade, foi 1,7 vezes maior em UHF

de pequeno porte (27,7%) em relação às de grande porte (16%). Na análise estratificada por município, essas UHF de pequeno porte em municípios pequenos apresentaram um percentual¹, 8 vezes maior de ICSAB em relação aos hospitais de grande porte em municípios grandes. Nos municípios grandes, o desempenho do ICSAB manteve-se pior em UHF de pequeno porte.

Na sub dimensão eficiência, a taxa de ocupação foi mais elevada em UHF de grande porte (79,6%), e o desempenho da UHF de pequeno porte foi 2,1 vezes menor. Com relação às médias de permanência, as diferenças segundo o porte não foram tão expressivas: as UHF de maior porte apresentaram 1,5 vezes maior média de permanência do que as de menor porte, resultado que não se modificou com a análise estratificada por porte de município. A mediana da proporção do valor do benefício com relação ao valor aprovado pela produção SUS do hospital foi quatro vezes maior nos hospitais de pequeno porte

em comparação com os de grande porte. Chama atenção que em um quarto dos hospitais de pequeno porte esse valor foi superior a 55%. Após estratificar a análise por porte de municípios, essa diferença se manteve, e observou-se que uma UHF de pequeno porte localizada em um município de grande porte apresentou maior percentual – 57,4%.

No tocante aos indicadores de adequação, a taxa de mortalidade hospitalar observada como menor no grupo de hospitais de pequeno e médio porte aumenta em 2,5 vezes quando esses hospitais se localizam em municípios maiores. Essa mesma relação não foi verificada para o grupo dos hospitais de grande porte. A mediana de taxa de cesárea apresentou menor variação com relação ao porte hospitalar, com variação de 51,5% em pequeno porte, para 57,5% em grande porte. Foi possível observar que a maior de taxa de cesárea ocorreu em uma UHF de grande porte em município de pequeno porte (86,5%).

Tabela 2. Distribuição das medianas (percentil 25 – P25 – e percentil 75 – P75) dos indicadores de desempenho por porte hospitalar dos hospitais do programa de incentivo. Estado de São Paulo, 2012

Indicadores	Porte hospitalar (por número de leitos)							
	≤50		51 a 150		>150		Total	
	Mediana	(P25%; P75%)	Mediana	(P25%; P75%)	Mediana	(P25%; P75%)	Mediana	(P25; P75)
Acesso								
Nº de procedimentos ambulatoriais/mês	4.731	(2.286; 7.153)	9.307	(6.120; 15.926)	28.909	(18.124; 46.867)	12.449	(6.338; 22.873)
Nº de internações/mês	101	(79; 143)	306	(207; 404)	772	(564; 937)	333	(201; 498)
Nº de partos/mês	13	(8; 17)	39	(22; 61)	107	(69; 162)	40	(21; 86)
Efetividade								
Percentual de ICSAB	27,7	(22,1; 37,1)	21,5	(15,8; 29,4)	16,5	(12,76; 20,5)	20,9	(15,5; 27,8)
Eficiência								
Proporção do valor fixado pelo programa de incentivo e o valor pago pelo SUS por instituição	40,2	(21,9; 55,8)	25,0	(16,7; 39,9)	9,9	(6,8; 13,1)	21,9	(11,9; 36,4)
Taxa de ocupação	37,5	(30,1; 47,4)	49,9	(38,8;66,1)	79,6	(69,8; 87,5)	52,7	(38,8; 73,9)
Média de permanência	3,0	(2,6; 3,2)	3,3	(3,0; 3,8)	4,4	(3,83; 4,9)	3,4	(3,1; 4,1)
Adequação								
Taxa de cesárea	51,5	(42,8; 77,9)	56,3	(44,4; 70,4)	57,4	(44,36; 68,8)	56,2	(44,3; 70,4)
Taxa de mortalidade hospitalar	3	(2,2; 3,3)	4,4	(3,1; 5,7)	5,7	(4,6; 6,8)	4,5	(3,1; 5,7)

Fonte: Datasus⁹, CNES⁹, SIA¹⁰, SIH¹¹, SESSP¹³, 2012.

Tabela 3. Distribuição das medianas dos indicadores de desempenho segundo porte municipal e porte hospitalar dos hospitais do programa de incentivo, São Paulo, 2012

Indicadores	Porte Municipal								
	Até 50.000 hab.			50.001 a 100.000 hab.			<100.000 hab.		
	Porte Hospitalar			Porte Hospitalar			Porte Hospitalar		
	≤ 50	51-150	>150	≤ 50	51-150	>150	≤ 50	51-150	>150
Acesso									
Nº de procedimentos ambulatoriais/mês	4.264	7.609	13.479	-	10.921	27.383	20.380	28.481	32.248
Nº de internações/mês	94	204	298	-	354	652	279	464	808
Nº de partos/mês	13	21	25	-	45	63	84	90	116
Efetividade									
Percentual de ICSAB	27,8	29,5	35,2	-	20,8	16,9	22,1	13,2	15,3
Eficiência									
Taxa de ocupação	36,1	39,0	31,3	-	54,4	80,0	74,2	83,9	79,6
Média de permanência	2,9	3,0	3,8	-	3,4	4,0	3,9	4,1	4,5
Proporção do valor fixado pelo programa de incentivo e o valor pago pelo SUS por instituição	37,7	26,0	17,3	-	25,3	9,4	54,5	16,8	9,9
Adequação									
Taxa de cesárea	52,3	61,7	86,5	-	58,0	45,2	37,5	42,9	57,4
Taxa de mortalidade hospitalar	2,8	3,9	5,4	-	4,6	5,7	6,3	5,7	5,7

Fonte: Datasus⁹, CNES¹⁰, SIA¹⁰, SIH¹¹, IBGE¹², SESSP¹³, 2012.

Discussão

O objetivo desse programa de incentivo para hospitais filantrópicos foi apoiar financeiramente as entidades filantrópicas que realizassem a prestação de serviços de saúde, como hospitais gerais, que se constituíam em referências regionais, além de aperfeiçoar a organização territorial e a qualidade da assistência hospitalar. A estratégia de seleção desses hospitais que seriam contemplados pelo incentivo se deu por meio da indicação das CIR, com o emprego de critérios de eleição pactuados em CIB. A distribuição segundo o porte hospitalar das UHF contempladas pelo programa de incentivo financeiro mostrou que a indicação priorizou os hospitais de médio e grande porte. No entanto, aproximadamente, 12% foram UHF de pequeno porte. As UHF de pequeno porte hospitalar apresentaram desempenho desfavorável, em especial, nos indicadores de acesso, efetividade e eficiência. No Brasil, e também no estado de São Paulo, estudos

apontaram piores avaliações de desempenho entre os hospitais de pequeno porte^{1,2,14,15}.

O desempenho observado dos indicadores de acesso foi relacionado positivamente aos portes hospitalar e municipal, ou seja, quanto maior o porte, melhor o desempenho. Esse resultado é esperado e determinado pela estrutura hospitalar existente, ou seja, pela capacidade instalada das UHF de maior porte e pela maior demanda em municípios com porte populacional maior^{16,17}. Entretanto, destaca-se que as UHF gerais de pequeno porte apresentaram uma oferta de serviços muito restrita, que poderia ser mais bem organizada no sistema de serviços de saúde regional. Como já foi apontado em outras publicações, esses hospitais não apresentam economia de escala, existindo, também, relação direta entre a qualidade e a quantidade de procedimentos^{1,2,14,15}.

O indicador de efetividade, percentual de ICSAB, foi maior nos hospitais de pequeno porte, mesmo quando localizados em municípios maiores. Esse resultado foi

semelhante ao encontrado em 2013, no universo dos hospitais do estado de São Paulo com menos de 50 leitos, em que o percentual de ICSAB foi de 29%¹⁴. A oferta de serviços em hospitais gerais de pequeno porte contribuiu para internações desnecessárias². Essa elevada proporção de internações de casos mais simples, muitas vezes desnecessárias, pode apontar que o atendimento de urgência de casos com baixa complexidade, que deveriam ser resolvidos na rede de atenção básica, foi realizado por esses pequenos hospitais. Adicionalmente, o elevado percentual de ICSAB pode indicar falha na qualidade e falta de articulação na Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS)¹⁸.

No que se refere aos indicadores de taxa de ocupação, indicador de eficiência, o desempenho de todas as UHF foi inferior ao encontrado para todas as unidades hospitalares com atendimento do SUS no estado em 2013 (67%). Com relação aos hospitais de pequeno porte, o desempenho foi semelhante¹¹. O resultado de pior desempenho desse indicador em hospitais de pequeno porte, em comparação com os de grande porte, corrobora os achados em outros estudos conduzidos no estado de São Paulo^{1,2,14}. A aparente ociosidade de leitos, demonstrada por taxas de ocupação abaixo de 80%, deve ser examinada considerando-se as diferenças existentes entre as diversas clínicas, que refletem a mudança dos perfis demográfico e epidemiológico e a existência de grandes desigualdades regionais, não apenas na oferta total de leitos, mas, também, na sua complexidade e resolubilidade. A economia de escala pode ser encontrada em hospitais com mais de 100 leitos, em decorrência da relação direta entre qualidade e quantidade^{16,19}.

O custo de financiamento de hospitais de pequeno porte é desproporcionalmente elevado em relação à sua baixa eficiência^{1,15}. Outro indicador de eficiência utilizado foi o montante do valor destinado pelo programa de incentivo sobre o valor financeiro recebido pela produção SUS, que foi muito superior para as

UHF de pequeno porte em comparação com as de grande porte – quatro vezes maior. Em 25% das UHF de pequeno porte, esse recurso correspondeu a mais da metade do valor financeiro recebido pela produção SUS, resultado que indica dificuldades na sustentabilidade dessas UHF e sua dependência do programa de incentivo para a manutenção de sua operação. Adicionalmente, a distribuição das proporções encontradas evidencia a necessidade de rever o critério atual: a distribuição proporcional do número de hospitais contemplados segundo o porte das regiões, fator que poderia ter levado a distorções na indicação de hospitais. Em uma das RS ocorreu a indicação de um hospital filantrópico de pequeno porte, mesmo havendo outros hospitais públicos de maior porte na região, apenas para completar a cota de UHF contempladas por RS. Esse resultado aponta para a fragilidade do critério de eleição das UHF beneficiadas por esse programa.

Com relação aos indicadores de adequação, chamou atenção o pior desempenho em uma UHF de pequeno porte em município grande. A mortalidade institucional encontrada foi duas vezes maior em UHF de pequeno porte, localizada em município de maior porte, em relação às UHF localizadas em município de pequeno porte. Esse resultado não era o esperado. Na avaliação da mortalidade hospitalar, a preocupação deve estar voltada para a identificação dos óbitos que poderiam ser evitados pela atuação do hospital, mas também reflete as características de gravidade da demanda. Em hospitais que apresentam maior complexidade, essa taxa poderia se apresentar elevada devido à gravidade dos casos atendidos²⁰, no entanto, tal análise deve ser realizada com cautela, uma vez que apenas uma única UHF de pequeno porte foi contemplada com o programa de incentivo em um município de grande porte. As taxas de mortalidade institucional podem ser consideradas como um possível indicador para discriminar serviços com desempenho diferenciado na qualidade do processo de cuidado ao paciente^{20,21}.

Os hospitais de médio porte e grande porte apresentaram maior taxa de cesárea, independentemente do porte do município. Uma das UHF de grande porte localizada em município de pequeno porte apresentou uma taxa de cesárea aproximadamente seis vezes maior do que o que é preconizado pela Organização Mundial da Saúde²².

Cabe levantar algumas limitações relativas às fontes de dados utilizadas. A maior delas refere-se ao CNES. Essa fonte de dados nem sempre acompanha as mudanças, alterações que ocorrem nas instituições, o que, como consequência, pode causar distorções em alguns dos indicadores de desempenho selecionados²³.

Outra limitação é relativa aos dados de produção utilizados que foram os aprovados pelo sistema SIA e SIH, podendo haver diferenças entre os procedimentos apresentados pelo prestador e os aprovados, ou seja, é possível que a produção tenha sido superior à obtida²⁴.

Atender às necessidades de saúde da população deve ser sempre o objetivo central de um sistema de saúde. Os serviços de saúde são parte integrante do sistema, cujo desempenho influencia as condições de vida e os determinantes de saúde²⁵. O enfrentamento de uma condição de saúde deve ser feito proporcionando às pessoas o ciclo completo de atendimento a ela, ou seja, em rede de atenção à saúde¹⁶. Os auxílios financeiros aos serviços de saúde precisam considerar o contexto regional, os serviços de saúde existentes e sua forma de organização. O hospital é um ponto de atenção dessas redes, cabendo aos gestores públicos definir o papel da instituição na rede e monitorar a sua atuação.

Um programa de auxílio financeiro a serviços de saúde deve ter como objetivo central melhorar a saúde da população, ponderando sempre as características do território em que o serviço está localizado. O papel que ele deve e precisaria desempenhar seria estabelecido a partir de um planejamento regional que levasse em consideração, além de suas estruturas física e de recursos humanos, o conjunto de oferta de serviços de saúde do

território, as condições de acesso e o contexto regional. Dessa forma, conforme proposto pelo programa de incentivo, a indicação das instituições a serem contempladas por esse auxílio financeiro deveria continuar sendo atribuição das CIR. Porém, os critérios de indicação e dos valores financeiros a serem auferidos a cada hospital, assim como a pertinência de financiamento de hospitais de pequeno porte, precisariam ser revistos.

Conclusões

Este resultado corrobora a necessidade de reavaliar programas de incentivo financeiro, principalmente para hospitais de pequeno porte configurados como hospitais gerais. O programa de incentivo financeiro deveria ser direcionado para UHF que apresentassem bom desempenho e articulação com os demais pontos de atenção da rede, em uma relação mais favorável de investimento e qualidade da atenção.

Colaboradores

Tanira Gomes de Toledo Barros: organizou o projeto e o planejamento. Realizou a análise e a interpretação dos dados. Elaborou o rascunho e a revisão do conteúdo. Participou da aprovação final do manuscrito.

Carla Gianna Luppi: organizou o projeto e o planejamento. Realizou a análise e a interpretação dos dados. Elaborou o rascunho e a revisão do conteúdo. Participou da aprovação final do manuscrito.

Agradecimentos

Aos Professores Doutores Olímpio José Nogueira Viana Bittar, Oziris Simões e Arnaldo Sala pelas contribuições fundamentais agregadas a este trabalho. ■

Referências

1. Bittar OJNV, Mendes JDV, Magalhães A. Rede Hospitalar no Estado de São Paulo: mapear para regular [monografia]. São Paulo. SESSP; 2011. 54p.
2. Ramos MCA, Cruz LP, Kishima VC, et al. Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil. *Rev. Saúde Pública*. Universidade de São Paulo, 2015.
3. São Paulo (Estado). Deliberação CIB nº 232, de 27 de novembro de 2007. Aprovar o Programa Pró-Santa Casa – 2008. *Diário Oficial do Estado*. 2017 Dez. 11.
4. São Paulo (Estado). Deliberação CIB nº 51, de 17 de setembro de 2009. Nota Técnica sobre o Programa Pró-Santa Casa 2. Este programa substitui o atual Programa Pró-Santa Casa. *Diário Oficial do Estado*. 2009 Set. 23.
5. Brasil. Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Conceitos e Definições em Saúde. Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1997.
6. Brasil. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar. Portaria no 2.224, de 6 de dezembro de 2002. Conceitos e Definições em Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1977.
7. McGlynn EA. Selecting Common Measures of Quality and System Performance. *Medical Care*, California. 2003; 41(supl.):39-47.
8. Viacava F, Almeida C, Caetano R, et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc. Saúde Colet*. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2004; 9(3): 711-724.
9. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [internet]. Departamento de Informática do SUS (Datasus) [acesso em 2012 dez 5]. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br/>.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Tabnet [internet]. Departamento de Informática do SUS (Datasus). [acesso em 2017 jun 10]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sia/cnv/qisp.def>.
11. Ministério da Saúde (Brasil). Tabnet [internet]. Departamento de Informática do SUS (Datasus). [acesso em 2017 jun 10]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/qisp.def>.
12. Ministério da Saúde (Brasil). Tabnet [internet]. Departamento de Informática do SUS (Datasus). [acesso em 2012 dez 10]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/popsp.def>.
13. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Matriz de Indicadores de Saúde do Estado de São Paulo, 2012 [internet]. [acesso em 2017 maio 5]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/informacoes-de-saude/matriz-de-indicadores-de-saude-atualizado/>.
14. Mendes JDV, Cecilio MAM, Osiano VLRL. Hospitais de Pequeno Porte no SUS do estado de São Paulo. *Boletim Epidemiológico Paulista*. São Paulo. 2014; (11):127-128.
15. Cunha LF, Bahia L. Construção de hospitais de pequeno porte como política de saúde: um caso emblemático no estado de Maranhão, Brasil. *Journal of Management and Primary Health Care*, América do Norte. 2014; 6(2): 248-254.
16. Souza RR, Mendes JDV, Barros, coordenadores. Pactuação em saúde. In: *Vinte anos do SUS São Paulo*. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde; 2008. p. 69-80.
17. Bittar OJNV. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. *Revista de Saúde Pública*. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. 1996; 30(1):53-60.
18. Nedel FB, Facchini LA, Martín-Mateo M, et al. PSF

- e condições sensíveis à atenção primária. *Revista de Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo*. 2008; (42):1041-1052.
19. Bittar OJNV. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. São Paulo. *Revista de Administração em Saúde. Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde*. São Paulo. 2001 Jul-Set; 3(12):21-28.
 20. Travassos C, Noronha JC, Martins M. Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade: uma revisão. *Ciênc. Saúde Colet. Associação Brasileira de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 1999; (4):367-381.
 21. Martins M, Blais R, Leite IC. Mortalidade hospitalar e tempo de permanência: comparação entre hospitais públicos e privados na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. saúde pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca*. Rio de Janeiro; 2004; 20(supl.2):S268-S282.
 22. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985; 326(8452):436-437.
 23. Escrivão JRA. Uso da informação na gestão de hospitais públicos. *Ciênc. Saúde Colet. Associação Brasileira de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2007; 12(3):655-666.
 24. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa. *Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil*. 2.ed. Brasília, DF. 2008.
 25. Buss PM, Pellegrini Filho A. *Saúde e seus Determinantes Sociais*. Physis. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2007; 17(1):77-93.

Recebido em 28/06/ 2017

Aprovado em 12/11/2017

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Processo regulatório da Estratégia Saúde da Família para a assistência especializada

Regulatory process of the Family Health Strategy for specialized care

Milene da Silva Dantas Silveira¹, Luiza Helena de Oliveira Cazola², Albert Schiaveto de Souza³, Renata Palópoli Pícoli⁴

RESUMO Objetivou-se conhecer o processo regulatório da Estratégia Saúde da Família para a assistência especializada em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Estudo descritivo, com 53 médicos, cuja coleta de dados utilizou um questionário estruturado e autoaplicável. Os profissionais (50,9%) consideraram que a regulação contribui para a coordenação do cuidado, que a devolução dos encaminhamentos deve-se à falta de clareza dos resultados dos exames (57,1%) e que a principal medida para melhoria do acesso à atenção especializada seria o aumento de vagas. Uma maior comunicação entre os profissionais envolvidos no processo regulatório deve ser incentivada, de modo a possibilitar o exercício pleno de suas funções.

PALAVRAS-CHAVE Regulação e fiscalização em saúde. Estratégia Saúde da Família. Acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT *It was aimed to know the regulatory process of the Family Health Strategy for specialized care in Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Descriptive study, with 53 physicians, whose data collection used a structured and self-administered questionnaire. The professionals (50.9%) considered that the regulation contributes to the coordination of the care, that the return of the referrals is due to the lack of clarity of the test results (57.1%) and that the main measure to improve the access to the specialized care would be the increase of positions. A greater communication among the professionals involved in the regulatory process should be encouraged, in order to provide the full exercise of their functions.*

KEYWORDS *Health regulation and monitoring. Family Health Strategy. Health services accessibility.*

¹Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) – Campo Grande (MS), Brasil.
milenedantas@yahoo.com.br

²Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) – Campo Grande (MS), Brasil.
luizacazola@gmail.com

³Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) – Campo Grande (MS), Brasil.
albertss@hotmail.com

⁴Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) – Campo Grande (MS), Brasil.
reppicoli@gmail.com

Introdução

Entre as atribuições específicas do profissional médico que atua na Estratégia Saúde da Família (ESF) está a realização de encaminhamentos a outros pontos da rede de atenção, a responsabilização pelo plano terapêutico de forma compartilhada, respeitando-se os fluxos assistenciais, o registro apropriado de informações e a comunicação entre os profissionais em tempo e lugar oportunos, de maneira a atender à necessidade do usuário^{1,2}.

A ESF é, portanto, o ponto de início de onde parte o fluxo do sistema de saúde, no qual o profissional deve agir com autonomia. Contudo, a resolatividade do cuidado depende não só da atuação dos profissionais da atenção primária, mas, também, dos profissionais dos outros níveis assistenciais³.

Em 2008, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Regulação, que contempla três aspectos: regulação de sistemas de saúde; regulação da atenção à saúde; e regulação do acesso à assistência, sendo que esta última se constitui em um importante instrumento de gestão pública, permitindo às suas instâncias estaduais, municipais e federal regular o perfil assistencial mais adequado às necessidades de saúde^{4,5}.

Por se tratar de um instrumento recente na prática médica, a regulação do acesso pode gerar dificuldades no seu manejo, em função do reduzido conhecimento ou da inabilidade do profissional, de modo a retardar ou mesmo impedir o acesso dos usuários aos serviços de saúde especializados, comprometendo a integralidade do cuidado.

Para o adequado funcionamento das redes de atenção, visando ao cuidado em tempo e lugar oportunos, é preciso que os diversos setores da saúde atuem de forma coordenada e integrada.

Neste sentido, dada a relevância dessa problemática e a necessidade de produções científicas que abordem o tema, especialmente, as associadas ao conhecimento e à

boa prática regulatória realizada pelo profissional médico inserido na atenção primária, este estudo tem por objetivo conhecer o processo regulatório da ESF para a assistência especializada em Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, realizado nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) urbanas e rurais de Campo Grande, estado do Mato Grosso do Sul.

A população foi composta por 89 médicos, de ambos os sexos, lotados nas 38 unidades de ESF, sendo três deles rurais, com, pelo menos, seis meses de atuação na ESF em atividade, pois é necessário um tempo mínimo de experiência para que se possa avaliar a sua inserção nos serviços.

Dessa forma, antes da coleta, os profissionais foram questionados individualmente pela pesquisadora quanto ao seu tempo de atuação, sendo excluídos, no total, 36 (40%) participantes, 10 deles (27,7%) por não atenderem a esse critério, 7 (19,4%) por estarem de férias e/ou licença médica, 18 (50%) por recusa e 1 (2,7%) por ser a própria pesquisadora. Ao final, compuseram a amostra 53 médicos, de 35 Unidades, que foram convidados a participar da pesquisa e que, depois do aceite, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados primários ocorreu durante os meses de junho e julho de 2015, previamente agendada com os profissionais, de acordo com a sua disponibilidade.

Para a coleta, utilizou-se de um questionário autoaplicável, elaborado pela pesquisadora, constituído de 18 questões fechadas, que abordaram as seguintes variáveis: quanto à caracterização do profissional médico (experiência profissional, tipo de vínculo empregatício, formação e capacitações para o exercício da função); com relação à regulação do acesso à atenção especializada (avaliação da regulação



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

e sua prática, principais motivos de devolução dos encaminhamentos e estratégias de melhoria da regulação).

Os dados obtidos foram organizados em planilha eletrônica Excel®, avaliados segundo a análise estatística descritiva e apresentados em forma de tabelas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa vinculado à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o parecer nº 1.045.233.

Resultados

Quanto à caracterização do profissional médico da ESF, verificou-se que o tempo médio de atuação foi de 6,2 anos, e desvio padrão de 4,9, com predomínio (49%) de experiência na área de até quatro (4) anos, com vínculo empregatício, em sua maioria, do regime estatutário, 47,2%.

Para atuação na atenção primária, 54,7% não possuíam qualquer formação. Os outros 45,3% participaram de cursos de especialização em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e/ou em Saúde da Família (cursos *lato e stricto sensu*). Apenas 7,5% realizaram residência médica em MFC.

Para o curso introdutório, os resultados apresentaram-se próximos. 47,2% afirmaram

participar, e 49,1% não. Quanto aos cursos de educação continuada e/ou permanente, a maioria (83%) relatou ter realizado, sendo a maior parte dos cursos (69,8%) oferecida pela gestão municipal.

Com relação à regulação do acesso ao serviço especializado pelo médico da ESF, 50,9% consideraram que tal processo contribui para a coordenação do cuidado, no entanto, 34% declararam interferir de maneira negativa (*tabela 1*).

Quanto à frequência de autorização dos encaminhamentos para a atenção especializada, 94,4% declararam que foram sempre, ou na maioria das vezes, autorizados, e, quanto ao acesso aos encaminhamentos devolvidos, 24,5% referiram recebê-los semanalmente, 22,6% foram informados pelo próprio paciente e 18,9% não souberam informar (*tabela 1*).

Para a maioria dos participantes, o tempo de espera para consultas especializadas foi considerado muito insatisfatório (43,4%) e insatisfatório para 34%, que, somados, representaram 77,4% (*tabela 1*).

Sobre o grau de dificuldade em obter vaga para um paciente que necessite de consulta especializada, 50,9% consideraram difícil, sendo atribuída como principal motivo (para 58,5%) a oferta reduzida de vagas para as especialidades (*tabela 1*).

Tabela 1. Taxa de pacientes com câncer em cuidados paliativos na atenção domiciliar por 100.000 habitantes, por ano, Unidade de residência da Federação. Brasil e Regiões, 2013-2015

Variáveis	n	%
Regulação		
Contribui para a coordenação do cuidado	27	50,9
Interfere negativamente na coordenação do cuidado	18	34,0
Não sabe informar	4	7,5
Sem informação	4	7,5
Frequência de autorização dos encaminhamentos		
Sempre	2	17,0
Na maioria das vezes	41	77,4

Tabela 1. (cont.)

Nunca	1	1,9
Não sabe informar	2	3,8
Frequência dos encaminhamentos devolvidos		
Semanalmente	13	24,5
Quinzenalmente	5	9,4
Mensalmente	12	22,6
Os próprios usuários informam a devolução	12	22,6
Não sabe informar	10	18,9
Sem informação	1	1,9
Tempo de espera para consulta com especialista		
Satisfatório	2	3,8
Pouco satisfatório	9	17,0
Insatisfatório	18	34,0
Muito insatisfatório	23	43,4
Não sabe informar	1	1,9
Grau de dificuldade para consulta especializada		
Difícil	27	50,9
Moderado	23	43,4
Fácil	1	1,9
Sem informação	1	1,9
Dificuldades		
Oferta reduzida de vagas para a especialidade	31	58,5
Pouca maleabilidade da regulação	10	18,9
Dificuldade em cumprir os requisitos exigidos pelo protocolo	4	7,5
Sem informação	1	1,9

Quanto à prática regulatória pelos médicos da ESF, os resultados podem ser observados na *tabela 2*.

Entre os entrevistados, 86,8% referiram conhecer o protocolo de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada, ter acesso a ele e utilizá-lo na maior parte das vezes. No entanto, quando indagados sobre o recebimento de treinamento para o manejo, a maioria (69,8%) declarou não o ter realizado e que seria importante fazê-lo.

Além do encaminhamento registrado no Sistema de Informação de Regulação (Sisreg),

comunicação via telefone pela gerência da unidade de saúde representou 45,3%, e apenas dois profissionais (3,8%) referiram contato direto com a central, via telefone.

Nas situações em que o caso encaminhado tratava-se de uma prioridade em saúde, 64,2% referiram que, além de cumprirem os requisitos mínimos do protocolo, expressaram a necessidade de urgência e o justificaram informando com dados clínicos. Quanto ao uso de influência pessoal para conseguir acesso rápido sem passar pela regulação, apenas 5,7% relataram realizar.

Tabela 2. Prática regulatória pelo médico da ESF. Campo Grande, MS, 2015. (N=53)

Variáveis	n	%
Conhecimento do protocolo		
Desconhece	3	5,7
Conhece, tem acesso e o utiliza na maior parte das vezes	46	86,8
Conhece, tem acesso, porém, não o utiliza	2	3,8
Sem informação	2	3,8
Realização de treinamento sobre o manejo do protocolo		
Sim, contribui para melhorar o processo de trabalho	3	5,7
Sim, porém, não foi útil no processo de trabalho	4	7,5
Não, mas considera que seria importante fazê-lo	37	69,8
Não, pois não melhoraria o processo de trabalho	9	17
Meio de comunicação com a Central de Regulação (CR)^a		
Por telefone, via gerência	24	45,3
Via e-mail	5	9,4
Por telefone, com comunicação direta com o médico regulador	2	3,8
Nunca teve outras formas de comunicação	18	34,0
Sem informação	1	1,9
Em caso de prioridade^a		
Cumpre os requisitos mínimos e informa sobre a urgência	34	64,2
Comunica a CR, via e-mail ou telefone	18	34,0
Segue o protocolo e a regulação prioriza	10	18,9
Utiliza a classificação de risco na ficha de solicitação	7	13,2
Utiliza influência pessoal	3	5,7
Sem informação	1	1,9

^a Poderia ser assinalada mais de uma alternativa.

Entre os motivos de devolução dos encaminhamentos pela Central de Regulação (CR) para adequações, houve predomínio para a melhoria da descrição dos resultados

dos exames básicos obrigatórios nos protocolos de acesso (57,1%), seguido de melhor descrição do quadro clínico, por 31,4% (tabela 3).

Tabela 3. Principal motivo de devolução do encaminhamento, segundo opinião do médico da ESF. Campo Grande, MS, 2015. (N=53)

Motivo de devolução	Opinião do médico da ESF				
	1	2	3	4	5
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Melhorar descrição do quadro clínico	9(25,7)	11(31,4)	5(14,3)	5(14,3)	5(14,3)
Melhorar descrição de exames básicos obrigatórios	20(57,1)	7(20,0)	1(2,9)	5(14,3)	2(5,7)
Corrigir o CID-10 informado	1(2,9)	7(20,0)	14(40,0)	9(25,7)	4(11,4)
Modificar a especialidade solicitada	1(2,9)	8(22,9)	10(28,5)	12(34,3)	4(11,4)
Corrigir erro de digitação	4(11,4)	2(5,7)	5(14,3)	4(11,4)	20(57,2)
Sem informação	18	18	18	18	18

Nota: Dispostos em escala de 1 a 5, sendo 1 o mais frequente e 5 o menos frequente.

Quanto às estratégias para melhorar a regulação do acesso à atenção especializada, o aumento do número de vagas para especialistas foi a mais citada, 50%, seguida da revisão dos protocolos de acesso por

médicos especialistas, reguladores e da atenção básica, 36,8%. Melhorar a gestão da clínica na ESF foi a estratégia menos relevante, 52,6% (tabela 4).

Tabela 4. Estratégia para melhorar a regulação do acesso à atenção especializada. Campo Grande, MS, 2015. (N=53)

Estratégia	Opinião do médico da ESF				
	1	2	3	4	5
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Realizar revisão dos protocolos por médicos especialistas, reguladores e da ESF	14(36,8)	8(21,1)	5(13,2)	3(7,9)	8(21,1)
Melhorar comunicação entre a CR e a ESF	3(7,9)	8(21,1)	18(47,4)	16(15,8)	3(7,9)
Melhorar a gestão da clínica na ESF	0(0,0)	3(7,9)	6(15,8)	9(23,7)	20(52,6)
Melhorar a gestão da clínica na CR	2(5,3)	8(21,1)	4(10,5)	18(47,4)	6(15,8)
Aumentar o número de vagas para especialistas	19(50,0)	11(28,9)	5(13,2)	2(5,3)	1(2,6)
Sem informação	15	15	15	15	15

Nota: Dispostos em escala de 1 a 5, sendo 1 o mais importante e 5 o menos importante.

Discussão

O tempo médio de atuação dos profissionais médicos deste estudo mostrou-se superior ao da média nacional (3,9) e da região Centro-Oeste (4,5), assim como para o vínculo empregatício do regime estatutário (47,2%)⁶.

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) considera a Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) padrão-ouro para a formação do especialista em Atenção Primária à Saúde (APS). Contudo, em vista da necessidade de ampliação da qualificação desse profissional e do ainda reduzido acesso aos programas de residência médica, a SBMFC reconhece os cursos de Pós-graduação como uma alternativa provisória⁷.

A pouca procura pela especialidade, observada neste estudo, pode ser explicada, em parte, por baixa remuneração, carga excessiva de trabalho, precariedade de vínculos empregatícios, baixo *status* profissional e social⁸. Também, para atuar na ESF, não é obrigatória a residência ou a especialização

em MFC. Basta que seja médico generalista, não havendo diferenciação salarial entre aqueles com ou sem residência médica. Esses possivelmente são alguns dos fatores que contribuem para a não formação nessa área, inclusive em países com atenção primária mais estruturada, como Canadá, Cuba e Inglaterra^{8,9}.

Para o curso introdutório, pode-se observar que houve maior adesão dos profissionais quando se compara com o estudo de Damno¹⁰, no qual 33% dos médicos da ESF informaram tê-lo realizado. Mesmo sendo um curso preconizado pelo Ministério da Saúde, o seu cumprimento ainda está aquém do desejado, tendo-se como um promissor colaborador o Telessaúde, com potencial para sua ampliação e das práticas profissionais, por meio de tele-educação¹¹.

Para o aprimoramento da atenção primária, faz-se necessário desenvolver no médico de família habilidades técnicas específicas com alto grau de qualificação¹², preocupação evidenciada pela gestão de Campo Grande, que ofereceu cursos de capacitação aos seus

profissionais, o que pode contribuir para equipes mais resolutivas e para a melhoria da coordenação do cuidado¹³.

Um aspecto positivo deve-se ao fato de que mais da metade dos médicos consideraram que a regulação contribui para a coordenação do cuidado. Coordenar o cuidado significa ser, entre outros, responsável pelo fluxo da assistência na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Nesta perspectiva, a atenção primária tem o poder de interferir diretamente no desempenho da atenção especializada, uma vez que é a partir do primeiro nível de atenção que é gerada a maior parte da demanda para os demais níveis de assistência, dependendo do seu grau de resolutividade².

Contudo, cerca de 1/3 dos profissionais considerou que a regulação interfere negativamente na assistência. Isso pode significar dificuldades na compreensão dos princípios da Política Nacional de Regulação e de seu papel de colaboradora no processo de coordenação do cuidado⁴, ou, ainda, que a regulação não vem cumprindo seu papel no sentido de atuar em parceria, como apoiadora da ESF, visto que alguns médicos apontaram a pouca maleabilidade da regulação como obstáculo ao acesso à atenção especializada.

Constatou-se neste estudo elevado número de profissionais que referiram ter seus encaminhamentos autorizados, no entanto, foi observada, para esses mesmos profissionais, reduzida sistematização de seus encaminhamentos para a atenção especializada. Para garantir a integralidade do acesso, mudanças nas formas de produção do cuidado, utilizando todos os recursos disponíveis no sistema de saúde por meio de fluxos direcionados e guiados pelo projeto terapêutico do paciente, a fim de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à sua assistência, fazem-se necessárias¹⁴.

O tempo de espera, associado à elevada dificuldade para as consultas especializadas, em especial, a reduzida oferta de vagas, são alguns dos fatores limitantes para a regulação do acesso. Entretanto, em países da Organização

para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), com altos níveis de gastos, com leitos ou médicos, ainda assim, há prolongado tempo de espera¹⁵.

Porção considerável dos encaminhamentos realizados pela atenção primária para a especializada poderia ser resolvida com cuidados primários. A baixa resolutividade da APS suscita, entre outros fatores, aumento das filas de espera para a atenção especializada¹⁶, o que pode dificultar e retardar o acesso de casos prioritários.

A utilização dos protocolos se constitui em importantes instrumentos tanto para a prática clínica quanto para a regulatória, visto que promove a continuidade e a integralidade do cuidado¹⁷. Neste estudo, pode-se verificar que o conhecimento e a utilização dos protocolos de acesso estão presentes na prática regulatória dos profissionais da ESF, apesar de não terem recebido treinamento para o seu manuseio e de considerarem que seria importante fazê-lo.

O fato de não haver comunicação direta entre os profissionais envolvidos no processo de regulação, limitando-se apenas ao preenchimento da ficha de encaminhamento, pode sugerir pouca integração entre os serviços, sendo a troca de informações condição essencial para o fortalecimento da atenção primária enquanto ordenadora do cuidado¹⁸.

Nos casos prioritários, que necessitam de maior agilidade na autorização de consulta especializada, a maioria dos médicos declarou cumprir os requisitos mínimos e informar a necessidade de urgência, apresentando justificativa com dados clínicos. De acordo com Ferreira et al.¹⁹, informações incompletas acerca da condição clínica do paciente referenciado foram apontadas como o problema mais prejudicial na ação regulatória, uma vez que dificultam o processo de análise do encaminhamento, bem como impedem a identificação de condições que poderiam ser resolvidas no nível primário, além de desfavorecerem avaliação do potencial resolutivo da RAS.

Poucos profissionais referiram uso de influência pessoal para conseguir acesso mais rápido, sem passar pela regulação. Cecílio²⁰ considera esse modo de referenciar uma forma de regulação, denominada informal, que, apesar de gerar fluxos paralelos e parecer desordenar a regulação, tem seu valor quando se reconhece que, em situações especiais, mostra-se como um ato altamente cuidador.

Entretanto, considerando o modo preconizado para referenciar o usuário, quando um encaminhamento é regulado pela CR de Campo Grande, são observados diversos critérios para a autorização, entre eles, os dados clínicos, resultados de exames (alterados ou não) recomendados pelo protocolo e pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), compatíveis com a história clínica²¹.

Ainda que não tenham colaborado para a sua elaboração, a participação dos médicos de saúde da família na revisão dos protocolos foi considerada pelos participantes uma importante estratégia para melhorar a regulação do acesso à atenção especializada em Campo Grande, superada apenas pelo aumento da oferta de vagas para especialistas.

Na perspectiva de garantir a integralidade e a equidade na atenção à saúde, é essencial a participação dos profissionais da atenção básica na elaboração e na revisão dos protocolos de acesso, visto que estes se confundem com os protocolos clínicos, não considerando a posição do usuário nos distintos pontos da rede¹⁷.

Contudo, o simples aumento do número de vagas para especialidades e procedimentos não diminui a dificuldade do acesso aos mesmos, uma vez que, com o tempo, os encaminhamentos tornam-se menos criteriosos, sem indicação precisa, não motivando melhora da qualidade do atendimento²². Ao contrário, quando a utilização dos procedimentos por meio da regulação é

acompanhada de remodelagem do sistema assistencial, com responsabilização do cuidado, evita-se o desperdício de recursos, melhora-se a resolutividade e diminuem-se as filas²³.

O estudo também revela que, para os profissionais, melhorar a gestão da clínica na ESF seria a última medida a ser tomada, o que evidencia as suas dificuldades em compreendê-la como um importante instrumento para a coordenação do cuidado. De acordo com Mendes²⁴, essa gestão pauta-se em tecnologias de microgestão, sendo a principal delas as diretrizes clínicas baseadas em evidências e assistência centrada nas pessoas, em tempo e local adequados, de forma humanizada, causando o menor dano aos usuários e profissionais, com menor custo possível.

Considerações finais

O estudo evidenciou que há fragilidades quanto à regulação do acesso pelo médico da ESF, que, apesar de contribuir para a coordenação do cuidado, ainda não tem sua utilização reconhecida como uma ferramenta de gestão da clínica. Investir em capacitação e qualificação do profissional no âmbito da APS e da regulação em saúde pode promover maior resolutividade com melhor gestão do cuidado, bem como o uso racional dos recursos disponíveis.

A regulação assistencial, por ser um componente da RAS com ampla e privilegiada visão dos recursos disponíveis e da dinâmica dos serviços, deve ser considerada como grande aliada para os profissionais inseridos nas unidades de ESF, pois irá contribuir para a coordenação do cuidado e, assim, possibilitar assistência mais acessível, equânime e integral. Para tanto, é necessária melhor comunicação entre os profissionais das centrais de regulação e da ESF.

Entretanto, descentralizar o processo regulatório, tornando o médico da ESF o

responsável direto pelo agendamento de alguns procedimentos e consultas, uma vez que conhece as necessidades do usuário, seu contexto clínico, social e articula seu fluxo na rede de atenção, mostra-se como alternativa à otimização da regulação de vagas.

Como limitação deste estudo, investigar a contrarreferência poderia preencher

lacunas quanto à regulação dos médicos da atenção especializada para a atenção primária, de maneira a identificar os nós críticos na resolução das demandas solicitadas.

Por fim, a ESF, como ordenadora e coordenadora do cuidado, tem que deixar de ser um discurso teórico das políticas públicas e passar a exercer, de fato, seu protagonismo na RAS. ■

Referências

1. Brasil. Gabinete do Ministro. 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] República Federativa do Brasil. 2011 Out. 21; Seção 1, p. 48-55.
2. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 493-546.
3. Costa JP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. Saúde debate, 2014 Out-Dez; 38(103):733-43.
4. Brasil. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2008 ago. 4; Seção 1, p. 48.
5. Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A Regulação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. Saúde debate. 2012 Out-Dez.; 36(95): 640-647, 2012.
6. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Monitoramento da Qualidade do Emprego na Estratégia Saúde da Família. Relatório de Pesquisa, Belo Horizonte: UFMG; 2012.
7. Castro Filho ED, Gusso GDF, Demarzo MMP, et al. A especialização em MFC e o desafio da qualificação médica para a Estratégia Saúde da Família: proposta de especialização, em larga escala, via educação à distância. RBMFC. 2007; 3(9):199-209.
8. Mello GA, Mattos ATR, Souto BGA, et al. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. Revista Brasileira De Educação Médica. 2009 Jul-Set; 33(3):464-71.
9. Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. Physis. 2012; 22(4):1293-311.
10. Damno HS, Moriyama MC, Pícoli RP, et al. Perfil profissional dos médicos atuantes na estratégia

- Saúde da Família no Município de Campo Grande – MS. Encontro. 2013; 16(25):125-137.
11. Piropo TGN, Amaral HOS. Telessaúde, contextos e implicações no cenário baiano. *Saúde debate*. 2015 Jan-Mar; 39(104):279-87.
 12. Anderson MIP, Rodrigues RD. Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. *RBMFC*, 2011 Jan-Mar; 6(18):19-20.
 13. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev. Panam. Salud Públ.* 2011 Fev; 29(2):84-95.
 14. Lima MRM, Silva MVS, Bezerra CJW, et al. Regulação em saúde: conhecimento dos profissionais da estratégia saúde da família. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 2013; 14(1):23-31.
 15. Borowitz M, Moran V, Siciliani, L. A review of waiting times policies in Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). In: *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* Paris: OECD Publishing; 2013. p. 49-68.
 16. Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cad. Saúde Pública*. 2011 Fev; 27(2):295-304.
 17. Santos JS, Pereira Junior GA, Bliacheriene AC, et al. Organizadores. *Protocolos Clínicos e de Regulação: Acesso à rede de saúde*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
 18. Albuquerque MS, Fonseca SC, Alexandre GC. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde debate*. Out 2014; 38(esp):182-94.
 19. Ferreira JBB, Mishima SM, Santos JS, et al. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. *Interface (Botucatu)*. 2010 Abr-Jun; 14(33): 345-58.
 20. Cecilio LCO. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? *Saúde Soc*. 2012 Abr-Jun; 21(2): 280-289.
 21. Campo Grande (MS). Secretaria Municipal de Saúde. Resolução SESAU nº 206, de 27 de fevereiro de 2015. Aprova os protocolos de acesso às consultas e exames especializados de média e alta complexidade. *Diário Oficial de Campo Grande – MS*. [internet]. 2015 Mar. 4 [acesso em 2017 jan 2]; 1:1-66. Disponível em: http://portal.capital.ms.gov.br/egov/downloadFile.php?id=5481&fileField=arquivo_dia_ofi&table=diario_oficial&key=id_dia_ofi&sigla_sec=diogrande.
 22. Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli Josely, et al., organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 125-134.
 23. Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis*. 2012; 22(1):119-40.
 24. Mendes EV. *Redes de atenção à saúde*. 2 ed. Brasília, DF: OPAS; 2011.

Recebido em 12/11/2017

Aprovado em 05/01/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Estudo de linha de base avaliativa sobre capacidade de gestão descentralizada da Vigilância Epidemiológica

Baseline evaluation study about the decentralized management capacity of the Epidemiological Surveillance

Silvone Santa Bárbara da Silva Santos¹, Cristina Maria Meira de Melo², André Renê Barboni³, Carlos Antonio de Souza Teles Santos⁴, Alexandro Gesner Gomes dos Santos⁵

RESUMO Estudo de abordagem quantitativa com objetivo de construir uma linha de base avaliativa da capacidade de gestão da Vigilância Epidemiológica do estado da Bahia, Brasil. Os dados primários foram obtidos através de questionário on-line, e os dados secundários através de análise documental, sendo consideradas três dimensões de análise: organizacional, operacional e da sustentabilidade dos resultados. Conclui-se que a gestão descentralizada da Vigilância Epidemiológica no estado da Bahia não é capaz de sustentar os resultados obtidos em relação aos indicadores de saúde da população, sendo necessários o compartilhamento do processo decisório e um planejamento orientado pelas prioridades locais.

PALAVRAS-CHAVE Gestão em saúde. Avaliação. Vigilância Epidemiológica.

ABSTRACT Quantitative approach study with the aim of building an evaluative baseline of the management capacity of Epidemiological Surveillance in the state of Bahia, Brazil. The primary data were obtained through online questionnaire, and the secondary data through document analysis, being considered three dimensions of analysis: organizational, operational and sustainability of the results. It was concluded that the decentralized management of the Epidemiological Surveillance is unable to sustain the results obtained in relation to the health indicators of the population, being necessary the sharing of the decision-making process and a planning oriented by local priorities.

KEYWORDS Health management. Evaluation. Epidemiological Surveillance.

¹Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Departamento de Saúde (DSAU) – Feira de Santana (BA), Brasil.
silvone.santabarbara@gmail.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Escola de Enfermagem – Salvador (BA), Brasil.
cmelo@ufba.br

³Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Departamento de Saúde (DSAU), Centro de Referência de Informação em Saúde (Cris) – Feira de Santana (BA), Brasil.
barboni@uefs.br

⁴Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Departamento de Ciências Exatas (Dexa) – Feira de Santana (BA), Brasil.
carlosateles@yahoo.com.br

⁵Secretaria Municipal da Saúde de Salvador, Diretoria da Atenção à Saúde (DAS), Coordenadoria da Atenção Primária à Saúde – Salvador (BA), Brasil.
alexandrogesner@gmail.com

Introdução

O objetivo deste estudo foi construir uma linha de base avaliativa da capacidade de gestão descentralizada da Vigilância Epidemiológica (VE) do estado da Bahia. Neste, assume-se que a descentralização é um processo em que cada esfera de governo, de forma articulada e com poder decisório, responsabiliza-se pela condução da política de saúde, de forma a garantir a integralidade da atenção e a participação popular na formulação, na implementação, no controle e na avaliação das políticas públicas¹⁻⁶.

Compreende-se que, na descentralização da VE relativa aos municípios, mais do que defini-la como uma das prioridades de governo, é preciso contemplar a transferência efetiva de poder e de recursos para a instância municipal, que, por sua vez, deve revelar capacidade de governo. Esta se traduz na capacidade de gerar e controlar ações, de forma a produzir resultados de acordo com o conteúdo do projeto de governo e manter a governabilidade do sistema^{7,8}.

Adotando-se a concepção de governo de Matus e Guimarães et al.⁶⁻⁹, neste estudo, a capacidade de gestão descentralizada da VE é revelada através da capacidade que têm os atores para mobilizar os recursos disponíveis e/ou buscar novos recursos, sejam eles normativos, materiais, relacionais, de informação e técnicos, bem como oriundos da posição (poder) que esses atores ocupam para negociar com outros, com objetivo de desenvolver ações que impliquem na melhoria dos indicadores de saúde da população e na sustentabilidade dos resultados. A capacidade de gestão é revelada através de três dimensões: organizacional (capacidade de decidir); operacional (capacidade de executar); e da sustentabilidade (capacidade de construir e manter parcerias e alianças).

Métodos

Trata-se de um recorte da tese de doutorado intitulada 'Avaliação da Capacidade

de Gestão Descentralizada da Vigilância Epidemiológica no Estado da Bahia'⁶. No presente artigo detalha-se a metodologia utilizada para a construção da linha de base avaliativa e os resultados alcançados. Os *loci* de investigação foram municípios do estado da Bahia, em uma amostra por *cluster*, sendo consideradas como *clusters* primários as macrorregiões e como *clusters* secundários os municípios, tomando-se como referência o Plano Diretor de Regionalização¹⁰, que contempla nove macrorregiões. Os municípios foram selecionados para a construção da linha de base avaliativa em função dos seguintes critérios: município referência macrorregional; município microrregional não incluído no critério anterior; município sede da Diretoria Regional de Saúde (Dires) não incluído nos critérios anteriores; município com a gestão plena do sistema de saúde não incluído nos critérios anteriores.

Adotando-se esses critérios, o maior número de municípios, 12, ficou concentrado na Macrorregião Leste. Como critério adicional para que todos os *clusters* tivessem o mesmo número de municípios, foram selecionados aqueles excluídos dos critérios anteriores e que obtiveram um percentual igual ou maior a 70% de encerramento oportuno nas investigações epidemiológicas, no ano de 2007. Para esse último critério, foi necessário realizar um sorteio, pois algumas macrorregiões ultrapassavam o número necessário de municípios para completar os *clusters*⁶.

Por outro lado, mesmo com esse critério adicional, em três macrorregiões (Norte, Oeste e Nordeste) não se formou o conjunto dos 12 municípios estabelecidos a partir da macrorregião com maior número de municípios selecionados para compor o *cluster*, sendo, então, incluídos aqueles municípios cujo percentual de encerramento oportuno nas investigações epidemiológicas se aproximou de 70%. Nessa situação, foram acrescentados três municípios, um em cada *cluster*, sendo um com percentual de encerramento oportuno de 66,7% e dois municípios com 60%. Portanto, a amostra inicial



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

para a construção da linha de base avaliativa ficou em 108 municípios. Para a construção da linha de base avaliativa, foi encaminhado um questionário on-line para os 108 gestores das VE municipais, tendo-se obtido as respostas de 38 deles⁶.

O questionário foi disponibilizado pelo site institucional da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (Divep). Cada gestor da VE recebeu uma senha para acesso ao questionário, garantindo, assim, o sigilo das informações. Em anexo, seguiu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Conforme recomendação do Conselho Nacional de Pesquisa, a coleta de dados teve início somente após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, sob o Parecer no 350/2009 do Comitê de Ética em Pesquisa-Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (CEP-Sesab), sendo resguardados os nomes dos municípios.

O plano de indicadores para a construção da linha de base avaliativa contemplou as seguintes variáveis, segundo as dimensões de análise:

DIMENSÃO ORGANIZACIONAL: A1. competências e habilidades do gestor [O gestor da VE possui capacitação na área? O gestor da VE possui experiência mínima de dois anos em atividades de gestão? O município possui comitês de mobilização? Quais? O gestor da VE participa de reuniões com o comitê de mobilização?]; A2. processo decisório [O gestor implementa as ações observando as diretrizes definidas no Plano Municipal de Saúde (PMS) e na Agenda Municipal de Saúde? O gestor observa as metas pactuadas na Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) e no Pacto pela Vida?]; A3. controle social [As reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS) são realizadas mensalmente? Os conselheiros participam da elaboração de planos e projetos da VE?]; A4. mecanismos formais de comunicação [Existem mecanismos ou protocolos que definam o fluxo de informações? Quais são eles? O protocolo é de conhecimento dos profissionais da rede?]; A5.

gestores que informam conhecer as metas contidas na PAVS e no Pacto pela Vida [O gestor da VE conhece as metas da PAVS e do Pacto pela Vida? Essas informações são compartilhadas entre os trabalhadores da saúde, o CMS e outros segmentos da sociedade civil?]; A6. população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) [O município possui 100% da população cadastrados pela ESF?].

DIMENSÃO OPERACIONAL: B1. recursos operacionais [O município possui estrutura mínima para a execução das atividades de VE?]; B2. gestão de pessoas [Quais as modalidades de contratação de pessoas? Quantos trabalhadores da VE são do quadro efetivo da VE?]; B3. mecanismos sistemáticos de educação permanente [Quantas e quais foram as capacitações que os trabalhadores da VE receberam durante o ano?]; B4. capacidade técnica para desenvolver as ações de VE [Os trabalhadores da VE investigam adequadamente e encerram oportunamente os casos notificados? Qual a cobertura vacinal por tetravalente em menores de 1 ano?]; B5. monitoramento e avaliação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) [São realizadas avaliações das informações geradas pelo Sinan? Qual a periodicidade dessas avaliações?]; B6. descentralização da VE para as Equipes de Saúde da Família (EqSF) [As EqSF desenvolvem ações de VE? Quantas EqSF desenvolvem as ações de VE? Quais são as ações que as EqSF desenvolvem?].

DIMENSÃO DA SUSTENTABILIDADE: C1. construção de parcerias e alianças [Quais as parcerias e alianças estratégicas construídas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para o desenvolvimento das ações de VE?]; C2. acompanhamento e avaliação dos resultados [São produzidos, no mínimo, dois informes epidemiológicos a cada ano?]; C3. acesso aos serviços de saúde [Existem mecanismos de consulta pública para o recebimento de opinião ou denúncia e para resposta do cidadão? Quais são esses mecanismos?]; C4.

regularidade de suprimento [Os suprimentos existentes foram suficientes para os três primeiros meses de gestão?]; C5. formulação de planos e projetos [Existe algum plano e/ou projeto em fase de elaboração, aprovação ou em execução?]; C6. receita aplicada para a saúde [Qual a proporção de receita própria do município aplicada na saúde?].

Para a análise dos indicadores quantitativos, foi construído o índice global padronizado, que resultou da combinação (média aritmética) dos escores padronizados do índice 0 (obtido através de dados secundários) e do índice 1 (resultante dos indicadores definidos para cada dimensão da capacidade de gestão da VE, isto é, as dimensões operacional, organizacional e da sustentabilidade).

O índice 1 foi gerado mediante a proporção das respostas afirmativas dadas pelos gestores a cada uma das dimensões. Posteriormente, os indicadores foram padronizados, em z-escore, para ficarem na mesma escala do índice 0, que foi gerado pela combinação de alguns indicadores de saúde dos municípios. Dessa forma, para cada município, foi atribuído um escore médio padronizado para as dimensões organizacional, operacional, da sustentabilidade e para os indicadores de saúde. Portanto, o índice 1 padronizado corresponde à média aritmética dos três indicadores e o índice 0.

O índice global foi categorizado através dos quartis, resultando em quatro categorias definidas como: muito ruim, ruim, regular e boa. Essa mesma categorização foi também aplicada ao índice 0, a fim de agrupar os municípios nas distintas categorias (muito ruim, ruim, regular e boa).

Apresenta-se, abaixo, a sintaxe, desenvolvida no *software* SPSSWin, para a estimativa dos índices, que foram construídos com

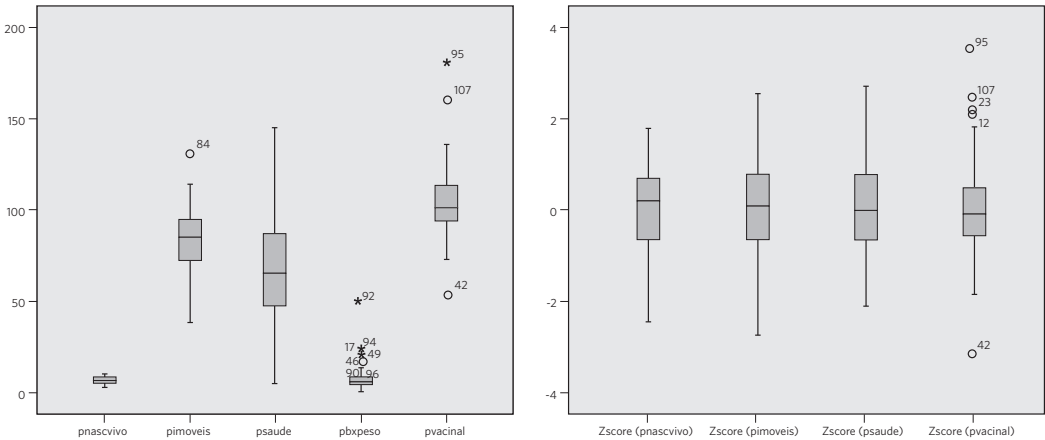
base nos dados secundários dos municípios amostrados e não amostrados. O índice 0 representa o índice gerado a partir dos dados secundários, e o índice 1 representa o índice geral (a combinação do índice 0 com os indicadores das dimensões organizacional, operacional e da sustentabilidade). Ambos os índices foram gerados mediante padronização em z-escores, resultantes da aplicação da média aritmética.

Índice0=MEAN (Zpop, Zpnascvivo, Zpimoveis, Zpsaude, Zpbxpeso, Zpvacinal, Zpdnc, Zpvactriplice, Zpreceita, Zsinam, Zphandeniasas, Zpobcausas, Zpcura_tub).

Índice1=MEAN (Zpop, Zpnascvivo, Zpimoveis, Zpsaude, Zpbxpeso, Zpvacinal, Zpdnc, Zpvactriplice, Zsinam, Zphandeniasas, Zpobcausas, Zpcura_tub, ZORGANIZACIONAL, ZOPERACIONAL, ZSUSTENTABILIDADE).

As figuras abaixo representam algumas variáveis selecionadas do índice 0. Na *figura 1*, observa-se a apresentação do Box-plot (diagrama de caixa). Este gráfico permite comparar o valor mediano (traço que divide a caixa retangular ao meio) entre os indicadores estudados, além de mostrar a assimetria que ocorre quando uma das caudas é mais longa do que a outra. Também se observa a variabilidade, que é dada pelo comprimento da caixa, ou seja, quanto maior o retângulo em comprimento, maior é a dispersão dos dados (observa-se que o índice 0 possui maior variabilidade). Isso permitiu estudar e identificar os valores *outliers* (valores discrepantes ou dados atípicos), que são os pontos além das caudas. Na *figura 1*, estão também os mesmos indicadores anteriores representados pelo gráfico Box-plot, porém padronizados mediante a transformação em z-escore.

Figura 1. Variáveis do índice O e variáveis padronizadas do índice O



Fonte: Elaboração própria.

Comparando-se os diagramas, observa-se que a magnitude da proporção de nascidos vivos tem uma distribuição na ordem das dezenas, que se apresentou achatada no primeiro diagrama. No entanto, com a padronização, remove-se o efeito da escala das variáveis (variáveis com escalas diferentes), permitindo a comparação, sem distorção, entre os indicadores. Além disso, a padronização reduziu a variabilidade dos dados, deixando a distribuição dos dados dos indicadores mais simétrica.

As perdas em relação à amostra dos

municípios inicialmente estabelecida (n=108) foram assumidas como aleatórias, após a avaliação de que não ocorreram diferenças estatisticamente significantes entre o grupo dos municípios que responderam ao questionário, denominados municípios amostrados (n1=38), e o grupo de municípios que não responderam (n2=70), denominados municípios não amostrados, quando se comparou o índice global padronizado, definido com base nos dados secundários, bem como nos seus componentes, em termos individuais (*tabela 1*).

Tabela 1. Medidas descritivas dos itens estudados para o índice O

Grupo	Itens	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Amostrados	Numero	38	21	73	43,97	18,721
	Pop	38	5711	2.988.058	137.795,82	485.378,724
	Pnascvivo	35	4,1	10,8	7,337	2,0249
	Pimoveis	38	38	114	82,73	16,218
	Psaude	35	5,4	125	64,26	29,2362
	Pbxpeso	32	2,1	23,9	8,212	4,3357
	Pvacinal	35	82,6	181	108,66	20,6085
	Pdnc	37	0	100	67,592	22,8664
	Pvactriplice	35	81,9	163,5	108,24	19,9721

Tabela 1. (cont.)

Amostrados	Preceita	21	7	27	17,91	4,133
	Sinan	38	0	100	43,16	41,247
	Phandenias	32	43,8	100	81,156	16,8042
	Pobcausas	38	60,6	100	84,568	10,2118
	Pcura_tub	27	12	100	62,16	31,154
Não amostrados	Numero	70	21	73	47,61	19,084
	Pop	70	6.455	318.904	47.910,47	59.985,681
	Pnascvivo	67	2,3	10,6	7,051	1,9818
	Pimoveis	69	41	131	84,33	18,041
	Psaude	64	7	145,3	68,861	28,4118
	Pbxpeso	60	2,4	50	8,93	7,8619
	Pvacinal	67	54,3	133,9	101,14	14,9354
	Pdnc	70	0	100	73,03	22,5503
	Pvactriplce	67	76,2	136,4	104,673	14,8562
	Preceita	30	3	24	17,49	4,004
	Sinan	70	0	100	45,99	39,575
	Phandenias	53	33,3	100	82,611	20,0401
	Pobcausas	69	39,1	100	78,071	16,1118
	Pcura_tub	45	9	100	62,25	31,241

Fonte: Elaboração própria.

Nota: P-valor \leq 0,05. P-valor: nível descritivo.

Verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$) das variáveis estudadas entre os municípios amostrados e não amostrados. Desta forma, pode-se assumir que, possivelmente, o não retorno de todos os questionários não comprometeu a seleção de municípios casos.

Resultados e discussão

Dos 108 questionários on-line enviados, obteve-se resposta de 38 gestores da VE municipal, correspondendo a 35,2% do total da amostra selecionada.

Embora a seleção inicial tenha sido de 12 municípios por macrorregião, o maior número de municípios amostrados concentrou-se na Macrorregião Nordeste.

Notadamente nas macrorregiões Centro-Leste e Leste, aquelas que possuem os municípios mais populosos, obteve-se um menor retorno dos questionários. No entanto, a capital do estado, inserida na Macrorregião Leste, bem como o segundo maior município do estado, que integra a Macrorregião Centro-Leste, estão entre os municípios amostrados.

As disparidades sociais no estado refletem-se nos indicadores de saúde. Os problemas de saúde da população evidenciam a manutenção e/ou o ressurgimento de doenças como a dengue, tuberculose, hanseníase, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida), bem como a emergência das doenças cardiovasculares, da violência e dos transtornos mentais, e a elevação das doenças crônico-degenerativas¹⁰. É neste

quadro complexo e desigual que se expressam grandes desafios para o fortalecimento da capacidade de gestão da VE nos municípios baianos.

Nesse aspecto, conforme apresentado na *tabela 2*, observa-se que 50% dos

municípios apresentam uma capacidade de gestão da VE entre muito ruim e ruim, contra 26,3% dos municípios que apresentaram uma capacidade de gestão regular, e 23,7% dos municípios com uma boa capacidade de gestão.

Tabela 2. Avaliação geral da capacidade de gestão da Vigilância Epidemiológica, por macrorregião do estado da Bahia, 2010

Macrorregião		Índice1 categorizado pelo quartil				Total
		Muito ruim	Ruim	Regular	Bom	
		(-0,53 a -0,2276)	(-0,2277 a -0,059)	(-0,006 a 0,189)	(>=+0,19)	
Macrorregião 1 (Centro-Leste)	N	1	0	0	1	2
	%	50	0	0	50	100
Macrorregião 2 (Centro-Norte)	N	1	1	1	1	4
	%	25	25	25	25	100
Macrorregião 3 (Extremo Sul)	N	1	2	2	0	5
	%	20	40	40	0	100
Macrorregião 4 (Leste)	N	0	0	1	2	3
	%	0	0	33,3	66,7	100
Macrorregião 5 (Nordeste)	N	2	3	0	1	6
	%	33,3	50	0	16,7	100
Macrorregião 6 (Norte)	N	0	2	1	1	4
	%	0	50	25	25	100
Macrorregião 7 (Oeste)	N	2	0	3	0	5
	%	40	0	60	0	100
Macrorregião 8 (Sudoeste)	N	1	0	2	2	5
	%	20	0	40	40	100
Macrorregião 9 (Sul)	N	1	2	0	1	4
	%	25	50	0	25	100
Total	N	9	10	10	9	38
	%	23,7	26,3	26,3	23,7	100

Fonte: Elaboração própria.

Avaliando-se os dados das macrorregiões, separadamente, tomando-se como referência o índice geral (combinação do índice 0 com os indicadores das dimensões organizacional, operacional e sustentabilidade), verifica-se que a Macrorregião Leste

encontra-se em melhor situação, tendo em vista que nenhum município se inseriu no quartil entre muito ruim e ruim, apresentando 33,3% dos municípios na condição de capacidade de gestão regular e 66,7% dos municípios em condição de capacidade de

gestão boa. Em situação inversa, encontra-se a Macrorregião Nordeste, pois a maioria dos municípios obteve avaliação entre muito ruim (33,3%) e ruim (50%). No entanto, este aspecto particular deve ser tratado com cautela, pois seu número insuficiente de municípios passíveis de enquadramento em todas as situações talvez possa ter distorcido a situação real. Este é um problema que se apresenta como uma potencial limitação neste trabalho, mas fica como experiência e alerta para que estudos futuros possam tomar medidas extras a fim de minimizarem a perda amostral.

Esta avaliação converge na mesma direção da distribuição de serviços apontada no Plano Estadual de Saúde, gestão 2007 a 2010¹¹:

Nota-se distribuição irregular de serviços nas macrorregiões: a Macrorregião Leste, sem sombras de dúvidas, é a que apresenta maior concentração de serviços de saúde. Por outro lado, observa-se que as macrorregiões Centro-Norte, Extremo Sul, Nordeste, Norte e Oeste são as regiões de saúde que apresentam menor.

Desse modo, pode-se afirmar que os graus diferenciados de recursos e, conseqüentemente, de poder configuram-se como

elementos que podem obstaculizar a gestão da VE nos municípios, na medida em que as desigualdades existentes não são minimizadas através de processos de gestão pactuada e compartilhada.

Quando avaliados os atributos por município, observa-se que o município com melhor capacidade de gestão localiza-se na Macrorregião Leste, e o município com condição menos favorável localiza-se na Macrorregião Sudoeste.

Como se pode observar na *figura 2*, o município situado na Macrorregião Leste tem boa condição de gestão na dimensão organizacional e uma condição regular na dimensão operacional e na dimensão da sustentabilidade. Já o município com avaliação menos favorável, obteve uma avaliação ruim na dimensão organizacional, muito ruim quando avaliada a dimensão da sustentabilidade, e condição regular na dimensão operacional. Embora possuam um porte populacional semelhante, com menos de 20 mil habitantes, os municípios possuem um aporte de recursos diferenciado, a exemplo do Produto Interno Bruto (PIB) per capita: o município com melhor capacidade de gestão da VE possui R\$ 9.975,00 e o outro, R\$ 3.214,00, um valor três vezes menor do que o outro¹².

Figura 2. Capacidade de gestão da Vigilância Epidemiológica dos municípios selecionados para o estudo de caso. Bahia, 2009



Fonte: Elaboração própria.

Em uma avaliação geral por dimensão, observa-se que os municípios possuem uma capacidade regular (71%) e uma capacidade muito ruim (2,6%) de manter e mobilizar os recursos que garantam condições desejáveis à gestão, assegurando a capacidade para a execução das ações de VE (dimensão operacional).

Quanto à dimensão organizacional, 39,5% dos municípios apresentaram uma avaliação muito ruim, contra 26,3% que obtiveram uma boa avaliação, evidenciando fragilidades quanto à autonomia decisória das instâncias locais, reforçando a afirmativa de que a descentralização da gestão da VE assume um caráter mais normativo do que político, caracterizando-se, portanto, como uma desconcentração de ações e atividades.

Na dimensão da sustentabilidade, observa-se que 50% dos municípios foram avaliados entre ruim e muito ruim, e os outros 50%, avaliados entre regular e bom. Tal resultado permite inferir que ainda são frágeis os mecanismos e as estratégias de gestão para ampliar ou fortalecer as parcerias e alianças que favoreçam a sustentabilidade das decisões e dos resultados declarados pelos gestores e trabalhadores da SMS.

Avaliando-se, separadamente, os atributos da dimensão operacional, no que se refere à competência do gestor, 100% possuem curso

superior completo, com predomínio de enfermeiros (71%), seguidos de biólogos (10%) e fisioterapeutas (7,3%). O predomínio da enfermagem na gestão da VE é um resultado esperado, considerando-se que, historicamente, é esta a profissão que assume as ações de VE, não somente na gestão, mas também como membro da ESF^{13,14}.

Considera-se, neste estudo, que uma experiência mínima de dois anos e capacitação em gestão são desejáveis para a obtenção da legitimidade técnica do gestor, na medida em que isso amplia a sua capacidade de decidir. Verificou-se fragilidade quanto aos critérios de competência do gestor, na maioria das macrorregiões, destacando-se a Macrorregião Extremo Sul, onde 80% dos gestores não possuem experiência prévia em atividades de gestão em serviços de saúde.

São poucos os municípios que desenvolvem uma articulação intersetorial, através de comitês de mobilização contra a dengue, fóruns de mulheres, comitês de mortalidade materna e comitês de mortalidade infantil (*quadro 1*). Porém, mesmo havendo comitês, alguns gestores referem não participar das reuniões, o que permite inferir que a instituição de comitês, por si só, não assegura que essa articulação seja desenvolvida, podendo se constituir em um espaço com atribuições cartoriais.

Quadro 1. Indicadores relacionados às dimensões organizacional, operacional e de sustentabilidade da Vigilância Epidemiológica no estado da Bahia, 2009

Dimensão Organizacional									
Indicadores	Macrorregiões								
	Centro-Leste	Centro-Norte	Extremo Sul	Leste	Nordeste	Norte	Oeste	Sudoeste	Sul
Ocuparam cargo ou função de gestão anteriormente	100%	50%	20%	66,7%	66,7%	75%	60%	60%	50%
Participam das reuniões com comitês de mobilização	0%	50%	0%	100%	50%	25%	0%	0%	25%
Conhecem as diretrizes do PMS	100%	100%	80%	100%	100%	100%	100%	80%	100%
Participaram da elaboração do PMS	0%	50%	0%	33%	33%	50%	40%	40%	25%
Afirmam coerência entre ações da VE e as diretrizes do PMS	50%	100%	80%	67%	100%	100%	100%	100%	100%
Afirmam coerência entre as ações da VE e as metas da Agenda Municipal de Saúde	0%	50%	20%	100%	50%	25%	20%	40%	25%

Quadro 1. (cont.)

Afirmam frequência mensal de reuniões do CMS	100%	100%	100%	66,7%	100%	100%	100%	100%	75%
Afirmam participação dos conselheiros na elaboração dos planos e projetos da VE	50%	50%	20%	100%	33%	50%	60%	40%	25%
Afirmam a existência de protocolos definindo fluxos de informações entre as unidades de saúde e os profissionais da rede	0%	25%	80%	100%	66,7%	75%	40%	20%	50%
Conhecem metas da PAVS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Conhecem metas do Pacto pela Vida	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	80%	100%

Dimensão Operacional

Indicadores	Macrorregiões								
	Centro-Leste	Centro-Norte	Extremo Sul	Leste	Nordeste	Norte	Oeste	Sudoeste	Sul
Afirmam que o município possui estrutura mínima para execução das ações de VE	50%	100%	80%	33,3%	50%	75%	100%	100%	75%
Afirmam realização de avaliação das informações geradas pelo Sinan	50%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	80%	100%
Afirmam que as EqSF executam ações de VE	100%	100%	100%	100%	100%	100%	80%	100%	100%

Dimensão Sustentabilidade

Indicadores	Macrorregiões								
	Centro-Leste	Centro-Norte	Extremo Sul	Leste	Nordeste	Norte	Oeste	Sudoeste	Sul
Afirmam que o município tem parceria e alianças com outras instituições	50%	50%	60%	66,7%	50%	25%	80%	40%	75%
Afirmam que a SMS elaborou Informes Epidemiológicos em 2008	100%	75%	70%	100%	60%	66,7%	80%	20%	50%
Afirmam a existência de mecanismos para o recebimento de opinião ou denúncia, para resposta ao cidadão	0%	25%	50%	100%	66,7%	66,7%	100%	60%	25%
Afirmam que os suprimentos disponíveis foram suficientes para os três primeiros meses de gestão, em 2009	100%	75%	50%	66,7%	66,7%	75%	100%	80%	75%
Afirmam a existência de plano e/ou projeto em fase de elaboração, aprovação ou execução da VE municipal	50%	75%	75%	100%	66,7%	100%	100%	60%	25%

Fonte: Elaboração própria.

A tomada de decisão em coerência com o PMS, com a Agenda Municipal de Saúde e com o Pacto pela Vida é requisito desejável para a legitimidade técnica e política do gestor. Neste aspecto, somente em duas macrorregiões – Extremo Sul e Sudoeste –, 20% dos gestores referiram não existir PMS. Dos municípios amostrados, 94,7% elaboraram PMS; nestes, 91,9% das ações de VE

executadas guardam coerência com as diretrizes definidas no referido instrumento (*quadro 1*).

A existência e atuação de conselhos de saúde conferem maior legitimidade política à organização e indicam a ampliação da capacidade de decidir. No que se refere à participação dos conselheiros na elaboração de planos e projetos, enquanto na Macrorregião

Leste todos os municípios contam com a referida participação, as macrorregiões Sul (20%) e Extremo Sul (25%) apresentaram os menores percentuais nesse aspecto. Na Macrorregião Leste, 66,7% dos municípios fazem reuniões mensais com os membros do CMS.

Quanto ao vínculo de trabalho, somente 45% dos trabalhadores da VE o têm efetivo, contra 55% com vínculos temporários de trabalho. Trata-se de um aspecto negativo para a gestão, por ser uma área que exige um corpo de conhecimento atualizado e experiência prática. A frequência elevada de trabalhadores sem vínculo efetivo se traduz em descontinuidade das ações da VE e das demais práticas de saúde (*quadro 1*).

Quanto ao número de capacitações, 67,5% dos municípios realizam duas ou mais capacitações por ano, sendo a média definida como adequada neste estudo. No entanto, os temas abordados são pontuais e voltados para doenças – notadamente, as transmissíveis –, e para imunização, com ênfase nas campanhas de vacinação.

Não se pode negar a importância desses temas. No entanto, não são suficientes para estimular as mudanças na prática da VE especialmente em direção ao paradigma da promoção da saúde, e não apenas da prevenção de doenças^{14,15}.

Concorda-se com Ceccim e Merhy^{15,16} quando eles afirmam que a produção de conhecimentos deve acontecer no cotidiano das organizações de saúde, a partir das vivências, experiências, inquietações dos atores envolvidos, de maneira que promovam transformações nas práticas de saúde e na organização do trabalho.

No que se refere à avaliação das informações geradas pelo Sinan, apenas as macrorregiões Centro-Leste e Sudoeste não atingem um percentual de 100% (*quadro 1*). Quanto à periodicidade dessas avaliações, predomina a semanal (44,7%).

Entende-se que, quanto maior for o percentual de ESF desenvolvendo ações de VE, mais se amplia a capacidade de intervenção

local. Nota-se que apenas a Macrorregião Oeste não atinge 100%. As práticas da VE nas ESF se processam via notificações compulsórias das doenças e agravos, investigação epidemiológica e algumas medidas de controle (mutirões e vacinação).

Neste estudo, admite-se que a formação de parcerias e alianças é estratégia importante para tornar as ações de VE efetivas e direcionadas para a realidade local, uma vez que a integração e articulação com outros parceiros ampliam a governabilidade. Neste aspecto, destaca-se a Macrorregião Oeste (80%), seguida da Leste (66,7%). As macrorregiões com o mais baixo desempenho são a Norte (25%) e a Sudoeste (40%) (*quadro 1*). Entre os parceiros referidos pelos gestores, destaca-se a Secretaria Municipal da Educação, e apenas dois municípios referiram parceria com a Dires. Portanto, observa-se que ainda são tímidas as articulações intersetorial e intrasetorial, fundamentais para assegurar o compartilhamento de gestão, a corresponsabilização e a participação social.

A respeito da difusão da informação, assume-se como premissa que a elaboração e a divulgação de informes epidemiológicos permitem o conhecimento da situação de saúde local, o que agrega valor à capacidade de gestão. A Macrorregião Sudoeste tem o mais baixo desempenho, com 80% dos municípios amostrados sem publicar pelo menos dois informes por ano, meta esta pactuada entre os municípios e o estado.

Esse dado permite uma reflexão: quando não se analisa o estado de saúde da população, as ações desenvolvidas respondem às necessidades daquele município? Deste modo, as informações obtidas, relevantes para direcionar tanto a gestão quanto as práticas dos trabalhadores da saúde, podem ser utilizadas apenas para assegurar o repasse de recursos financeiros ou para a obtenção de metas de trabalho, quase sempre estabelecidas aleatoriamente.

A adequação de suprimentos (fichas de

notificação/investigação, material educativo, material para coleta de exame) é uma condição desejável para que não ocorra interrupção no desenvolvimento das ações de VE. Na Macrorregião Extremo Sul, 50% dos gestores referem a indisponibilidade de suprimentos nos seus três primeiros meses de gestão da VE. Dos municípios amostrados, em 75,7% existem suprimentos necessários ao desenvolvimento das ações de VE.

Quando avaliados alguns indicadores de saúde e recursos financeiros, segundo o banco de dados da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) do ano 2008, observa-se: 71% do total dos municípios alcançando a meta de 95% de vacinação em crianças menores de um ano, pela vacina tetravalente; 50% dos municípios apresentando percentual superior a 80% de cura entre os casos novos de hanseníase diagnosticados; apenas 34% dos municípios infestados por *Aedes aegypti* com uma proporção de imóveis inspecionados igual ou superior a 90%. Quanto ao percentual de receita própria dos municípios, 17 não informam, 20 municípios disponibilizam um percentual de 15% ou mais da sua receita – percentual mínimo regulamentado na Emenda Constitucional (EC) 29/2000 – e 1 município informou um percentual abaixo de 10%.

Em que pese à responsabilidade crescente do município pela implementação das políticas de saúde, ainda é contraditória a forma de transferência de recursos através dos blocos de financiamento, na medida em que isso impede a autonomia decisória dos municípios, passando estes a serem meros executores das políticas estabelecidas pela esfera federal^{12,17,18}.

Pode-se inferir que os resultados deste estudo são coerentes com as conclusões de Matus e Guimarães et al.^{8,9}, quando afirmam que a capacidade de governo (dimensão operacional) condiciona e é condicionada pelo projeto de governo (dimensão organizacional) e pela governabilidade do sistema (dimensão da sustentabilidade).

Conclusões

Os resultados globais, mesmo com a perda amostral de potenciais questionários (64,8%), apontam em direção aos estudos de Barreto e Guimarães e Landim quando referem que ainda é frágil a autonomia decisória dos municípios em relação às demais esferas de governo, quanto à definição das diretrizes políticas^{19,20}. Os municípios também revelam uma autonomia técnica vulnerável quanto à gestão de pessoas, traduzida pela precarização das relações de trabalho, nos vínculos empregatícios e na forma como se desenvolvem os processos de educação permanente; nos processos de planejamento, que ainda são pouco participativos, como também na avaliação das ações; na deficiente estrutura física, de equipamentos e de pessoal, que dificulta a realização das ações; em um processo de gestão que revela uma natureza muito mais administrativa do que estratégica; nas alianças e parcerias construídas, ainda que timidamente, mas que podem indicar progressos nas práticas de gestão.

É na dimensão operacional que os resultados apresentados pelos municípios são melhores, ainda que em uma avaliação regular. Tal fato pode estar relacionado com a capacidade técnica e com o compromisso dos gestores intermediários e trabalhadores que desenvolvem as ações de VE, dado que os resultados da linha de base avaliativa revelam que gestores máximos das SMS e prefeitos ainda não apoiam os serviços e ações da VE.

A estratégia de encaminhar questionários on-line permitiu coletar informações de vários municípios, nas diversas macrorregiões, possibilitando identificar as que revelam melhor capacidade de gestão de VE. Porém, o fato do sistema implementado não possuir a característica de salvar as respostas e permitir que o gestor pudesse continuar respondendo em outra ocasião dificultou a obtenção de respostas de mais participantes. Esta falha deve ser explicitada para que não se repita em novos estudos. Entretanto,

mesmo com a perda amostral inicial, o estudo revelou que não houve diferença estatisticamente significativa na comparação entre o índice global padronizado com base em dados secundários dos municípios que responderam o questionário (n1=38) e os que deixaram de respondê-lo (n2=70), indicando que, mesmo a amostra sendo menor do que a esperada, os dados obtidos poderiam ser estendidos aos demais, quando analisados globalmente.

Considera-se que a gestão descentralizada da VE, por si mesma, não é capaz de sustentar os resultados obtidos em relação aos indicadores de saúde da população. Neste contexto, torna-se necessário o compartilhamento do processo decisório e a adoção de um planejamento orientado para as prioridades locais, inclusive, no que diz

respeito à alocação de recursos financeiros e operacionais.

Colaboradores

Silvone Santa Bárbara da Silva Santos elaborou o artigo a partir da sua tese de doutorado. Cristina Maria Meira de Melo, orientadora da referida tese, contribuiu na concepção e foi responsável pela revisão crítica final do artigo. André René Barboni participou da elaboração da metodologia da pesquisa e da análise dos dados. Carlos Antonio de Souza Teles Santos participou da elaboração e validação da metodologia da pesquisa, e da análise dos dados. Alexandro Gesner Gomes dos Santos contribuiu na revisão do artigo. ■

Referências

1. Arretche MTS. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Rev Bras Ci Soc* [internet]. 1999 Jun [acesso em 2017 jun 30]; 14(40):111-141. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69091999000200009&lng=en&nrm=iso.
2. Assis MMA. A municipalização da saúde: intenção ou realidade? Análise de uma experiência concreta. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 1998.
3. Baguennand J. Que sais-je: la décentralisation. Paris: Presses Universitaires de France; 2004.
4. Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos (Finatec). Descentralização e poder local: a experiência das subprefeituras no município de São Paulo. São Paulo: Hucitec; 2004.
5. Guimarães MCL. Descentralização da saúde, interesses e conflitos decisórios: o processo de decisão nas instâncias colegiadas estaduais, Bahia, 1993-1998 [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração; 2000. 385 p.
6. Santos SSBS, Melo CMM, Costa HOG, et al. Avaliação da capacidade de gestão descentralizada da vigilância epidemiológica no estado da Bahia. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2012 Abr [acesso em 2017 jun 30]; 17(4):873-882. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n4/v17n4a10.pdf>.
7. Matus, C. Adeus senhor presidente: planejamento, antiplanejamento e governo. Recife: Litteris; 1989.

8. Matus C. Política, planejamento e governo. Brasília, DF: IPEA; 1993.
9. Guimarães MCL, Santos SMC, Melo C, et al. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. *Cad Saúde Pública*. 2004 Dez; 20(6):1642-1650.
10. Bahia (Estado). Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Diretor de Regionalização. Resolução CIB, no. 57, de 27 de março de 2008. *Diário Oficial do Estado da Bahia*, 2008 mar 27.
11. Bahia (Estado). Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde: gestão 2007-2010. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2009 Nov; 33(supl.1):13-87.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Informações estatísticas 2007. Rio de Janeiro: IBGE; 2007.
13. Melo CMM. Divisão social do trabalho e enfermagem. São Paulo: Cortez; 1986.
14. Santos SSBS, Melo CMM. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2008 Dez [acesso em 2017 jun 30]; 13(6):1923-1932. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000600028&lng=en&nrm=iso
15. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2005 Dez; 10(4):975-986.
16. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface Comun Saúde Educ* [internet]. 2005 Fev [acesso em 2017 jun 1]; 9(16):172-174. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100015&lng=en&nrm=iso.
17. Arretche MTS. Relações federativas nas políticas sociais. *Educ Soc* [internet] 2002 Set [acesso em 2017 jan 28]; 23(80):25-48. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v23n80/12922.pdf>
18. Arretche MTS. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciênc Saúde Colet*. [internet] 2003 [acesso em 2017 jun 1]; 8(2):331-345. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200002&lng=en&nrm=iso.
19. Barreto JL, Guimarães MCL. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010 Jun; 26(6):1207-1220.
20. Landim ELAS. Descentralização da gestão do Programa de DST/AIDS no Estado da Bahia: desafios para o município como território de práticas da saúde [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2008. 145 p.

Recebido em 31/07/2017

Aprovado em 07/01/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: pesquisa financiada pelo CNPq, projeto MCT/CNPQ n 02/2008/Jovens Pesquisadores. Processo 566651/2008_4

Sofrimento mental de professores do ensino público

Mental distress of public school teachers

Maiza Vaz Tostes¹, Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque², Marcelo José de Souza e Silva³, Ricardo Rasmussen Petterle⁴

RESUMO Realizou-se estudo transversal do sofrimento mental com 1.021 professores do ensino público do Paraná. Utilizou-se o Self-Report Questionnaire para distúrbios psíquicos menores, os inventários de ansiedade e depressão de Beck, e questionário sociodemográfico e de morbidade autorreferida. Os testes Qui-quadrado, Exato de Fisher e Kruskal-Wallis foram utilizados na análise dos dados obtidos. Foram encontrados distúrbios psíquicos menores em 75%, depressão em 44% e ansiedade em 70% das pessoas observadas no presente estudo, havendo associação significativa ($p < 0,05$) destes sintomas com o sexo feminino, outras doenças, o fato de levarem trabalho para casa e de trabalharem com o ensino fundamental. O sofrimento mental esteve presente em grande parcela da amostra estudada, apresentando relação com as condições de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE Saúde do trabalhador. Estresse psicológico. Professores. Condições de trabalho. Educação.

ABSTRACT A cross-sectional study of mental suffering was carried out with 1.021 professors of the public education in Paraná. The Self-Report Questionnaire was utilized for minor psychic disorders, Beck's anxiety and depression inventories, and a sociodemographic and self-reported morbidity questionnaire. The Chi-square, Exact of Fischer and the Kruskal-Wallis tests were used in the analysis of the obtained data. Minor psychic disorders were found in 75%, depression in 44% and anxiety in 70% of the people observed in the present study, with a significant association ($p < 0,05$) of this symptoms with the female sex, other illness, the fact of taking work home and working with elementary school. Mental distress was present in a large portion of the sample studied, presenting relation with the working conditions.

KEYWORDS Occupational health. Stress psychological. Teachers. Working conditions. Education.

¹Universidade Federal do Paraná (UFPR), Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – Curitiba (PR), Brasil. maizatostes@hotmail.com

²Universidade Federal do Paraná (UFPR), Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – Curitiba (PR), Brasil. guilherme.albuquerque.ufpr@gmail.com

³Universidade Federal do Paraná (UFPR), Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – Curitiba (PR), Brasil. marcelojss@gmail.com

⁴Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil. estatisticoufpr@gmail.com

Introdução

É através do trabalho que a humanidade, transformando a natureza, se produz, se desenvolve e se transforma. Marx¹ já demonstrava que o ser humano se constitui na unidade de sua base biológica com o produto social, resultado do trabalho humano. É através do trabalho pensado, planejado, estruturado para determinada finalidade que o ser humano se produz, modificando a natureza, despertando suas próprias potencialidades e desenvolvendo novas possibilidades para o gênero humano. Diferente dos outros animais, portanto, o humano não está pronto ao nascer; precisa apropriar-se dos produtos humanos, produzidos socialmente, para constituir em si o que caracteriza o gênero humano em cada momento histórico.

Não basta, então, que o gênero humano crie novos modos de agir sobre a natureza, produza novos conhecimentos e desenvolva novas possibilidades. É necessário que todo esse saber seja transmitido para as novas gerações, desenvolvendo a humanidade em cada um. A transmissão histórica do conhecimento produzido, de geração a geração, é de fundamental importância para o desenvolvimento do gênero humano, e isso ocorreu de diversas formas ao longo da história, até que se consolidou na escola, como tarefa do professor. Conforme Saviani,

o trabalho educativo é o ato de produzir, direta e intencionalmente em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens²⁽¹³⁾.

Se a escola surgiu, na Antiguidade, centrada no adestramento militar e, na Idade Média, voltou-se “à vida ‘santa’ dos monges e à vida ‘cavaliheiresca’ dos barões”³⁽¹¹³⁾, tornou-se ainda mais importante no capitalismo, para a formação técnica e ideológica da força de trabalho que moveria os meios de produção, permitindo o desenvolvimento vertiginoso alcançado neste modo de

produção em comparação com os anteriores.

O professor assumiu, então, a enorme importância de transmitir às novas gerações o conhecimento já produzido pelo gênero humano, sendo determinante para o desenvolvimento da sociedade, em geral, e da condição de humanidade, em cada um, até que aquele desenvolvimento tornasse desnecessário o domínio da ciência pela esmagadora maioria da classe trabalhadora. Se, para a humanização do homem, tal domínio continuou sendo necessário, para o desenvolvimento da força de trabalho sob o capitalismo, não.

A crise do capitalismo, que se evidenciou na década de 1970, provocou, como reação, a acentuação do processo de globalização ao lado do domínio do neoliberalismo. A conjuntura econômica insustentável provocou a reestruturação dos processos de produção, com a introdução de inovações tecnológicas, novos métodos gerenciais e nova divisão mundial do trabalho, exigindo um novo perfil do trabalhador, adequado ao ritmo de produção mais acelerado.

Essas mudanças na esfera da economia e as decorrentes transformações no mundo do trabalho exigem a reforma dos sistemas educativos. A educação orgânica à nova ordem econômica e social redireciona a escola para ajustar-se a essa realidade, postulando um processo educativo para a formação de um novo trabalhador – flexível, polivalente e competitivo. A crise e as mudanças no mundo do trabalho, por elas desencadeadas, exigem que a escola forme um profissional flexível, apto a aprender novas técnicas rapidamente. “Já não se pensa sequer em formar para o posto de trabalho, mas formar para a empregabilidade”⁴⁽²¹⁾.

A formação desse novo trabalhador requer menor apreensão do conhecimento científico historicamente produzido pela humanidade, e maior capacidade de aprender agilmente novas técnicas de produção, baseadas, em geral, na microeletrônica. Um trabalhador disciplinado e flexível, útil para o capitalismo neoliberal, exigindo reformas



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

educacionais que priorizam o aprendizado da eficiência, produtividade e racionalidade⁵. Em outras palavras, um trabalhador cuja formação prescinde do domínio dos fundamentos científicos historicamente produzidos pela humanidade, requisitando apenas o adestramento e a ágil adaptação às novas tecnologias, aplicação prática da ciência desenvolvida e estudada por uma minoria, conhecimento não mais disponibilizado para todos.

Os professores

passam a viver constantemente na dualidade de serem responsáveis pela reprodução de uma cultura dominante individualista e também por personificarem as esperanças de mobilidade social de diferentes camadas populares. Teoricamente, a escola tem o papel de formar indivíduos para serem seres humanos autônomos, críticos e capazes de atuar na sociedade para torná-la melhor, para, desta maneira, também melhorar sua qualidade de vida. No entanto, as mudanças no contexto social e econômico alteraram significativamente o papel do professor e as exigências pessoais e do meio em relação à eficácia de sua atividade⁶⁽¹⁴⁾.

Ocorre, então, um aprofundamento da polarização da educação, reduzindo, cada vez mais, a parcela da população para a qual é necessário dar acesso ao conhecimento científico consistente. A escola contemporânea perde importância na formação técnica da força de trabalho e passa a assumir mais a responsabilidade de conformar ideologicamente os trabalhadores à nova ordem. Assim, também o professor como transmissor do conhecimento acumulado, passa a ser menos necessário.

A formação simplificada do trabalhador simplificado permite, também, a simplificação do professor, cujo custo de reprodução se reduz. Torna-se possível reduzir seu salário, uma vez que não há mais necessidade de uma formação fundada na sólida apreensão das sistematizações do

conhecimento realizadas pela ciência, como ocorria no passado.

Enquanto a valorização dos professores diminui, cresce a cobrança para que a escola cumpra funções antes legadas a outras instituições sociais, como a família. O professor vem assumindo uma gama de funções, além daquelas tradicionalmente conferidas à especificidade de seu trabalho, sendo, ao mesmo tempo, desqualificado e sobrecarregado. Estimular o potencial de aprendizagem dos alunos, ensiná-los a conviver em sociedade, cobrir as lacunas da instituição escolar, garantir a articulação entre escola e comunidade, e buscar, por conta própria, sua requalificação profissional, são algumas das tarefas que ilustram sua atual condição⁷.

A desvalorização do trabalho do professor se traduz pelo desrespeito por parte dos alunos, baixos salários, carga de trabalho exaustiva, alto número de alunos por classe e pressão por metas de produtividade, fatores responsáveis pelo intenso sofrimento docente⁸. A isto se somam o aumento dos contratos temporários e a perda de garantias trabalhistas; falta de preparo durante a formação; dificuldades na relação com alunos e pais, diante das fragilidades da escola; exigência de adoção de uma pedagogia que não corresponde ao modelo de escola instituído; cumprimento de várias jornadas em diferentes escolas, sobrecarga advinda da assunção de tarefas como preenchimento de relatórios, cálculo de notas e anotações de frequência⁴.

Ao lado disso, aprofunda-se a cobrança sobre os professores diante do aparente fracasso da escola, ocultando a contradição por eles sofrida através da exigência de qualidade em um ensino que atendendo a um sistema de massa, com alta competitividade e recursos precários, em uma conjuntura na qual a escolaridade não é garantia de emprego⁴.

A agressividade e a indisciplina dos alunos também constituem questões bastante citadas na gênese do adoecimento dos professores.

O professor, em seu trabalho, enfrenta

inúmeros desafios e assume grandes responsabilidades, constituindo uma das categorias profissionais mais sujeitas a apresentar sofrimento mental. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) aponta a categoria docente como sendo a segunda a apresentar doenças ocupacionais⁹.

A literatura demonstra fartamente que a acentuação da exploração e precariedade das condições de trabalho tem resultado em grave prejuízo à saúde de professores e demais trabalhadores. Porém, observa-se um crescente adoecimento entre os docentes nas últimas décadas, e um grande número de pesquisas aponta para o sofrimento mental como uma das formas mais prevalentes deste adoecimento, ligado às novas condições de trabalho^{10,11}.

Selligman Silva⁸ cita o duplo sentido do trabalho, sendo ele, por um lado, fonte de prazer e realização, contribuindo para estruturar o processo de identidade dos indivíduos, mas também podendo comprometer a saúde do trabalhador, fazendo-o adoecer. Esta dualidade do trabalho é descrita por Marx¹ como trabalho concreto – a dimensão do trabalho na qual há a produção de um bem útil, a base da constituição de humanidade – e trabalho abstrato – a dimensão do trabalho enquanto simples dispêndio de energia, necessário para a geração do lucro, sem significado em si para o trabalhador, fonte, portanto, de adoecimento.

A redução da importância do trabalho do professor na transmissão do conhecimento e a acentuação de seu papel na reprodução de uma força de trabalho flexível – apenas voltada à empregabilidade – esvaziam de significado o trabalho docente, influenciando negativamente sua saúde.

A crescente incidência de sofrimento mental em professores vem chamando a atenção de pesquisadores por todo o mundo. Bauer et al.¹² destacam que diversas pesquisas demonstram o adoecimento mental da categoria docente como um problema cada vez maior em vários países. Os autores citam duas pesquisas que apontam os professores

como os servidores públicos que mais abandonam a carreira na Alemanha, principalmente devido a desordens psiquiátricas e psicossomáticas.

Para caracterizar o sofrimento dos professores, fartamente evidenciado e manifestado por meio de um conjunto de sinais do corpo e da psique, como estresse, ansiedade, depressão e fadiga, efeitos negativos da atividade docente na atualidade, introduziu-se a expressão ‘mal-estar docente’¹³. Este é um fenômeno mundial, que acontece concomitantemente a mudanças econômicas de ordem global¹⁴. Os primeiros registros epidemiológicos de sofrimento docente aconteceram em países como França, Inglaterra e Alemanha, na década de 1970.

Embora haja estudos nacionais e internacionais sobre as mudanças educacionais e a repercussão sobre a saúde mental dos professores, no Paraná não há estudo semelhante. Diante disso, realizou-se a presente pesquisa, visando conhecer a prevalência de sofrimento mental nos professores de tal rede pública e sua associação com alguns aspectos do trabalho docente naquele estado brasileiro.

Metodologia

Realizou-se estudo transversal com aplicação de questionários aos professores da rede estadual de educação do Paraná. Todos os professores, independentemente do modo de contratação ou tempo de trabalho, foram convidados a participar da pesquisa, por meio de redes sociais, e-mail, panfletos, cartazes e divulgação diretamente nas escolas. Foram incluídos na pesquisa todos os professores que preencheram o termo de consentimento e responderam os questionários até o final. Foram excluídos da pesquisa os professores que não responderam os questionários até o final.

A aplicação dos questionários foi feita por meio de plataforma online criada exclusivamente para este fim. O acesso aos questionários foi liberado apenas uma vez, através

de senha pessoal – Registro Geral (RG) de cada participante – previamente cadastrada em banco de dados. A coleta dos dados ocorreu de 23 de janeiro de 2014 a 25 de março de 2015.

O primeiro questionário continha questões sobre aspectos sociodemográficos e da morbidade autorreferida. Na sequência, os participantes responderam questionários direcionados a avaliar depressão, ansiedade e Distúrbios Psíquicos Menores (DPM), por serem estas as condições de maior relevância, segundo a literatura. Os questionários utilizados com esse fim foram: o Self-Report Questionnaire-20 (SRQ-20), o inventário de ansiedade de Beck e o inventário de depressão de Beck. O SRQ-20 permite a detecção precoce de sinais e sintomas de comprometimento da saúde mental, sendo recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um método para identificação dos Distúrbios Psíquicos Menores (DPM). Os DPM designam quadros clínicos em indivíduos com sintomas de ansiedade, depressão ou somatização, mas que não satisfazem a todos os critérios de doença mental, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde-10 (CID-10). Foram considerados com presença de DPM os professores que responderam sete ou mais questões como ‘positivo’.

O inventário de depressão de Beck investiga a presença de sintomas depressivos, e a classificação é feita conforme a soma de pontos das alternativas: de 0 a 15 pontos, considera-se ausência de depressão; de 16 a 20 pontos, considera-se como disforia; de 21 a 30 pontos, considera-se como depressão moderada; e acima de 30 pontos, como depressão grave.

O inventário de ansiedade de Beck, por sua vez, investiga a presença de sintomas de ansiedade, e a classificação é realizada a partir da soma dos pontos das alternativas: de 0 a 9 pontos, considera-se como ansiedade normal (ou mínimo de ansiedade); de 10 a 18 pontos, ansiedade leve; de 19 a 29 pontos,

ansiedade moderada; e de 30 a 63 pontos, ansiedade severa.

Para a análise estatística dos dados, utilizaram-se os testes Qui-quadrado, Exato de Fisher e Kruskal-Wallis, além do *software* R, versão 3.2.2. Foram avaliadas diversas características dos professores. Considerou-se o nível de significância em 5%, sendo estabelecido como significativo se $p < 0,05$.

Foram cumpridos os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinkí (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR), parecer nº 223.652.

Resultados

Participaram da pesquisa 1.201 professores. Deste total, 78,85% eram mulheres e 21,15%, homens. Com média de idade de 43,2 anos, variando de 19 a 65, todos possuíam ensino superior completo: 1.054 tinham especialização; 94, mestrado; 4, doutorado; e 1, pós-doutorado. A carga horária semanal média, em sala de aula, foi de 37,4 horas/semana. A maioria (59,11%) trabalhava em dois turnos; 34,63% trabalhavam nos três turnos (manhã, tarde e noite); e apenas 6% dos professores trabalhavam somente em um turno. O número máximo de turmas, por professor, foi 41, sendo a média de 8,5. Do total de professores, 45,37% lecionavam em 6 a 10 turmas, e 27%, em 11 a 15 turmas diferentes.

Em relação aos ciclos e modalidades de ensino, 83,9% dos professores trabalhavam com os anos finais do ensino fundamental (6º ao 9º ano) e 73,3%, com o ensino médio. Ressalte-se que a amostra se constituiu de professores da rede estadual de ensino, e que os anos iniciais da educação fundamental eram (e ainda são) principalmente de responsabilidade dos municípios. O estudo mostrou, ainda, que 11,82% dos professores

pesquisados trabalhavam com ensino técnico e 6,74%, com educação especial.

Com relação aos atuais problemas de saúde, o sofrimento mental foi o mais citado: 29,73% dos professores relataram alguma forma de adoecimento mental, como depressão, ansiedade e estresse, entre outros; em segundo lugar, apareceram as doenças osteomusculares, como tendinites e lombalgias, com 23,98%. Doenças otorrinolaringológicas estiveram presentes em 10,07% dos docentes.

Os DPM, aqui identificados com o auxílio do questionário SRQ-20, tiveram uma prevalência de 75,27%.

Com o recurso do inventário de depressão de Beck, encontrou-se a presença de sintomas depressivos em 44,04% dos professores; destes, 25,06% apresentavam depressão leve (disforia) e 18,98%, depressão moderada ou grave.

Para estabelecer os níveis de ansiedade entre os professores da rede estadual de ensino do Paraná, utilizou-se o inventário de ansiedade de Beck. Entre os professores estudados, apenas 29,89% apresentavam níveis mínimos de ansiedade. Os demais foram classificados em duas categorias: ansiedade leve (29,48%) e ansiedade moderada ou grave (40,63%).

Tabela 1. Sofrimento mental nos professores da rede estadual de ensino do estado do Paraná

Tipo de sofrimento	%
Distúrbios psíquicos menores presentes	75,27
Mínimo de ansiedade	29,89
Ansiedade leve	29,48
Ansiedade moderada ou grave	40,63
Ausência de sintomas depressivos	55,95
Disforia	25,06
Depressão moderada ou grave	18,98

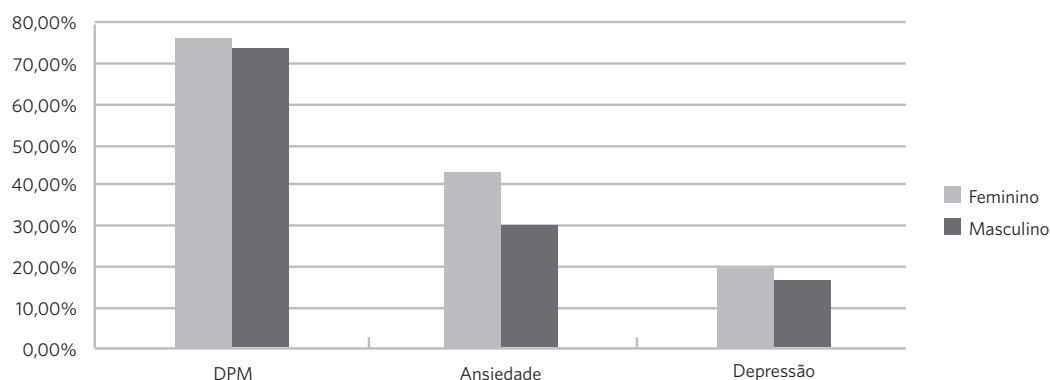
Fonte: Elaboração própria.

Observou-se, no presente estudo, maior prevalência de sofrimento mental nas mulheres, em relação aos homens (*gráfico 1*), o que se repetiu nos três questionários aplicados (DPM, depressão e ansiedade), porém apenas a ansiedade apresentou relevância estatística ($p<0,0001$).

Quanto ao afastamento do trabalho por motivo de doença, 26,72% dos professores relataram-no por sofrimento mental.

No que se refere a medicamentos, 65,53% dos professores pesquisados relataram uso, sendo 32,31% deles, drogas psicotrópicas.

Gráfico 1. Comparação dos níveis de sofrimento mental entre homens e mulheres, docentes da rede estadual de ensino do estado do Paraná



Fonte: Elaboração própria.

Entre os professores entrevistados, 88,09% referiram que levavam trabalhos para casa; desses, 42,44% apresentaram ansiedade moderada ou grave, contrastando com os 27,27% dos que não levavam trabalhos para casa. Essa associação apresentou um $p < 0,0001$, demonstrando ser estatisticamente significativa.

Na associação de sofrimento mental com o número de turmas, foi possível observar índices de depressão moderada ou grave maiores nos professores com 21 turmas ou mais (33,33%), enquanto professores com 1 a 5 turmas apresentaram índices de depressão moderada ou grave de 16,34%. Essa associação não foi estatisticamente significativa, porém, foi coerente com a ideia de que, com o aumento do número de turmas, aumenta a sobrecarga de trabalho, o que pode influenciar negativamente a saúde mental do professor.

O número de alunos por turma apresentou relação significativa com a depressão ($p = 0,0467$). Dos professores que trabalhavam com mais de 40 alunos por turma, 56,57% apresentaram disforia, enquanto 46,27% dos que trabalhavam com 30 ou menos alunos na sala apresentaram o mesmo quadro.

Analisando os ciclos em que os professores lecionam, foi possível perceber que aqueles que trabalhavam com o ensino

fundamental apresentaram maiores níveis de ansiedade moderada ou grave (42,76%), em relação aos que não trabalhavam com esse ciclo de ensino (29,53%). Essa associação obteve um $p = 0,0018$, apresentando relevância estatística. Esse resultado mostrou que trabalhar com o ensino fundamental, ciclo no qual a maioria dos alunos tem de 11 a 15 anos, parece ter influência negativa na saúde mental dos professores.

O tempo de trabalho como professor também apresentou relação com a saúde mental dos docentes: 44,8% dos que trabalhavam havia mais de 20 anos apresentaram ansiedade moderada ou grave em comparação com os 26% que trabalhavam de 3 a 5 anos.

Observou-se, também, relação entre a presença de outras doenças e ansiedade ($p < 0,0001$). Professores com doenças otorrinolaringológicas apresentaram maiores níveis de ansiedade. Destes, 78,8% apresentaram algum nível de ansiedade ($p = 0,0008829$).

Discussão

Divergindo da presente pesquisa, na qual o sofrimento mental despontou como mais frequente (29,73%), professores de ciências

do Rio Grande do Sul, pesquisados por Brum et al.¹⁴, citaram, em sua maioria (27%), os seguintes diagnósticos: calos nas cordas vocais, lesões por esforços repetitivos, sinusite crônica, hipertensão arterial e lombalgia. A maioria dos estudos, no entanto, demonstrou convergência com os resultados aqui encontrados, mesmo que apresentando índices inferiores de adoecimento.

A prevalência de DPM em trabalhadores, estimada pela OMS, é de cerca de 30%¹⁵. O percentual de professores com DPM encontrado no presente trabalho (75,27%) é, portanto, bastante superior ao estimado pela Organização, e também maior do que o encontrado em outras pesquisas realizadas com professores e outras populações.

Lyra et al.¹⁶ encontraram uma prevalência de 21,8% de DPM em professores da rede pública de São Gonçalo (RJ). Wernick¹⁷ encontrou 18,7% em professores da Universidade Federal da Bahia; Farias¹⁸, 23,6% em professores da rede particular de ensino de Salvador (BA); e Souza¹⁹ encontrou 29,6% nos docentes da rede pública desse mesmo município.

Entre os estudos que apresentaram índices mais elevados de DPM, destacaram-se alguns realizados com professores da rede municipal, nos quais a prevalência foi de 55,9%²⁰; e nos professores de educação infantil, essa presença foi de 44%²¹. Em Porto Velho (RO), Jacarandá¹¹ identificou a prevalência de 45,5% de DPM em professores da rede estadual.

Pesquisa realizada em várias cidades do Brasil demonstrou o índice de 25% de exaustão emocional nos professores estudados¹⁰. Estudo de Bauer et al.¹², realizado com professores da Alemanha, demonstrou uma prevalência de 29,8% de transtornos mentais, porém é preciso considerar que o instrumento utilizado na pesquisa tenha sido o General Health Questionnaire-12 (GHQ-12). Esse mesmo questionário foi utilizado por Jardim et al.²² em um estudo com professoras do ensino fundamental da rede municipal de

Belo Horizonte (MG), na qual foram encontrados 50% de casos de transtornos mentais.

Todas essas pesquisas mostraram valores bastante inferiores aos 75,27% encontrados no presente trabalho. Deve-se levar em consideração que, neste estudo, a amostra ocorreu por adesão voluntária dos professores, o que talvez tenha selecionado aqueles que, pelo sofrimento sentido, tiveram maior interesse no tema. Percebe-se, no entanto, que os níveis de sofrimento mental entre os professores das escolas brasileiras, em geral, estão bastante elevados, se comparados com os de outros estratos da população.

Estudo de Botti et al.²³ com moradores de rua de Belo Horizonte (MG) demonstrou uma prevalência de 49,8% de DPM. Em cuidadoras familiares de idosos com demência, a prevalência encontrada foi de 46,55% de DPM²⁴. Estudantes de medicina da Universidade de Botucatu, em São Paulo (SP), apresentaram 44,7% de DPM²⁵.

Minayo et al.²⁶ observaram, na cidade do Rio de Janeiro (RJ), uma prevalência de DPM de 33,6% para os policiais militares e 20,3% para os policiais civis. Pesquisas com outras categorias profissionais demonstraram prevalências ainda menores de DPM, como as realizadas com os metalúrgicos, que apresentaram 19%; os trabalhadores de processamentos de dados, 20% a 24%; os trabalhadores de hospitais, 20,8%; os enfermeiros, 33,3%²⁰; além dos bancários, com prevalência de 11,5% entre os homens e 19,8% entre as mulheres²⁷.

Na população geral, encontrou-se prevalência de DPM de 39,4% em mulheres de Feira de Santana (BA)²⁸; 35% em moradores de Olinda (PE)²⁹; e 28,5% na população de Pelotas (RS)³⁰.

Com relação aos resultados obtidos na presente pesquisa, a partir da utilização do inventário de depressão de Beck (sintomas depressivos em 44,04% dos professores, sendo 25,06% depressão leve – disforia – e 18,98% depressão moderada ou grave), valores próximos foram obtidos em estudo de Freitas et al.³¹, com professores

universitários do Rio Grande do Norte, quando 50% apresentaram algum grau de depressão: 42% com sintomas de depressão leve e 8% com sintomas de depressão moderada. Esses valores apresentaram-se bastante acima dos encontrados entre professores da região da Associação dos Municípios do Entre Rios (Amerios), de Santa Catarina, e da Associação dos Municípios do Extremo Oeste de Santa Catarina (Ameosc), onde 25% a 32% dos professores apresentaram algum grau de depressão³².

A prevalência de depressão na população de países em desenvolvimento, como o Brasil, é de 9%. Sendo um pouco mais alta em países desenvolvidos, como os Estados Unidos e alguns da Europa, girando em torno de 12%³³. Percebe-se, de qualquer forma, que a amostra de professores estudada no presente trabalho apresenta um índice de depressão bastante elevado, em relação aos dados disponíveis sobre a população em geral.

Os níveis de ansiedade encontrados neste estudo (29,89% apresentavam níveis mínimos de ansiedade; 29,48%, ansiedade leve; e 40,63%, ansiedade moderada ou grave) também são bastante preocupantes. Tais níveis de ansiedade são danosos, e não apenas para o exercício da profissão. Segundo Haslam et al.³⁴, os quadros ansiosos geram preocupação, fadiga, dificuldades de concentração e distúrbios do sono, entre outros que podem acarretar prejuízos à funcionalidade global do professor, além de prejudicar o desempenho no trabalho e aumentar os riscos de acidentes.

Pesquisa realizada por Santos et al.³⁵ com professores de escolas públicas da periferia de Paranaíba (PR) mostrou índices de ansiedade parecidos com os encontrados quando se considera algum nível de ansiedade, 70,25%. Strieder³² estudou a ansiedade em professores da região de Amerios e Ameosc, em Santa Catarina, encontrando, respectivamente, 64,43% e 67,73% de algum grau de ansiedade, sendo, como na citada pesquisa de Santos et al.³⁵, predominantemente

níveis leves de ansiedade: 34,56% e 34,73%, respectivamente.

No que diz respeito à presença de sofrimento mental conforme o gênero, assim como no presente estudo, uma maior prevalência em mulheres, em relação aos homens, foi constatada em inúmeras outras pesquisas, não apenas com professores, como também com a população em geral. Araújo e Carvalho²⁸ sugeriram a sobrecarga do trabalho doméstico como um dos possíveis fatores que aumentavam a vulnerabilidade das mulheres para o sofrimento mental. Piccinelli e Wilkinson³⁶ apresentaram uma revisão crítica sobre as possíveis relações entre gênero e depressão. As mulheres foram citadas como mais propensas a sofrerem depressão, porém não houve explicação para essa diferença, sugerindo-se, assim, que as experiências durante a infância, as regras e os costumes da sociedade na qual as mulheres estavam inseridas, bem como as diferenças e variações hormonais às quais estavam sujeitas, entre outros itens, estivessem envolvidas em tal causalidade.

Na pesquisa de Delcor²¹, 45,8% das professoras apresentaram DPM, enquanto nos homens, o valor encontrado foi de 22%. Capitão e Mesquita³⁷, em pesquisa sobre a prevalência de depressão em trabalhadores de uma frente de trabalho no estado de São Paulo, encontraram 24% de algum grau de depressão entre os homens e 40% entre as mulheres. Pesquisa com professores na Alemanha mostrou, também, uma diferença entre homens e mulheres, em relação ao adoecimento mental, com prevalência de 31,5% entre elas e 28,8% entre eles¹². No presente trabalho, a prevalência de DPM entre as mulheres foi de 60,71%, sendo de 51,85% entre os homens. Em relação à ansiedade moderada ou grave, as mulheres apresentaram 52,97%, e os homens, 39,51%. A prevalência de algum grau de depressão entre as professoras foi de 67,86% e de 54,32% entre os professores.

Entre os participantes da presente

pesquisa, 26,72% dos afastamentos do trabalho foram motivados por sofrimento mental, reafirmando a importância desse tipo de situação na vida dos professores. Gasparini, Barreto e Assunção⁷, analisando os perfis de afastamento do trabalho por doença dos servidores da educação de Belo Horizonte (MG), cujos 84,2% da amostra eram constituídos por professores, encontraram, também, em primeiro lugar, os transtornos mentais e de comportamento, com 15,3% de prevalência; em segundo, as doenças do trato respiratório; e em terceiro, as doenças osteomusculares.

Na pesquisa de Assunção³⁸, com professores de Belo Horizonte (MG), 23% da amostra utilizavam medicamentos para ansiedade e depressão e 11%, para distúrbios do sono, resultados similares aos encontrados no presente estudo (65,53% dos professores pesquisados relataram uso de medicamento, sendo 32,31% psicotrópicos).

Coincidindo com os achados deste estudo, no qual se observou que professores com doenças otorrinolaringológicas apresentaram maiores níveis de ansiedade, Jardim et al.²² também encontraram associação entre transtorno mental e pior qualidade de vida relacionada à voz, em professoras da rede municipal de Belo Horizonte (MG). Os docentes que sofriam de doenças osteomusculares também apresentaram altos níveis de ansiedade: 54,16% deles se enquadraram nos casos de ansiedade moderada ou grave ($p < 0,0001$). Pinheiro et al.³⁹ encontraram associação significativa entre dor crônica e altos escores de depressão e ansiedade.

Fica evidente que os professores participantes do presente estudo apresentaram níveis bastante superiores de sofrimento mental, em relação aos da população em geral, o que é preocupante, tanto para a saúde do professor quanto pelas repercussões na qualidade de ensino. Os altos índices

desse tipo de adoecimento mental encontrados corroboraram o fato de 84,26% considerarem seu trabalho insalubre.

Conclusões

A presente pesquisa apontou que os professores da rede estadual de educação do Paraná apresentaram níveis muito elevados de sofrimento mental (depressão, ansiedade e distúrbios psiquiátricos menores), muito superiores aos encontrados em outros grupos de professores, outras categorias profissionais e/ou outros grupos populacionais. O gênero feminino e o elevado número de alunos por turma, bem como os fatos de levarem trabalho para casa, lecionarem no ensino fundamental e serem portadores de outras doenças constituíram situações que demonstraram relação estatisticamente significativa com a presença de sofrimento mental. Também o tempo de trabalho como professores demonstrou relação positiva com o sofrimento mental, embora não estatisticamente significativa.

Verifica-se a necessidade de ampliar a investigação, no sentido de melhor compreender a gênese do sofrimento mental dos professores, oferecendo subsídios para a produção de mudanças significativas, visando à melhoria de saúde destes, agindo nos processos determinantes do adoecimento e não através da simples medicalização. A associação entre fatores deve constituir passo inicial e não conclusivo da investigação da determinação da situação. A compreensão profunda da gênese do sofrimento mental dos professores exige o conhecimento dos processos de determinação que ocorrem nos níveis singular, particular e geral, assim como das correlações que se estabelecem entre esses níveis, o que foge do alcance deste trabalho. ■

Referências

1. Marx K. O capital. São Paulo: Nova Cultural; 1988.
2. Saviani, D. Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações. 8. ed. Campinas: Autores Associados; 2003.
3. Ponce A. Educação e Luta de Classes. 17. ed. São Paulo: Cortez; 2000.
4. Gomes L. Trabalho multifacetado de professores/as: a saúde entre limites [dissertação] [internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002. 127 p. [acesso em 2018 fev 10]. Disponível em: <https://portaldes.iciet.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2002/gomeslm/capa.pdf>.
5. Kuenzer AZ. Exclusão includente e inclusão excludente: a nova forma de dualidade estrutural que objetiva as novas relações entre educação e trabalho. In: Saviani D, Sanfelice JL, Lombardi JC, organizadores. Capitalismo, trabalho e educação. 3. ed. Campinas: Autores Associados; 2005. p. 77-96.
6. Souza DL. Professor, trabalho e adoecimento: políticas educacionais, gestão do trabalho e saúde [monografia]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2007. 38 p.
7. Gasparini SM, Barreto SM, Assunção AA. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. Educ. Pesqui. 2005 Maio-Ago; 31(2):189-199.
8. Silva ES. Saúde Mental e Trabalho. In: Costa NR, Tundis SA. Cidadania e loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1987.
9. Vasconcellos CS. Construção do conhecimento em sala de aula. 6. ed. São Paulo: Libertad; 1997.
10. Codo W. Educação: carinho e trabalho. Petrópolis: Vozes; 1999.
11. Jacarandá EMF. Sofrimento Mental e Satisfação no Trabalho: um estudo com professores das escolas inclusivas estaduais de ensino fundamental em Porto Velho, Rondônia [dissertação] [internet]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2008. 102 p. [acesso em 2018 fev 10]. Disponível em: http://www.repositorio.unb.br/bitstream/10482/1819/1/2008_ElzaMariaFreitasJacaranda.pdf.
12. Bauer J, Unterbrink T, Hack A, et al. Working conditions, adverse events and mental health problems in a sample of 949 German teachers. Int. Arch. Occup. Environ. Health. 2007 Apr; 80(5):442-449.
13. Esteves JM. O mal-estar docente: a sala de aula e a saúde dos professores. Bauru: EDUSC; 1999.
14. Brum LM, Azambuja CR, Rezer JFP, et al. Qualidade de vida dos professores da área de ciências em escola pública no Rio Grande do Sul. Trab. Educ. Saúde [internet]. 2012 Mar-Jun [acesso em 2018 fev 1]; 10(1):125-145. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v10n1/v10n1a08.pdf>.
15. Vasconcelos AG. Jurisdição e sofrimento mental: O trabalho é simplesmente locus de manifestação ou um fator concorrente ou constitutivo dos transtornos mentais. Rev. Trib. Reg. Trab. 3ª Reg. [internet]. 2010 Jan-Jun [acesso em 2017 mar 12]; 51(81):411-436. Disponível em: https://www.juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/1939/74491/2010_vasconcelos_antonio_jurisdicao_sofrimento.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
16. Lyra GFD, Assis SG, Njaine K, et al. A relação entre professores com sofrimento psíquico e crianças com problemas de comportamento. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2009 Jan [acesso em 2016 abr 15]; 14(2):435-444. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a12v14n2.pdf>.
17. Wernick R. Condições de saúde e trabalho dos docentes da Universidade Federal da Bahia [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2000. 56 f.
18. Farias TF. Voz do professor: relação saúde e trabalho

- [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2004. 158 f.
19. Souza CL. Distúrbio vocal em professores da educação básica da cidade de Salvador, Bahia [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2008. 91 p.
 20. Reis EJFB, Araújo TM, Carvalho FM, et al. Docência e Exaustão emocional. *Educ. Soc.* [internet]. 2006 Jan-Abr. [acesso em 2016 abr 15]; 27(94):229-253. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v27n94/a12v27n94.pdf>.
 21. Delcor NS. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino em Vitória da Conquista [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2003. 121 p.
 22. Jardim R, Barreto SM, Assunção AA. Condições de trabalho, qualidade de vida e dissonia entre docentes. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2007 Out [acesso em 2016 abr 14]; 23(10):2439-2461. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/v23n10/19.pdf>.
 23. Botti NCL, Castro CG, Silva AK, et al. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns entre a população de rua de Belo Horizonte. *Rev. Barbaroi* [internet]. 2010 Ago-Dez [acesso em 2016 abr 15]; 33:178-193. Disponível em: <http://www.online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/1583/1318>.
 24. Silva CL, Passos VMA, Barreto SM. Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos com demência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [internet]. 2012 [acesso em 2016 jan 22]; 15(4):707-731. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v15n4/11.pdf>.
 25. Lima MCP, Domingues MS, Cerqueira ATAR. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2006 [acesso em 2016 jan 22]; 40(6):1035-1041. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n6/11.pdf>.
 26. Minayo MCS, Assis SG, Oliveira RVC. Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2011 [acesso em 2016 mar 12]; 16(4):2199-2209. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a19>.
 27. Beltrão IK, Duchiate MP, Chor D, et al. Pesquisa de Saúde dos Associados da CASSI [relatório final]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
 28. Araújo TM, Carvalho FM. Condições de trabalho docente e saúde na Bahia: estudos epidemiológicos. *Educ. Soc.* [internet]. 2009 Maio-Ago [acesso em 2016 jan 23]; 30(107):427-449.
 29. Ludermit AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2002 [acesso em 2016 mar 22]; 36(2):213-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n2/9214.pdf>.
 30. Costa JSD, Menezes AMB, Olinto MTA, et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Rev. Bras. Epidemiol.* [internet]. 2002 [acesso em 2016 mar 23]; 5(2):164-173. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/106485/000937888.pdf;sequence=1>.
 31. Silva TR, Carvalho EA. Depressão em professores universitários: uma revisão da literatura brasileira. *Rev. Uningá Review* [internet]. 2016 out-dez [acesso em 2017 mar 12]; 28(1):113-117. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20161005_005442.pdf.
 32. Strieder R. Depressão e ansiedade em profissionais da educação das regiões da Amerios e da Ameosc. *Rev. Roteiro* [internet]. 2009 [acesso em 2017 fev 2]; 34(2):243-268. Disponível em: <https://www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3063349>.
 33. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, et al. Development of lifetime comorbidity in the World

- Health Organization world mental health surveys. *Arch. Gen. Psychiatry* [internet]. 2011 Jan [acesso em 2017 fev 2]; 68(1):90-100. Disponível em: <http://www.public-files.prbb.org/publicacions/2a41ed30-9ce7-012f-264a-263316c03650.pdf>.
34. Haslam C, Atkinson S, Brown SS, et al. Anxiety and depression in the workplace: effects on the individual and organization. *J. Affect. Disord.* [internet]. 2005 [acesso em 2017 jan 18]; 88(2):209-215. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16122810>.
35. Santos AS, Oliveira AS, Souza VD, et al. A incidência do nível de ansiedade dos docentes dos estabelecimentos de periferia participantes do projeto cultura docente do município de Paranaíba-PR. *Col. Pesq. Educ. Física* [internet]. 2010 [acesso em 2016 nov 3]; 9(1):43-48. Disponível em: http://www.fontourae-ditora.com.br/periodico/upload/550_1502736833.pdf.
36. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression: critical review. *Br. J. Psychiatr.* [internet]. 2000 [acesso em 2016 set 1]; 177:486-492. Disponível em: <http://www.bjp.rcpsych.org/content/177/6/486/full-text.pdf+html>.
37. Capitão CG, Mesquita KL. A depressão em trabalhadores de uma frente de trabalho. *Rev. Psicol. UnC* [internet]. 2005 [acesso em 2016 set 22]; 2(2):93-102. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/237392072_A_Depressao_em_Trabalhadores_de_uma_Frente_de_Trabalho.
38. Assunção AA. Saúde e mal-estar do(a) trabalhador(a) docente. In: VII Seminário de la Red de estudios sobre Trabajo Docente; 2008 jul 3, 4 y 5; Buenos Aires. Buenos Aires: Agencia Nacional de Promocion Cientifica y Tecnologia; 2008.
39. Pinheiro RC, Uchida RR, Mathias LAST, et al. Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com dor crônica. *J. Bras. Psiquiatr.* [internet]. 2014; [acesso em 2017 jan 2]. 63(3):213-219. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n3/0047-2085-jbpsiq-63-3-0213.pdf>.

Recebido em 21/10/2017

Aprovado em 02/03/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Percepção dos trabalhadores inseridos na reabilitação profissional do Instituto Nacional do Seguro Social: a organização do trabalho adoece?

Perception of the workers inserted in the professional rehabilitation of the National Institute of Social Security: does the work organization get sick?

Andréa Domingues da Silva Souza¹, Maria de Fátima Ferreira de Queiróz²

RESUMO O artigo apresenta dados de pesquisa realizada com trabalhadores afastados de suas atividades laborais, por acidente, e no Programa de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional do Seguro Social. Objetiva compreender a percepção desses trabalhadores sobre o trabalho e a condição de adoecimento em relação à organização do próprio trabalho, ao gênero (homem) e à saúde dos trabalhadores. A pesquisa foi qualitativa, de intervenção, com o recurso de oficinas. A análise foi feita pelo Discurso do Sujeito Coletivo. Os dados coletados apresentam o trabalho reconhecido como condição de existência, porém, por interesses do capital, o trabalhador não se reconhece para além da relação de troca e se aliena no mundo do trabalho, o que se reflete na relação saúde-doença.

PALAVRAS-CHAVE Reabilitação. Saúde do trabalhador. Identidade de gênero.

ABSTRACT The article presents data from research carried out with workers who were separated from their work activities, by accident, and in the Professional Rehabilitation Program of the National Institute of Social Security. It aims to understand the perception of these workers about work and the condition of illness in relation to the organization of the work itself, gender (man), and the health of the worker. The research was qualitative, of intervention, with the use of workshops. The analysis was made by the Discourse of the Collective Subject. The collected data present the work recognized as a condition of existence, however, due to the interests of capital, the worker is not recognized beyond the relation of exchange and is alienated in the world of work, which is reflected in the health-disease relation.

KEYWORDS Rehabilitation. Occupational health. Gender identity.

¹Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) – Guarulhos (SP), Brasil.
andrea.dsouza@inss.gov.br

²Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva – Santos (SP), Brasil.
fatima.queiroz@unifesp.br

Introdução

O presente artigo aborda a situação dos trabalhadores que se encontram em processo de reabilitação profissional no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), buscando sua compreensão da relação trabalho-saúde. O serviço de reabilitação no INSS tem enfoque individual, e é parte da seguridade social da população trabalhadora brasileira, no âmbito da previdência social.

No que se refere à atenção ao acidentado, de acordo com o Decreto nº 3.048/99, artigo 137, a equipe de reabilitação profissional é, preferencialmente, multiprofissional, e especializada em medicina, serviço social, psicologia, sociologia, fisioterapia, terapia ocupacional e outras áreas afins ao processo. Cabe a estes profissionais realizar a avaliação socioprofissional e do potencial para o trabalho do segurado^{1,2}. A participação do trabalhador indicado no Programa de Reabilitação Profissional é obrigatória, sob pena de o segurado ter seu benefício suspenso. Na conclusão de seu processo,

a previdência social emitirá certificado individual, que indica as atividades que poderão ser exercidas pelos beneficiários, nada impedindo que este exerça outra atividade para a qual se capacitar³.

A readaptação, nas empresas, muitas vezes, é inviável, e quando se segue com o propósito de qualificação profissional, o INSS tem encontrado barreiras administrativas para a compra de cursos, comprometendo o atendimento à demanda necessária.

O público atendido no Programa de Reabilitação Profissional é, prioritariamente, masculino, sendo esta realidade um reflexo do acesso ao benefício auxílio-doença, pois, de acordo com dados do Ministério da Previdência Social, em 2015, foram registrados, no Brasil, 612.632 acidentes de trabalho, sendo que, deste total, 410.646 (69%) foram relacionados ao sexo masculino, sendo

somente 201.973 (31%) relativos ao sexo feminino. A realidade de Guarulhos (SP), localidade do serviço em estudo, correspondeu a 5.655 acidentes de trabalhos, com 16 óbitos, durante o ano de 2015^{4,5}.

A realidade exposta provoca a reflexão sobre a relação do homem com o trabalho e, conseqüentemente, com sua saúde. Este contexto é aflorado nos atendimentos, e presente nas falas dos segurados, reforçando preocupações, angústias e sofrimentos, frente ao significado social e cultural do 'masculino', na sociedade, associado ao seu trabalho e possível afastamento.

Ao longo do tempo, o trabalho foi sofrendo mutações, de acordo com o sistema econômico vigente de cada época, e, desta maneira, se desconfigurou do lugar de realização humana para meio de subsistência e mercadoria, tendo como objetivo a valorização do capital.

É nessa condição degradante que o trabalhador vem sendo submetido às relações de trabalho no sistema capitalista. Tal realidade, além de estabelecer uma condição de alienação e escravidão, apresenta histórico de morbimortalidade decorrente do capital e do trabalho. Segundo dados do Ministério da Previdência Social:

[...] em 2011, ocorreu cerca de 1 morte a cada 3 horas, motivada pelo risco decorrente dos fatores ambientais do trabalho e ainda cerca de 81 acidentes e doenças reconhecidos a cada 1 hora na jornada diária. Em 2011, observamos uma média de 49 trabalhadores/dia que não mais retornaram ao trabalho devido a invalidez ou morte⁶.

Nesse aspecto, embasado por Antunes⁷, é importante destacar que, com a mundialização do capital, a organização do trabalho vem se apresentando com novos arranjos e – porque não dizer? – armadilhas para o trabalhador. A realidade do subemprego, do desemprego estrutural, das terceirizações e dos subcontratos, entre outras formas de relações



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

trabalhistas, resultam em uma exploração intensificada, trazendo novos mecanismos de controle e coerção, como: concorrência; competitividade; assédio moral; captura da subjetividade dos trabalhadores, para além do ambiente de trabalho; e discurso participacionista, de integração, colaboração, o que acaba por influenciar a anulação da liberdade humana.

No processo histórico das relações de trabalho e da organização do trabalho está presente a ofensiva neoliberal, que, ancorada no Estado mínimo de direito e mercado máximo, deixa o trabalhador constantemente ameaçado em seus direitos trabalhistas, o que está profundamente relacionado a condições precárias e degradantes de trabalho e influencia significativamente no processo saúde-doença desse mesmo trabalhador, que fica vulnerável às crises do capital. Segundo Caio Antunes, “o capital vive de crise em crise”⁸⁽³⁶²⁾, e, para superar as crises, intensifica a exploração do trabalhador e ataca os direitos trabalhistas duramente conquistados no passado. Nesses momentos de crise do capital, há uma intensa busca por recuperação produtiva e de domínio societal. Atualmente, o capital tem articulado uma resposta que, segundo Silva, está sobre um tripé, como segue:

[...] a reestruturação produtiva, a financeiraização e a ideologia neoliberal (NETTO, 2012). De modo que, as transformações no mundo do trabalho, cujas transformações caracterizam-se pela precarização do processo de trabalho e o desmonte das conquistas políticas e sociais da classe trabalhadora são mudanças advindas do processo de globalização financeira, inovações tecnológicas (com a rede informacional – para Alves (2016), a quarta revolução industrial), bem como das novas formas de gestão e do processo de reestruturação produtiva⁹⁽⁴⁾.

No Brasil, em 2016, com o agravamento da crise mundial do capital, o ideário

neoliberal, com o apoio da burguesia, organizou um golpe de Estado, o que repercutiu em ações políticas de intensificação à exploração da classe trabalhadora. Exemplos disto são as aprovações das Leis da Terceirização e da Reforma Trabalhista, que resultam no aumento de inseguranças quanto a direitos trabalhistas e em fragilidade nas relações de trabalho, deixando-as mais precárias e, consequentemente, interferindo na saúde do trabalhador. Segundo Braga:

[...] com o advento do golpe de 17 de abril de 2016 [...] aprovou-se uma lei que permite a universalização da terceirização e uma contrarreforma da CLT, que, em termos práticos, elimina a promessa da sociedade salarial para a imensa maioria dos trabalhadores brasileiros. Além de permitir a generalização do trabalho terceirizado e intermitente, atinge mortalmente a função dos sindicatos no País de fiscalizarem o respeito aos direitos trabalhistas pelas empresas por meio do princípio do negociado sobre o legislado, a contrarreforma votada pelo congresso nacional no dia 11 de julho de 2017 permite incontáveis formas de flexibilização da jornada de trabalho, colocando um ponto final naquele ciclo protetivo que, historicamente, iniciou-se há exatos 100 anos, com a greve geral do junho-julho de 1917 na cidade de São Paulo¹⁰⁽⁴⁾.

Nesse contexto perverso de retirada de direitos, de inseguranças sociais e trabalhistas, está a construção histórico-social do trabalhador, quanto à questão de gênero, associada também à questão do afastamento do trabalho. A sociedade brasileira apresenta, em sua história, um contexto patriarcal, no qual estabeleceu uma relação de domínio do homem sobre a mulher caracterizando as relações de poder no campo da política, pois, grandes decisões políticas foram tomadas por homens. O homem seguiu durante milênios, constituindo-se como representação do poder, não sendo a ele permitido chorar e/ou sentir medo, pois ele é viril; deve ter coragem

para enfrentar desafios e situações perigosas, bem como impor autoridade e respeito, pois a dor e a subjetividade são expressões da mulher^{11,12}.

Diante desse contexto, muitas vezes, o homem sofre uma culpabilização pessoal, por não conseguir desempenhar o papel de provedor da família, devido ao afastamento do trabalho. Mas, na maioria das vezes, essa culpa o acompanha sem que ele consiga refletir sobre as condições de trabalho às quais estava submetido, que, inclusive, interferiam no cuidado da sua própria saúde, bem como reforçavam uma relação de exploração e poder.

Contudo, são avaliados alguns fatores de necessária reflexão, principalmente quando analisados pela ótica da integralidade do sujeito. Neste estudo, destacam-se dois fatores: o primeiro refere-se ao afastamento do trabalho, e às contraindicações relativas ao retorno, que, às vezes, impedem o trabalhador de retornar à ocupação exercida anteriormente, fazendo com que ele perca sua identidade. A este contexto de fragilidade também está associado, como segundo fator, o significado cultural e social do 'masculino' na sociedade, e tal realidade interfere nas relações sociais e familiares estabelecidas por esses homens.

Atualmente, o INSS não privilegia espaços direcionados a atividades em grupo, que possibilitem reflexões conjuntas entre os trabalhadores temporariamente afastados do trabalho e inseridos no Programa de Reabilitação Profissional. Os atendimentos ocorrem de maneira individualizada, sem a perspectiva institucional de compartilhamento de vivências, anseios e expectativas em relação ao futuro desses indivíduos, que sofreram acidentes e foram afastados de sua vida cotidiana de trabalho.

Assim, torna-se necessária uma intervenção que possa estabelecer um olhar integral sobre esses trabalhadores segurados, possibilitando-lhes espaços de cuidado, reflexão e – porque não dizer? – quebra de paradigmas alienantes.

Foi nesse contexto que se objetivou compreender a percepção desses trabalhadores sobre o seu trabalho e a condição de adoecimento, em relação à organização do trabalho, ao gênero (ser homem) e à saúde do trabalhador. Todos eles inseridos em condições de precariedade, que os colocam vulneráveis diante do próprio trabalho.

Métodos

A pesquisa desenvolve-se pautada na abordagem qualitativa, pelo método da pesquisa intervenção, que contou com o recurso de oficinas. Compreende-se que a pesquisa qualitativa permite desenvolver o espaço de escuta adequada, bem como aproximação e reflexão junto aos trabalhadores, pois favorece uma relação dialética com o processo de pesquisa.

Associando esse pressuposto aos objetivos do presente trabalho, optou-se, no âmbito da pesquisa qualitativa, pela eleição de estudo com base no método da pesquisa intervenção, pois, segundo Paulon et al., nessa abordagem:

Forças instituintes fazem funcionar outros registros de atuar, de pensar, que burlam a racionalidade, a busca da verdade e a homogeneização do pensamento. Essas forças são convocadas na pesquisa-intervenção pela desnaturalização permanente do objeto que se pretende conhecer, pela implicação do pesquisador, pelas contingências que acompanham as situações e seus efeitos e pelo acontecimento [...]¹³⁽⁹⁵⁾.

O desenvolvimento do método contou ainda com o recurso de oficinas. De acordo com Amaral et al.,

[...] a oficina é caracterizada como 'uma prática de intervenção psicossocial, seja em contexto pedagógico, clínico-comunitário ou de política social' e [...] como um processo estruturado com grupos, independentemente

do número de encontros, sendo focalizado em torno de uma questão central que o grupo se propõe a elaborar, em um contexto social. A elaboração que se busca na oficina não se restringe a uma reflexão racional, mas envolve os sujeitos de maneira integral, formas de pensar, sentir e agir¹⁴⁽¹⁶⁹⁾.

Outros recursos utilizados foram materiais de estímulos (música, papel *craft*, canetas coloridas, cola), como pontos de partida para a reflexão das temáticas abordadas nas oficinas e na avaliação, ao término, visando auxiliar o desenvolvimento da atividade proposta e a construção dos encontros subsequentes.

A seleção dos trabalhadores para o grupo (oficinas)

Foram selecionados, para participar dos encontros, trabalhadores afastados por acidente de trabalho ou suspeita de doença ocupacional. A inclusão nos grupos ocorreu por duas entradas: seleção a partir da pesquisadora e das profissionais que trabalhavam no Programa de Reabilitação Profissional do INSS, e em parceria com profissionais do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador de Guarulhos (SP) (Cerest Guarulhos).

Os trabalhadores selecionados foram do sexo masculino, na faixa etária de 35 a 46 anos, que passaram em atendimento no

Programa de Reabilitação Profissional, do INSS – Agência da Previdência Social de Guarulhos (SP), no período de agosto/2013 a janeiro/2014.

Como procedimento metodológico, foram realizados dois grupos, sendo que o Grupo 1 contou com a participação de 11 e o Grupo 2, com a participação de 12 trabalhadores, totalizando, assim, 23 participantes. As oficinas, em número de seis por grupo, ocorreram semanalmente, em momentos distintos, no Cerest Guarulhos, com duração de duas horas cada. Todos os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 30333414.1.0000.5505.

As temáticas abordadas foram referentes à relação capital x trabalho, associadas ao contexto do lugar do masculino na sociedade, percebendo como essas questões sociais têm interferido no processo de saúde-doença do trabalhador. As oficinas foram planejadas com o objetivo de abordar tais assuntos, porém, não foram realizadas de maneira rígida e linear, ou seja, se moldaram a cada encontro, de acordo com a dinâmica de cada grupo. O *quadro 1* apresenta a estrutura das oficinas realizadas com os trabalhadores acidentados e adoecidos da reabilitação do INSS, em Guarulhos, no ano de 2014.

Quadro 1. Estrutura das oficinas realizadas com os trabalhadores acidentados e adoecidos da reabilitação do INSS, Guarulhos, 2014

Oficina	Tema	Objetivo	Estratégia/Material de Estímulo
1ª Oficina	Acolhida e escuta dos trabalhadores	Iniciar a discussão das problemáticas e firmar contratos com os trabalhadores	Roda de conversa com os trabalhadores e coleta de dados
2ª Oficina	O trabalho dignifica o homem?	Abordar as relações de poder (capital x trabalho)	Criação de boneco de maneira coletiva, o qual acompanhou os encontros. Material de estímulo: músicas 'Admirável gado novo', de Zé Ramalho, e 'Construção', de Chico Buarque

Quadro 1. (cont.)

3ª Oficina	O trabalho dignifica o homem?	Abordar a organização do trabalho e suas mudanças. O adoecimento pelo trabalho	Retomada do boneco. Material de estímulo: vídeos 'The last knit', de Laura Neuvonen, e 'Admirável gado novo', de Zé Ramalho
4ª Oficina	'Sou cabra-macho sim, senhor!'	Abordar a relação de gênero, sobre o masculino no tecido social	Retomada do boneco. Material de estímulo: música 'Guerreiro menino', de Gonzaguinha
5ª Oficina	É possível recomeçar?	Descobrir as potencialidades laborais que vão na contramão do sistema capitalista – como partir para essa descoberta	Retomada do boneco. Material de estímulo: música 'Comida', dos Titãs
6ª Oficina	Avaliação	Entender como entrei e como saí desse processo	Utilização de estratégias de avaliação de processo

Fonte: Elaboração própria.

Realizou-se análise dos dados coletados através das oficinas grupais, utilizando-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), desenvolvido por Lefèvre et al.¹⁵, por ser um método amplamente utilizado no campo da saúde. De acordo com Lefèvre et al.

[...] o DSC busca construir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese se fizerem necessários para expressar uma dada figura, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre o fenômeno¹⁵⁽¹⁹⁾.

Na análise desenvolvida, a partir da construção do DSC, as falas dos trabalhadores afastados foram agrupadas em temáticas propostas nas oficinas, com o intuito de demonstrar a relevância das discussões com o enfoque no coletivo.

Resultados/discussão

No presente artigo, dentre as análises da pesquisa, optou-se por apresentar as seguintes temáticas: 'A organização do trabalho'; 'O adoecimento pelo trabalho e o consequente afastamento'; e 'Sou cabra macho' sim, senhor!'. Elas abordam, a partir do discurso

dos trabalhadores, a forma como está estabelecida a organização do trabalho na atualidade, expressando as realidades vivenciadas no dia a dia, as situações e condições de trabalho às quais os trabalhadores estão submetidos e como eles relacionam esses fatores ao afastamento do trabalho, além do olhar desses trabalhadores para a fragilidade masculina relacionada ao afastamento do trabalho.

No discurso coletivo, os trabalhadores reconhecem que o lucro é o maior – e, muitas vezes, único – objetivo das empresas, e como eles mesmos são utilizados para atenderem a essa demanda. Desta maneira, tem havido uma superexploração do trabalhador, que, às vezes, se submete a determinadas situações de trabalho, como, por exemplo, horas-extras, cumprimento de metas e atuação polivalente, tanto por medo do desemprego como pela demasiada concorrência no mercado, que o colocam em uma realidade competitiva, seja no ambiente de trabalho, seja na busca por recolocação. Cabe salientar que essa realidade de subordinação ao capital inviabiliza a organização da classe trabalhadora.

O dia que eu for falar 'Não' para eles, o que eles fazem? Me mandam embora e pegam outro ajudante geral para colocar e fazer o mesmo

serviço. Na entrevista, eles já perguntam: 'Você tem disponibilidade para trabalhar de sábado e domingo?'. Você precisa do trabalho e fala: 'Tenho!'. 'Você tem disponibilidade para trabalhar feriado?': 'Tenho!'. 'Tem disponibilidade para trabalhar em outras cidades e outros estados?': 'Tenho!'. Senão, você não entra. Na empresa, todo dia chega currículo. A empresa tem lá uma meta para atingir. As metas só vão aumentando. Você chega no limite delas, eles pegam e aumentam de novo [...] se você fala 'Pode vir, que eu consigo', eles vão tirar de você o máximo. Às vezes, você está no seu limite, mas quer demonstrar que você consegue. Mas é nessa brincadeira que a saúde vai embora. É uma pressão psicológica, prisão psicológica. Os encarregados, os maiores culpados também, igual lá na firma lá, no reator que eu trabalhava, ele tem cinco metros de altura. Eu falei para o encarregado uma vez, eu falei assim: 'O exaustor não está puxando o gás de dentro'. Ele falou: 'Não, puxa sim!'. Eu falei: 'Não está puxando, esse reator vai explodir'. Quando estava com 3 mil litros de aço dentro do reator, que começou a formar o gás, o reator foi para o alto. Eu pulei de uns três metros de altura, e eu me queimei todinho na empresa. Com dois meses, eu voltei a trabalhar. Aí, eu olhei para a cara do encarregado e falei: 'Não te avisei que ia explodir?'. Ele: 'Falou. Mas você sabe: a gente tem que cumprir o pedido, tem que entregar, senão, a gente perde o cliente'. Eu falei assim: 'É, vocês preferem perder uma vida do que perder um cliente!'. Então, é desse jeito que nós somos tratados [...] você sabe o que pode acontecer, só que não adianta, você fala para o encarregado, mas o encarregado não te ajuda. (DSC - Trabalhadores dos Grupos 1 e 2).

Com relação ao excedente de horas trabalhadas, é importante destacar que os trabalhadores preferiram cumpri-las por temerem os riscos anteriormente citados, e também por ter sido esta a alternativa de angariar (conquistar, atingir) melhor salário ao final do mês, assim proporcionando melhores condições de vida às suas famílias. Porém, eles reconheceram que o excesso de

horas-extras resultou em cansaços físico e mental, que culminaram em adoecimentos ou em acidentes decorrentes do trabalho. Todavia, não realizaram críticas sobre o processo de mais-valia a que estão submetidos, mesmo compreendendo que o maior lucro é do empregador.

Além disso, reconheceram que aquele foi o caminho para conquistas e melhoria da sua qualidade de vida.

Existe uma certa competitividade também entre os trabalhadores, porque você quer mostrar produtividade: eu sou melhor que ele. Por quê? Porque se houver um corte, eu vou ficar e ele que vai ser dispensado. E a gente, nessas horas, não pensa que a gente está se prejudicando. Mesmo irracionalmente, a gente está se prejudicando porque a gente aceita, de uma certa maneira. A gente aceita essa imposição do patrão. Por quê? Porque nós precisamos do emprego para sustentar a família. Então, de uma certa maneira, somos culpados também, porque a gente também é omissa. Mas a gente só vai se dar conta quando nós estamos já na fase do remédio. Aí, já é tarde. Eu trabalhei em uma empresa, em que eu entrava das duas horas da tarde e saía no outro dia. No outro dia, sete horas da manhã. E batia no peito, e dizia: 'Eu trabalhei todo esse tempo'. Eu gerava todo esse lucro para a empresa e falava isso com todo orgulho. Acabei com minha saúde pela fome de lucro. Apesar d'a gente sempre estar falando que está marcado. [Os trabalhadores, quando mencionam marcas, estão se referindo às marcas que colocaram no boneco que foi construído nas oficinas, como material de estímulo para o debate das temáticas abordadas durante os encontros] A gente tem que ver os frutos do nosso sacrifício, os filhos na faculdade. Nós estamos marcados, mas colhemos os frutos dessas marcas, também, de uma certa maneira. É por isso que eu não me sinto culpado de ter feito essa carga horária a mais na minha vida, de ter me afastado um pouco da minha família, porque isso trouxe benefício. Tudo que eu levo para minha família, eu não me sinto culpado... (DSC - Trabalhadores dos Grupos 1 e 2).

Ainda sobre a organização atual do trabalho, os trabalhadores, em seus discursos, confirmaram conceitos de Ricardo Antunes¹⁶, que a caracteriza em um contexto intensificado de precarização – e isto, em escala global – e desproteção de direitos trabalhistas, além de novos mecanismos de controle e coerção, discursos participacionistas, que o próprio trabalhador reconhece como armadilhas para envolvê-lo e, assim, conseguir atender o objetivo do capital, ou seja, o lucro.

A vida do trabalhador, que não é só nós, é do trabalhador brasileiro, do trabalhador mundial, é correria mesmo; da sociedade onde a gente vive, a sociedade onde a gente está inserido, é a sociedade moderna. E, não sendo pessimista, a tendência é piorar. É um capitalismo selvagem, o cliente pede e a empresa tem que fazer o serviço. Só que a empresa, é o seguinte: ela não quer contratar o número de funcionários adequados para cumprir aquilo; se tiver um funcionário que faça serviço de dois, para ela é melhor. Esse condicionamento mental, que eles usam com a gente, tem essa cultura, de você tem que trabalhar, você tem que produzir. Por que o patrão dele sempre pedia: 'Você pode nos ajudar?'. Todo jeito, para você se sentir reconhecido. Mas, na verdade, aquele cara está treinado para fazer você trabalhar; é o artifício que ele tem para trazer você numa boa, achando que você é importante. É mentira, porque você é uma engrenagem que está gerando algo muito importante para eles. Hoje, eu tenho essa consciência, mas foi tarde demais. (DSC – Trabalhadores dos Grupos 1 e 2).

Esse cenário coloca o trabalhador em situações de vulnerabilidade, que repercutem no desgaste de sua saúde e vida, materializando sofrimentos – tanto no corpo como na mente – questão intimamente ligados às relações sociais de trabalho. Porém, na sociedade moderna, por vezes, essas situações de vulnerabilidade são tratadas como adoecimentos sem relação com o trabalho¹⁷.

De acordo com Remijo,

as doenças relacionadas ao trabalho precisam ser reconhecidas como oriundas da superexploração do trabalho, para, a partir daí, contar com leis que refreiem esse processo¹⁸⁽⁴²⁾.

A empresa tem lá uma meta para atingir. Onde eu trabalhava mesmo, tinha que chegar fazer por dia, e atingir, embuchar umas peças e atingir uma meta de 1,5 mil. Se você não atingisse a meta, você seria chamado no escritório para explicar porque não atingiu aquela meta. Então, às vezes, a pessoa preocupada com a produção acaba com medo de ser demitido da empresa; acaba se machucando. Eu penso ser dessa forma. Na linha de produção, tudo que chegava [...] era para ontem, até que foi na hora que eu me acidentei no meu braço. Passei por alguns especialistas, passei por uma (psiquiatra) que falou para mim que o trabalho para qual eu estava sendo pago, acabou chegando onde eu cheguei, pois já tinha um pouco de tendência desse problema. E o trabalho exacerbado simplesmente acelerou. Eu era o líder, eu tinha conquistado a posição de um líder. Então, eu me sentia na obrigação. (DSC – Trabalhadores dos Grupos 1 e 2).

Outro ponto apresentado neste estudo abordou a permanência do trabalhador no trabalho, mesmo que doente. Os trabalhadores referiram que, ao sentirem dores e perceberem o adoecimento, se automedicaram, visando à melhora para, assim, poderem realizar mais um dia de trabalho.

Reconheceram uma entrega total ao trabalho, acreditando que nada atingiria sua saúde, pois essa era inabalável. No entanto, avaliaram que, devido ao trabalho exagerado, surgiu o sofrimento frente essa realidade, começando a ter contato com o corpo por meio da doença.

Infelizmente, junto com o trabalho, vêm essas coisas ruins, como todo mundo colocou, que são as doenças. Tinha 18 anos de firma, fazia um trabalho repetitivo, acabei adquirindo hérnia de disco. Começou a doer e eu fiquei praticamente dois

anos depois só trabalhando, até que chegou uma hora que não deu mesmo. Fui fazer os exames e já era hérnia de disco. Sempre a gente vai adian-do, né? Só vai mesmo no médico quando a gente não tem mais condição de trabalhar. É aquele tal negócio: se você vai no médico e leva ates-tado na firma, a firma já te vê com maus olhos. Às vezes, dava uns problemas na canela, porque a gente ficava subindo e descendo, e aguentava a dor para atingir as metas. O ombro ficava um caroço, de carregar aquelas escadas de madeira, e não sentia nada. (DSC – Trabalhadores dos Grupos 1 e 2).

A situação apresentada no discurso evi-dencia o que é chamado de presenteísmo, que, segundo Paschoalin, define-se

pela presença física do trabalhador em seu lo-cal de trabalho, porém, com algum problema de saúde que o impede de desempenhar-se plenamente, ocasionando redução de sua produtividade¹⁹⁽³³⁾.

Por fim, essa temática chama a atenção sobre as ações em saúde do trabalhador, visando garantir saúde e segurança no tra-balho: ou não são desenvolvidas, ou não há a preocupação em acolher as queixas/de-mandas dos trabalhadores, em relação ao ambiente de trabalho.

A escuta das chefias imediatas, em relação aos trabalhadores, não é realizada como uma engrenagem do sistema. Os chefes não abrem espaço para dar voz ao trabalhador, seus semelhantes, sendo estes os que conhe-cem o chão da fábrica, as atividades que re-alizam; preferem não ouvir os seus ‘saberes’, conforme se verifica no discurso abaixo:

O problema, também, é que as empresas não investem tanto no funcionário, né? Não dá a possibilidade d’ele trabalhar mais suave [...] um estresse dentro da empresa. Agora, pequenos acidentes com os colegas, isso não é anotado. Tem empresa que você vê, tem uma placa que tem ‘Estamos tantos dias sem ter acidentes’. É

mentira. Isso é fictício [...] Quando eu me quei-me no reator, que eu saí, estava um número. Quando eu voltei, estava o mesmo número. Quer dizer: para eles, não aconteceu acidente nenhum. (DSC – Trabalhadores dos Grupos 1 e 2).

Os trabalhadores, em seu discurso, obser-varam as estratégias das empresas, de não reconhecimento dos acidentes, estes que acabam não passando de ‘placas’ computan-do números que não condizem com a reali-dade do adoecimento.

Outro fator trazido para reflexão, e que interfere na saúde do trabalhador afastado do trabalho, foi o relacionado ao gênero mas-culino, pois este estudo apresenta como os homens se sentem humilhados por não mais suprirem as necessidades de suas famílias e as mulheres precisarem ir para o mercado de trabalho. Isto gerou-lhes um sofrimento psí-quico, pela posição que as mulheres assumi-ram na família, pois eles não se reconheciam mais, se sentiam sem honra. Houve, também, inseguranças quanto ao valor do benefício, bem como em relação à continuidade deste, sendo o único meio através do qual eles podiam auxiliar suas famílias, diante do afas-tamento do trabalho.

Como é difícil... Você era um chefe de família, você que bancava todas as despesas da casa, você que pagava todas as contas. De repente, você se torna uma pessoa, entre aspas, inútil; sua esposa tem que começar a trabalhar, você tem que cortar todas as despesas da sua casa para poder viver com aquele salário que você recebe do INSS; tem que aguentar desaforo. Humilha-ção. Não é questão de ser machista, porque um cabra machista não deixa nem a mulher sair de casa para trabalhar. A questão não é essa. A questão minha era que, se eu não estivesse no INSS hoje, se eu não tivesse sido operado, meu salário estava em torno de 4 a 5 mil. Hoje eu não ganho nem dois salários mínimos, então, é difícil. E para o homem, afeta muito mais, porque aca-ba abalando ele. Ele acaba se achando um inútil, porque não consegue fazer nada. Como é que

fica? É aí, é onde vem a honra, né? É, acho que a honra é a parte mais pesada. É onde pega, é onde vem tudo isso. Não tem honra, então, a sua dignidade vai lá em baixo [...]. Meu Deus, como é difícil. Você se torna humilhado e castrado, porque você não consegue controle em nada. Pelo que estava conversando aqui, geralmente os homens, desde criança, põem na cabeça que o homem que tem que manter a casa, e a mulher também pensa do mesmo jeito. (DSC – Trabalhadores dos Grupos 1 e 2).

Este estudo retrata, ainda, que a ideologia masculina permeou inclusive o ideário feminino, pois os trabalhadores reconheceram o machismo nas mulheres, quando elas apresentaram dificuldades para dividirem a remuneração, para além das suas próprias necessidades, assim continuando a atribuir ao masculino a responsabilidade pelo sustento da família. E isso gerou novos conflitos.

A sociedade, quanto ao homem e mulher, ela é uma sociedade machista, ou seja, isso independente de que seja homem. Agora, quando a mulher passou a ser machista? É quando a gente observa que, na maioria desses casos, quando a mulher passa a trabalhar fora, ela não vai trabalhar para querer ajudar a casa. A maioria, infelizmente, tem acontecido, ela vai querer trabalhar para se manter, porque agora os recursos do marido não estão dando para manter ela, ou seja, manter a sua vaidade ali. E o que acontece? 'Vou trabalhar para me manter, eu vou ganhar o meu'. Isso aí, acaba; isso aí, detona. O dinheiro dela, ela gastava só com ela, não gastava em casa, entendeu? (DSC – Trabalhadores dos Grupos 1 e 2).

Os discursos também possibilitaram trazer à discussão a relação entre virilidade e trabalho, pois, segundo Dejours,

a ideologia defensiva é funcional no nível do grupo, de sua coesão, de sua coragem, e é funcional também no nível do trabalho, é a garantia da produtividade²⁰⁽⁷²⁾.

A ideologia defensiva é o sistema de defesa compartilhado pelas profissões, com atitudes de negação e de desprezo pelo perigo, e tem valor funcional em relação à produtividade, pois se utiliza da exploração da ansiedade do trabalhador, que busca responder aos ritmos do trabalho e de produção exigidos²⁰.

Eu me considero um guerreiro [o trabalhador menciona ser guerreiro em referência à música 'Guerreiro Menino', de Gonzaginha, que foi utilizada como material de estímulo para facilitar a discussão da temática 'Sou cabra macho sim, senhor!'] porque, desde os 14 anos, eu já trabalho registrado [...]. Me identifica essa parte de guerreiro, da luta, da batalha, onde você procura conquistar, procurar o melhor para você e sua família. Hoje, eu não me sinto muito guerreiro porque não foi isso que eu esperava para mim. Esperava coisa melhor. Eu trabalhava, ralava dentro das empresas, para mim ter coisas melhores. Hoje, eu não me sinto mais muito guerreiro, porque veio a depressão. Muitas vezes, a gente põe na cabeça que, por ser guerreiro, eu sou forte, eu vou vencer. E, de repente, ele está falando e ele mesmo está passando a perna nele mesmo, sabia? Ele é frágil. É um guerreiro, mas não é um robô. O homem também tem dor e sangra. A gente chora, mas a gente tem que mostrar que é forte perante a família, porque a gente é o pilar da família. Muitas vezes, se a gente deixar abalar, abala toda a família. Então, acho que é por isso que o homem, ele fala que o homem também chora [menção a ser guerreiro em referência à música 'Guerreiro Menino', de Gonzaginha]. Mas, muitas vezes, você chora ali, sozinho no seu canto, mas não deixa demonstrar os seus sentimentos. Tem que se sacrificar pela família. As pessoas não se dão conta disso: que ele é tão frágil como qualquer outra. Ele acha que tem que ser forte, tem que ser forte, e aí, vai querer fazer tudo ao mesmo tempo. (DSC – Trabalhadores dos Grupos 1 e 2).

No entanto, os trabalhadores expressaram que a força, a virilidade e o 'poder' que fizeram com que se sentissem guerreiros,

nem sempre foram bons, pois essa construção social sempre trouxe uma ideia de que o homem não podia ser frágil. E isso os fragilizou ainda mais, pois exigiu deles próprios uma permanente força, enquanto a fragilidade, que também possuíam, por vezes, não foi notada socialmente. Quanto a isto, vale citar Dejours: o “[...] sofrimento mental e a fadiga são proibidos de se manifestarem numa fábrica”²⁰⁽⁷²⁾. Então, recorre-se à medicalização, que tem por finalidade deslocar o conflito entre o homem e o trabalho, e a desqualificação do sofrimento mental.

Contudo, este estudo possibilita refletir, a partir dos próprios trabalhadores, que a realidade citada deve ser questionada, mudada, pois a dor e a fragilidade também são inerentes aos indivíduos do gênero masculino, e devem ser consideradas e cuidadas socialmente. Além disto, aqui se revela o quanto há a reprodução do machismo na sociedade brasileira.

Conclusões

Este estudo demonstra que os trabalhadores reconhecem a relação entre o adoecimento (ou o acidente) e as condições de trabalho às quais estão submetidos. Referindo-se a uma reestruturação produtiva, ele reafirma a importância da pesquisa intervenção, pois esta permitiu o aflorar do conhecimento e a percepção dos trabalhadores sobre seus trabalhos e suas condições de adoecidos por estes. Os trabalhadores imersos no processo de produção capitalista, tanto pelas exigências da nova organização do trabalho como pelas ‘necessidades pessoais’, somente refletem sobre o processo saúde-doença e a relação deste com o trabalho – ou seja, sobre o contexto do seu processo de afastamento – quando adoecidos. A relação com o trabalho é íntima, singular, e isto foi observado durante o desenvolvimento da pesquisa. Compreende-se, ainda, que os trabalhadores realizam uma entrega nesta relação.

A concorrência no mercado de trabalho

é massiva, e os trabalhadores não se sentem protegidos pelos direitos do trabalho, principalmente, na atual conjuntura de retirada destes, e, assim, temem o desemprego. Desta maneira, se submetem a determinadas atitudes que retroalimentam o capital. Ou seja, como relataram a partir de uma das músicas que foram utilizadas como material de estímulo – ‘Admirável gado novo’ –, são peças que compõem a engrenagem do sistema capitalista. Refletem a conjuntura da nova organização do trabalho, e tal contexto dialoga com o que é afirmado por Antunes¹⁶, que define a organização do trabalho como precarizada, opressora e concorrente, ou seja, característica da política neoliberal no mundo atual.

No entanto, quando os trabalhadores se deparam com a realidade de não mais ‘funcionarem nessa engrenagem’ do sistema capitalista, começam a refletir e questionar esse processo de ‘entrega ao trabalho’ e da superexploração. Apontam, na pesquisa, o arrependimento e a descoberta da fragilidade que também possuem, mas que, consciente ou inconscientemente, negam, devido à ideologia masculina ainda presente na sociedade, conforme apresentado por Boris et al.¹² ao longo da pesquisa.

Exemplo desse fato, influenciado tanto pela ordem do capital como pela ‘cobrança social’, está o presenteísmo citado anteriormente por Paschoalin¹⁹, que se refere à permanência do trabalhador no ambiente de trabalho mesmo com dores/doentes, assim recorrendo a automedicações, à coragem e à resistência como exigências do ser ‘homem’, viril, nas relações de trabalho e interpessoais, sobretudo na família.

O trabalhador, ao se colocar no centro da discussão, em relação à organização do trabalho e o seu processo de afastamento, apresenta um conjunto de situações que o fragiliza demasiadamente e, assim, o dificulta a enxergar novas perspectivas de vida.

Seligmann Silva²¹ apresenta estudos sobre como a organização atual do trabalho coloca

os trabalhadores em constante desgaste, sofrimento e adoecimentos. Alguns depoimentos dos trabalhadores do setor siderúrgico corroboram as reflexões feitas pelos trabalhadores no estudo em questão. Estes trazem em suas falas a obrigatoriedade das horas-extras, se expressam sobre o medo de falar de suas dores e perder o emprego, e sobre a necessidade de cumprir com as metas exigidas pelas empresas do setor estudado.

É importante salientar que este estudo possibilitou um olhar a desvelar o que parece óbvio, saindo do reducionismo, das generalizações. Conceitos foram afirmados pela própria classe trabalhadora, e outros foram (e ainda estão sendo) revisitados por novas reflexões, considerando a realidade daqueles que, de fato, estão vivenciando as dores de serem retirados do trabalho e inseridos em um serviço da previdência social, no caso, a reabilitação profissional. A intervenção possibilitou reflexões sobre os limites da atuação

profissional frente a essa realidade perversa do sistema capitalista, na qual a pesquisadora também assume o papel de trabalhadora.

Esse processo de constante construção é compreendido como de educação e educação em saúde, pois os trabalhadores relataram terem suas angústias acolhidas no espaço de grupo, o que lhes possibilitou dividir situações semelhantes, bem como conhecer situações que os empoderaram, no sentido de iniciarem o pensamento para novas conquistas, mudanças ou, simplesmente, repensarem conceitos.

Além disso, observa-se que os trabalhadores refletiram sobre a relação de trabalho e o processo de saúde-doença, compreendendo a integralidade do sujeito, apreendendo que ocorreu a educação em saúde e a reflexão sobre o 'ser trabalhador' em uma sociedade capitalista e opressora, e a discussão dessa problemática possibilitou-lhes o repensar de suas funções. ■

Referências

1. Brasil. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União. 6 Maio 1999 [acesso em 2014 nov 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm.
2. Brasil. Instituto Nacional do Seguro Social. Despacho Decisório nº 2 DISART/INSS [acesso em 2014 nov 10]. Brasília, DF: INSS, 2011. Disponível em: http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/436806/RESPOSTA_PEDIDO_despacho_decisorio_2_dirsat.pdf.
3. Brasil. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências [acesso em 2014 nov 10]. Diário Oficial da União. 24 Jul 1991. Não paginado. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm.
4. Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho: AEAT 2015. Brasília, DF: Ministério da Fazenda; 2015. v. 1.
5. Guarulhos [internet]. Prefeitura de Guarulhos; c2016 [acesso em 2016 jan 16]. Disponível em:

- <http://www.guarulhos.sp.gov.br>.
6. Brasil [internet]. Ministério da Fazenda. Secretaria de Previdência [acesso em 2013 out 7]. Disponível em: <http://www.mpas.gov.br>
 7. Antunes R, Alves G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. *Educ. Soc.* 2004 Maio-Ago; 25(87):335-351.
 8. Antunes C. Trabalho, alienação e crise estrutural do capital: bases do receituário neoliberal. In: Navarro L, Lourenço EAS, organizadoras. *O avesso do trabalho III: saúde do trabalhador e questões contemporâneas*. 1. ed. São Paulo: Outras Expressões; 2013. p. 353-366.
 9. Silva JPC, Ferreira LS, Almeida BLF. A nova organização do trabalho e a saúde do trabalhador [internet]. In: *Anais do 5º Encontro Internacional e 12º Nacional de Política Social*; 2017 Jun 5-8. Vitória: Periódicos UFES, 2017 [acesso em 2018 mar 11]. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/EINPS/index>.
 10. Braga R. O golpe parlamentar e o fim da sociedade salarial no Brasil. *IdeAS*. 2017/2018 [acesso em 2018 mar 11]; 10:1-6. Disponível em: <http://journals.openedition.org/ideas/2220>.
 11. Saffioti H. *O poder do macho*. 2. ed. São Paulo: Moderna; 1987.
 12. Boris GDJB, Bloc LG, Teófilo MCC. Os rituais da construção da subjetividade masculina: o público e o privado. *Público Priv*. 2012; (19):17-31.
 13. Paulon SM, Romagnolin RC. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. *Estud. Pesqui. Psicol.* 2010; 10(1):85-102.
 14. Amaral MA, Fonseca RMGS. A oficina de trabalho como estratégia educativa com adolescentes na área da sexualidade. *REME Ver. Min. Enferm [internet]*. 2005 [acesso em 2014 jan 15]; 9(2):168-173. Disponível em: <http://www.reme.org.br/sumario/32>.
 15. Lefèvre F, Lefréve AMC. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: Educus; 2003.
 16. Antunes R. A corrosão do trabalho e a precarização estrutural. In: Navarro L, Lourenço EAS, organizadoras. *O avesso do trabalho III: saúde do trabalhador e questões contemporâneas*. 1. ed. São Paulo: Outras Expressões; 2013. p. 21-28.
 17. Lourenço EAS. *Na trilha da saúde do trabalhador: a experiência de Franca/SP*. Franca: UNESP/FHDSS; 2009.
 18. Remijo AP. A situação da classe trabalhadora no Brasil: sob o prisma de Rui Marini a superexploração do trabalho. In: Lourenço EAS. *Saúde do Trabalhador: desafios para a Seguridade Social e Movimento Sindical*. São Paulo: Unesp; 2012. p. 35-44.
 19. Paschoalin HC. *Presente no Trabalho mesmo doente: o presenteísmo na enfermagem [tese]*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2012. 170 p.
 20. Dejours C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5. ed. São Paulo: Cortez; 1992.
 21. Silva ES. *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser o dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez; 2011.

Recebido em 05/11/2017
Aprovado em 18/03/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Afastamento do trabalho e os percursos terapêuticos de trabalhadores acometidos por LER/Dort

Work leave and therapeutic pathways of workers affected by RSI/WRMSD

Camilla de Paula Zavarizzi¹, Maria do Carmo Baracho de Alencar²

RESUMO O estudo objetivou investigar os percursos terapêuticos de trabalhadores em situação de afastamento do trabalho por Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/Dort) atendidos em um serviço de saúde. Ocorreu análise de prontuários clínicos e seleção de sujeitos para entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas para análise de conteúdo temática. Participaram das entrevistas dez trabalhadores, de ambos os gêneros e diferentes profissões. Os sujeitos passaram por condutas clínicas embasadas no modelo biomédico, pelo desamparo da empresa e do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), gerando sofrimento. Concluiu-se que ainda há necessidade de melhorias nas ações intersetoriais e interdisciplinares em casos de doenças crônicas e no modelo integral de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Transtornos traumáticos cumulativos. Saúde do trabalhador. Licença médica. Reabilitação.

ABSTRACT The aim of this study was to investigate the therapeutic pathways of workers in work leave situation due to Repetitive Strain Injuries/Work-Related Musculoskeletal Disorders (RSI/WRMSD) assisted at a health service. Analysis of clinical records occurred and selection of subjects for recorded semi-structured interviews, which were recorded for thematic content analysis. Ten workers participated in the interviews, of both genders and different professions. The subjects underwent clinical conducts based on the biomedical model, due to the helplessness of the company and the National Social Security Institute (INSS), causing suffering. It was concluded that there is still a need for improvements in intersectoral and interdisciplinary actions in cases of chronic diseases and in the integral health model.

KEYWORDS Cumulative trauma disorders. Occupational health. Sick leave. Rehabilitation.

¹Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – Santos (SP), Brasil. milla_zavarizzi@hotmail.com

²Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Programa Interdisciplinar em Ciências da Saúde – Santos (SP), Brasil. alencar@unifesp.br

Introdução

Uma crise contemporânea se manifesta em todos os países do mundo nos sistemas de atenção à saúde, com o aumento de condições crônicas de saúde¹. Para Mendes¹, o contexto brasileiro vive uma acelerada transição nos campos político, social, econômico, demográfico e epidemiológico, tais como o crescimento de enfermidades de origens não infecciosas/transmissíveis e de etiologia incerta, resultantes, entre outros fatores, da reestruturação produtiva e do acelerado envelhecimento da população. Sobre a reestruturação produtiva, o enfraquecimento da coletividade entre os trabalhadores nas novas relações trabalhistas – como, por exemplo, a terceirização, somada a condições de trabalho ruins – repercute negativamente na saúde dos trabalhadores. Além, disso, há, ainda, o cenário de ascensão do ideário neoliberal, onde o mercado aparece como regulador da sociedade².

Essas mudanças e os novos modos de organização do trabalho têm repercutido negativamente na saúde dos trabalhadores, ocasionando diversas formas de adoecimento. De caráter crônico, as Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/Dort), frequentemente, implicam sucessivos afastamentos do trabalho por curtos e/ou longos períodos, bem como limitações em atividades cotidianas³. As LER/Dort se caracterizam por lesões de músculos, tendões, fâscias, nervos, entre outros, com sintomas de dor, parestesia, sensação de peso etc. É de aparecimento insidioso, e sua etiologia é multifatorial e complexa, envolvendo aspectos biomecânicos, cognitivos, sensoriais, afetivos e psicossociais e fatores relacionados às condições e à organização do trabalho⁴. As doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo foram a segunda maior causa de concessão de auxílio-doença por acidente de trabalho na previdência social⁵. Esses distúrbios osteomusculares se constituem um

problema de saúde pública no mundo pela redução da qualidade de vida e da capacidade para o trabalho³.

As LER/Dort evoluem, muitas vezes, para casos crônicos⁶. E o sistema de saúde brasileiro encontra-se focado na doença aguda, e não nas doenças crônicas, sendo assim, as condições crônicas não podem ser respondidas com eficiência, efetividade e qualidade. Os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles reativos e com respostas episódicas, que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e com pouca comunicação. Como consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população¹.

Com relação à abordagem de tratamento dos casos de LER/Dort, ela está fortemente influenciada pelo modelo biomédico⁷. O modelo biomédico resulta em práticas assistenciais de saúde fragmentadas, pois dicotomiza a doença em aspectos objetivos e subjetivos, focando nos aspectos objetivos, ou seja, em lesões observáveis, sintomas mensuráveis e causas classificáveis, tendo como centro de atenção a doença, e não o indivíduo⁸. O modelo biomédico estimula os médicos a aderir a um comportamento cartesiano na separação entre o observador e o observado, muitas vezes, pela impossibilidade de oferecer respostas conclusivas ou satisfatórias para muitos problemas, sobretudo para componentes psicológicos ou subjetivos que os acompanham, em grau maior ou menor que as doenças⁹. Ainda para este autor, em favor da reorientação do modelo econômico fundado no neoliberalismo, o modelo médico-assistencial, servindo ao modelo biomédico, tende a buscar os interesses do mercado.

Com a Constituição Brasileira e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo de atenção à saúde foi reorganizado a partir de um conceito integral de saúde, ou seja, levando-se em consideração os aspectos biopsicossociais dos processos saúde-doença. Em contrapartida, o que se



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

vê ainda na prática são ofertas terapêuticas orientadas pelo modelo biomédico¹⁰. Mesmo que muitos profissionais médicos cheguem a admitir a presença de componentes de ordem subjetiva ou afetiva, que exercem influência em casos de doenças, eles não se sentem à vontade, via de regra, para lidar com os mesmos⁹.

Sendo assim, a visão estritamente fisiopatológica nos casos de LER/Dort não é resolutive e acarreta períodos extensos de tratamento, sobrecarregando os serviços públicos de saúde e repercutindo negativamente nos âmbitos emocional e socioeconômico dos trabalhadores¹¹. Além disso, esse modelo de atenção focado na doença, em geral, individualiza o adoecimento, o que, na verdade, trata-se de um problema estrutural e coletivo. Para que se possa refletir sobre o tema, cabe destacar alguns fatos históricos. Os cuidados de saúde voltados ao trabalhador eram, até meados da década de 1980, de responsabilidade exclusiva do empregador e sob o modelo da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, cujo enfoque privilegia a visão individual do adoecimento, e o diagnóstico e o tratamento, sob o ponto de vista positivista¹². Os limites epistemológicos desse modelo impossibilitam considerar os aspectos relacionados à organização/divisão do trabalho nos processos de adoecimento, tais como: o ritmo, o trabalho em turnos, modos de divisão do trabalho, entre outros¹³.

A partir do contexto da redemocratização social, da reorganização da saúde e da influência da Reforma Sanitária na Itália, nos anos 1970, uma nova visão sanitária passou a formular concepções sobre as relações de trabalho, saúde e doença, considerando, também, a determinação social nesse processo¹². Mas foi em 1988 que o Estado, através do SUS, passou a ter competência legal sobre o processo saúde-doença relacionado ao trabalho, com a Constituição Federal, no artigo 200 – Ações relacionadas à saúde dos trabalhadores –, endossado pela regulamentação do SUS, com a Lei nº 8.080, de 1990¹⁴.

Esses autores explicam que, posteriormente, a Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (Renast), criada em 2002, e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), de 2012, foram estratégias criadas para garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador na Rede de Atenção à Saúde (RAS), com a Atenção Primária à Saúde sendo a ordenadora das ações. Embora haja avanços e estratégias, ainda há uma dificuldade de os profissionais de saúde considerarem o trabalho como parte do processo saúde e doença dos sujeitos, e, diante dessa problemática, o processo de cuidado e reabilitação dos trabalhadores acometidos por LER/Dort se torna um desafio.

Ainda existe, em geral, uma dificuldade em estabelecer onexo causal entre a doença e o trabalho no caso das LER/Dort, e, com isso, o registro oficial da doença nem sempre é obtido¹⁵. Quando um acidente ou uma doença é reconhecido como decorrente do trabalho, a empresa deve emitir o Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Quando isso não ocorre, o próprio acidentado, seus dependentes, o sindicato, o médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública poderão realizá-lo a qualquer tempo. Esse documento visa a garantir o acesso ao benefício auxílio-doença acidentário, o qual garante ao trabalhador 12 meses de estabilidade na empresa quando retornar ao trabalho, entre outros¹⁶. Além disso, seu registro é fonte importante de informações epidemiológicas. Vale ressaltar que os CATs se referem apenas aos trabalhadores cobertos pelo Seguro Acidente de Trabalho (SAT), sendo, portanto, excluídos dessa fonte de dados os trabalhadores autônomos, domésticos, funcionários públicos estatutários, subempregados, muitos trabalhadores rurais, entre outros. A subnotificação dos dados impede que os números estatísticos relacionados aos acidentes de trabalho correspondam à realidade¹⁵.

Uma vez em situação de afastamento do trabalho por motivo de doença, os trabalhadores vivenciam um processo de rupturas importantes nos modos de viver e de trabalhar¹⁷. Portanto, o processo de afastamento do trabalho desestrutura a identidade do indivíduo, uma vez que impede o reconhecimento de seu papel social e por atribuir a ele um papel de doente. E cabe ressaltar o quanto o capitalismo contemporâneo valoriza o trabalhador produtivo, gerando, muitas vezes, processos socialmente excludentes em casos de adoecimento relacionado ao trabalho.

O objetivo deste estudo foi o de investigar os percursos terapêuticos de trabalhadores em situação de afastamento do trabalho e acometidos por LER/Dort atendidos em um serviço de saúde.

Métodos

O estudo é exploratório, descritivo, retrospectivo e com ênfase em resultados qualitativos. O estudo teve duas etapas e foi realizado no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) da região Leste (CRST-Leste), no município de São Paulo. O município de São Paulo possui 06 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), sendo um em cada macrorregião de saúde do município: região Oeste, Sudeste, Sul, Norte, Centro e Leste, respectivamente, tendo sido implantados no período entre os anos de 1989 e 1992.

Na primeira etapa deste estudo, foi obtida uma listagem e análise documental de prontuários abertos no período de 01 de janeiro de 2014 a 30 de junho de 2015 de trabalhadores atendidos nesse serviço, e para a seleção de sujeitos para a segunda etapa do estudo. Os critérios de seleção foram: registros de queixas de sintomas osteomusculares e relacionados ao trabalho, com diagnóstico clínico estabelecido para o grupo 'transtornos dos tecidos moles', da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), e que

havam vivenciado a situação de afastamento do trabalho pelo INSS por motivo da doença.

Na segunda etapa, os trabalhadores foram contatados por telefone, e ocorreram o convite para a participação voluntária no estudo e os agendamentos. Foi elaborado previamente um roteiro com questões semiestruturadas para a realização de entrevistas individuais. Foram investigados nas entrevistas: origem dos encaminhamentos à unidade, sintomas clínicos da doença durante o trabalho, procura dos atendimentos e serviços de saúde, encaminhamentos, exames realizados, entre outros. A escolha de entrevistas individuais se deu pela importância da escuta e pela possibilidade de analisar as experiências individuais vivenciadas pelos trabalhadores. As entrevistas ocorreram em sala apropriada na unidade no CRST-Leste e foram gravadas e transcritas na íntegra, para análise de conteúdo temática¹⁷. Segundo a autora, é uma prática de pesquisa qualitativa metodologicamente orientada, a qual pressupõe algumas etapas: pré-análise; exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados; inferência; e interpretação. Primeiramente, ocorreu uma leitura flutuante e exaustiva dos depoimentos, e, posteriormente, a análise dos dados e a definição das categorias temáticas.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). E a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), sob nº 1.666.746.

Resultados e discussão

Da primeira etapa, foram abertos, no período considerado, um total de 642 prontuários, e selecionados apenas 66, que atenderam aos critérios de seleção do estudo. Dos prontuários analisados, 66,4% (429) eram de sujeitos que exerciam a função de agentes de zoonoses da Zona Leste do município de

São Paulo e que foram atendidos na Unidade nesse período através do Programa de Saúde do Trabalhador e de Controle de Zoonoses e Animais Sinantrópicos (PST CZAS), da Secretaria Municipal de Saúde, de São Paulo. Sugere-se que esses dados sejam analisados em futuras pesquisas.

Com relação às formas de encaminhamento ao serviço, dos prontuários selecionados, identificou-se o seguinte: vieram de sindicatos (31,8%), serviços de saúde (19,7%), demanda espontânea (13,6%), indicação de município (13,6%), entre outras. O baixo número de encaminhamentos de serviços de saúde públicos pode indicar a pouca articulação, tão necessária, com a Rede de Atenção em Saúde. Dos prontuários analisados, a maioria dos sujeitos era do gênero feminino (60,3%). O fato de as mulheres serem mais acometidas por LER/Dort foi corroborado em outros estudos^{6,19}. Não há um consenso sobre os motivos, mas há explicações relacionadas à divisão sexual do trabalho por relações de gênero e, também, devido à dupla jornada de trabalho (15). Ainda, segundo Houvet e Obert⁶, as mulheres procuram mais os serviços de saúde. A média de idade dos sujeitos foi de 46,0 anos (DP=10,6), com escolaridade baixa (44,0%), sendo considerado nível baixo até o ensino médio incompleto. Com relação à baixa escolaridade, esta pode ser associada à exposição às condições insatisfatórias de trabalho, decorrentes das oportunidades de trabalho³.

Da segunda etapa das entrevistas, participaram dez (10) sujeitos, sendo quatro (4) do gênero masculino e seis (6) do gênero feminino, com idades entre 35 e 58 anos. A maioria dos trabalhadores estava, no momento das entrevistas, em situação de desemprego (6), dois (2) estavam ativos e dois (2) em situação de afastamento do trabalho pelo INSS. O tempo de afastamento do trabalho pelo INSS variou de 1 mês a 9 anos, onde alguns sujeitos estavam, por um longo período, em situação de afastamento do trabalho (3). As profissões foram variadas. Entre elas: ajudante de

motorista (1), encarregada de sessão de costura (1), operador de máquinas (1), balconista (1), operador de escavadeira (1), costureira (1), faxineira (1), bancária (1), auxiliar de serviços gerais (1) e auxiliar de cozinha (1).

Para preservar a identificação dos sujeitos, foram utilizados nomes fictícios. A partir da análise das entrevistas, surgiram quatro categorias temáticas: o agravamento da doença e a procura por assistência; a luta pela comprovação da doença; os tratamentos e o modelo biomédico; e INSS e sofrimento.

O agravamento da doença e a procura por assistência

Os primeiros sintomas que os trabalhadores relataram foram dores osteomusculares, que consideravam leves, inicialmente, e que ocorriam, em geral, durante a realização das tarefas de trabalho ou no final da jornada de trabalho.

[...] começa a dar aquelas fisgadas, e, aí, no caso, você está sentindo dor, mas você acha que é uma dor passageira. (Jailson, operador de retroescavadeira).

A dor, enquanto não impunha alguma limitação nas atividades de trabalho, era aparentemente ‘naturalizada’. A dor é um sintoma que não é possível mensurar objetivamente e, frequentemente, refere-se, também, a um sofrimento relacionado ao trabalho. Sendo assim, gestos acelerados podem ser estratégias de defesa, e alguns trabalhadores aumentam as cargas produtivas, na tentativa de satisfazer as necessidades do contexto de produção, em busca de reconhecimento pelo trabalho²⁰.

E quando a dor começou a repercutir nas atividades da vida diária, incluindo as laborais, os sujeitos passaram a praticar a automedicação.

[...] Ah, isso que é bom pra dor? Dorflex, Paracetamol, Voltaren, então é isso... até não dar mais... até o dia que eu cheguei e não conseguia pentear o cabelo! (Eliane, diarista).

A automedicação para alívio de sintomas dolorosos e para o atendimento das demandas de trabalho é citada em outros estudos^{10,20,21}. E os medicamentos mais utilizados pelos entrevistados foram os anti-inflamatórios e relaxantes musculares, que são geralmente os medicamentos de fácil obtenção em farmácias.

Também há por parte dos trabalhadores o medo de se mostrarem doentes e do desemprego, fazendo com que permaneçam nessa condição e, com isso, retardando a procura pelo atendimento em saúde.

[...] o chefe fica olhando como se você tivesse fazendo corpo mole, então você ficava ali trabalhando [...] quando era época de corte, você sabia que podia ser mandado embora. (Vagner, operador de máquinas).

O medo do desemprego pode levar o trabalhador a se desligar tanto dos sofrimentos físico e psíquico quanto dos seus pares, conduzindo ao individualismo e à submissão aos riscos do trabalho². O silêncio coletivo com relação à doença e ao sofrimento no trabalho é uma estratégia de defesa que protege o trabalhador da angústia pelo medo das consequências da doença¹³. Com isso e diante das exigências neoliberais e capitalistas para manutenção do emprego, os casos foram se agravando, sem a devida atenção à saúde dos trabalhadores. Em um cenário de maior competitividade, as empresas, visando à redução de custos da produção, à melhoria da qualidade de produtos, serviços e da produtividade, investiram em mudanças de ordem tecnológica e organizacional, que repercutiram negativamente nas relações e condições de trabalho².

Os sinais de incapacidade para continuar a dar conta das exigências de trabalho começaram a se desvelar, surgindo dificuldades especialmente em se manter o ritmo de trabalho e a qualidade, gerando medo, insegurança e angústia.

[...] já não tava conseguindo firmar o tecido, né?, para manter a costura, aí eu falei para o patrão: 'amanhã não venho, porque vou ao médico. Minha mão está doendo muito!'. (Adelaide, costureira).

Ocorrem, então, os primeiros indícios de uma identidade de doente, marcada pelas incertezas quanto ao desempenho laboral no trabalho e pelo sofrimento gerado⁷. E diante da condição e da situação dos sujeitos com o agravamento dos sintomas e da cronificação da doença, os serviços de pronto atendimento foram os principais procurados.

[...] ia no pronto-socorro, porque pronto-socorro você pode ir de noite [...] eu fui à noite no pronto-socorro. Eu saía do trabalho e ia para o pronto-socorro de tanta dor! (Paula, bancária).

O serviço de saúde emergencial apareceu como um importante recurso utilizado pelos sujeitos, porém, com limitações significantes quando se pensa em necessidades de um cuidado integral à saúde, pois o atendimento visava apenas a sanar a queixa principal do paciente, a dor. A procura por um serviço de pronto atendimento ocorreu por vários aspectos, segundo os sujeitos: para alguns, por ser uma possibilidade do atendimento em período/turno extralaboral; para outros, pelo atendimento junto ao médico da queixa principal, a dor (a agudização da dor já crônica), ocorrer de modo 'rápido'.

Nos atendimentos, não houve nenhuma recomendação para um afastamento mais prolongado das atividades de trabalho nem sobre restrições das atividades laborais relacionadas aos esforços físicos de risco.

[...] No momento da dor, ele aplicava a injeção e mandava para casa, e dava o atestado do dia e pronto! (Sabrina, encarregada da sessão de costura).

Nesse momento, algumas restrições físicas poderiam ser, talvez, indicadas em

alguns casos, porém, os atendimentos foram considerados rápidos, sem maiores investigações clínicas e com enfoque na questão fisiopatológica da doença. Os medicamentos servem às empresas como uma forma de controle da força de trabalho, agenciada pelo modelo biomédico, possibilitando estender a vida laboral nas condições de trabalho oferecidas¹⁰. Porém, há necessidade de se ter uma atenção à saúde dos profissionais de saúde, que se sentem, muitas vezes, impotentes com relação ao que compreendem que seja o ideal de assistência, e pelo fato de estarem sujeitos aos dispositivos biopolíticos da medicalização²².

Nas empresas onde havia ambulatorios médicos, alguns trabalhadores tinham acesso à medicalização.

[...] eu ia mais para tomar remédio para dor muscular. O médico não passa exame. Falava para eles da dor aqui... então, eles não passaram exames. (Vagner, operador de máquinas).

Minimizando os efeitos deletérios das condições de trabalho e da execução das atividades com dores, os atendimentos também ocorreram com o intuito de medicalizar as dores, sem aprofundamentos acerca de possíveis causas relacionadas ao trabalho. As empresas têm o controle privado da saúde e da segurança dos trabalhadores, a partir dos serviços especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT). Com a participação mínima do Estado nesse controle, as equipes dos SESMT estão subordinadas à vontade e ao mando do empregador para exercerem suas funções, com base na perspectiva neoliberal¹⁰. “Medicalizar a dor pode ser compreendida ainda como uma forma de desqualificar o sofrimento a favor da produção”¹³⁽¹⁵⁸⁾. Além disso, a demanda por medicamentos direciona o fluxo assistencial apenas para o profissional médico, desvalorizando ações multidisciplinares¹⁰.

A luta pela comprovação da doença

Com a frequência de atendimentos em assistência emergencial e a cronicidade dos sintomas e da doença, houve a necessidade de maiores investigações com exames clínicos. A realização desses exames foi o processo inicial para a legitimação da doença.

[...] O médico [ortopedista] mandou fazer a ressonância, aí que ele viu que meu problema era sério, que eu não podia voltar ao trabalho. Foi quando ele me afastou. (Esmeralda, auxiliar de cozinha).

Todos os trabalhadores tiveram exames clínicos cujos resultados comprovaram suas doenças e, portanto, ‘justificaram’ suas queixas dolorosas, legitimando-as. A incansável busca da credibilidade relacionada às queixas foi evidente entre os participantes, haja vista a importância de uma concessão de benefícios previdenciários. A sensação de desconfiança dos profissionais de saúde gera tensionamentos entre os atores envolvidos, inviabilizando estratégias terapêuticas fundamentais para o cuidado, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização pelo tratamento²². Portanto, a partir da constatação e da comprovação da doença e de sua gravidade, por um médico ortopedista, ocorreu o afastamento do trabalho pelo INSS.

Quem possuía assistência exclusivamente pelo SUS teve dificuldade ao acesso rápido a um especialista, devido à demora para conseguir um agendamento de consulta.

[...] eu fiquei numa fila esperando ortopedista 1 ano e 6 meses. Tem como você fazer tratamento assim se você espera tudo isso? [...] aí, eu fui no particular, que eu paguei, foi quando eu fiz esses exames. (Eliane, diarista).

Essa informação corrobora o estudo de Dal Magro, Coutinho e Moré²², que relataram que entre a espera pelo agendamento de consultas médicas e a realização dos exames, os trabalhadores seguem utilizando

fármacos e permanecem expostos aos riscos laborais, o que agrava ainda mais a doença. Ainda, a demora para os agendamentos gerava sofrimento, tendo em vista a importância da assistência à saúde para a garantia de seus direitos. Sendo assim, a partir dos exames e da comprovação da doença, os sujeitos se afastaram do trabalho pelo INSS.

Alguns trabalhadores, mediante a negação do registro do CAT pela empresa, procuraram, então, o atendimento no CRST-Leste, local deste estudo.

[...] ele [colega do sindicato] falou para mim: 'Paula, vê se você não consegue abrir a CAT'. Ele me deu o endereço daqui [...] porque os bancos, eles não dão sequência, eles não assumem que você sofreu isso como acidente de trabalho! (Paula, bancária).

Além da comprovação do diagnóstico clínico, houve a necessidade do reconhecimento da relação entre a doença e o trabalho, e, para isso, o CAT deveria ter sido emitido pela empresa. O fato das LER/Dort surgirem de modo insidioso e apresentarem uma etiologia multifatorial pode contribuir, em geral, para o não registro desse comunicado (CAT). Além disso, as empresas não desejam admitir, em geral, a relação do nexo causal do trabalho com a doença, deixando a cargo do trabalhador essa tarefa de buscar alguma comprovação. A negação do CAT é uma realidade no País, o que se pode inferir pela queda do seu registro a partir de 2007²³. Provavelmente, tal fato ocorre para evitar o ônus com o Fator Acidentário de Prevenção (FAP), em que as empresas tendem a subnotificar os acidentes de trabalho, sobretudo as doenças ocupacionais. Além disso, com a emissão do CAT, são garantidos ao trabalhador afastado do trabalho 12 meses de estabilidade na empresa após o retorno ao trabalho. O FAP é o cálculo de um seguro pago pela empresa para custear aposentadorias especiais e benefícios decorrentes de acidentes de trabalho. As empresas que

registrarem maior número de acidentes ou doenças ocupacionais pagam mais, por outro lado, bonificam-se as empresas que registram acidentalidade menor¹⁶. Ao negar a emissão dos CATs, estão negando as influências dos modos de organização do trabalho nos adoecimentos.

Os tratamentos e o modelo biomédico

Em geral, o tratamento inicial para LER/Dort esteve relacionado ao atendimento médico e ao encaminhamento para a Fisioterapia.

[...] eu esperava, aproximadamente, 1 hora para ser atendido e ficava cerca de 2 minutos no consultório. Então, ele [médico ortopedista do convênio] só me passava fisioterapia, que já estava lá no computador. (Francisco, balconista).

De acordo com os depoimentos, independentemente do tipo de serviço, seja particular, público ou convênio, e da especialidade médica, as condutas foram semelhantes no que se refere ao tempo de atendimento (breve) e às prescrições de medicamentos, análises dos exames e novas solicitações (se necessário), além do encaminhamento para a fisioterapia e/ou cirurgia, conforme os estágios da doença e as especificidades dos casos. Os aspectos psicossociais envolvidos e frequentemente encontrados na situação de afastamento do trabalho e no processo de reabilitação de casos crônicos não foram abordados nem geraram encaminhamentos para outros profissionais capacitados para atender a essas demandas.

Ainda, alguns trabalhadores descreveram um fluxo de reabilitação física sem possibilidades de continuidade, por dificuldades em agendamentos, principalmente para aqueles que tinham acesso à saúde exclusivamente pelo SUS.

[...] fiquei 1 ano e 2 meses esperando a vaga da fisioterapia, aí chega lá faz 4 semanas de

fisioterapia, duas vezes por semana, e acabou, e você vai embora, não tem o que fazer! (Eliane, Diarista).

O fluxo de atendimento foi pautado em um modelo de atendimento por indicação médica, focado na remissão dos sintomas dolorosos da doença. Quando não existe uma linha de cuidado, o usuário faz o seu próprio caminhar pelas redes de serviços, sendo essa prática altamente perversa, podendo levar a erros e induzir ao consumo de procedimentos centrados em exames e medicamentos, produzindo custos elevados²⁴. Além disso, é uma barreira para o retorno ao trabalho²⁵. E a fragmentação das ações em saúde é um reflexo da especialização do conhecimento⁹. A assistência à saúde, dessa forma, encoberta a produção do adoecimento relacionado ao trabalho, tirando a oportunidade dos trabalhadores de revelarem a precarização social produzida pelo capital.

INSS e sofrimento

Nos depoimentos, os sujeitos referiram sobre os modos de atendimento dos médicos peritos.

[...] Ele nem me deu, jogou! Ele olhou e disse: 'o que é isso aqui?'. E jogou [exames]! E disse: 'espera o resultado lá fora'. (Yara, auxiliar de limpeza).

Houve queixas de situações onde ocorreram relações conflituosas e de 'descaso' com o segurado, corroborando outros estudos^{7,21}. No exame pericial, o procedimento foi o de consultar os laudos, relatórios e exames médicos, de forma aparentemente superficial, e desencadeava sentimentos de revolta e indignação, além do medo do resultado final do atendimento (da questão de estar apto ou não ao trabalho).

Ainda, o estabelecimento do nexo causal, por meio do reconhecimento do

CAT no INSS, também foi motivo gerador de angústia e sofrimento.

[...] aí, não fui reconhecido porque o INSS, a médica, nem os papéis nem o exame ela olhou. Já passou por cima, não olhou nada. (Vagner, operador de máquina).

Quando há o reconhecimento pelo INSS, nesse caso, das LER/DORT, da doença ocupacional, o trabalhador recebe o auxílio-doença acidentário (B91) e tem o direito a um ano de estabilidade na empresa, o que não ocorre quando recebe o auxílio-doença previdenciário¹⁶. Dos entrevistados, apenas a metade (n=5) recebeu o auxílio-doença acidentário.

Houve também uma indignação com relação às suas limitações físicas para o trabalho, e os trabalhadores se sentiram humilhados e injustiçados.

[...] ah, você se sente humilhado, né? É horrível! 'Isso é só uma lesão parcial, e você pode trabalhar' [perito]. É meu braço que tá doendo... quem sente a dor sou eu! (Marcos, ajudante de caminhão).

Havia uma desconfiança aparente dos peritos com relação à real situação de comprometimento físico para o trabalho, remetendo novamente à visão reducionista do modelo biomédico, sem considerar as questões psicossociais envolvidas. A avaliação da incapacidade laboral focada no modelo biomédico pode reforçar e influenciar a necessidade de ações fragmentadas e reducionistas no processo de reabilitação^{11,25}. Ainda, mesmo com os sujeitos portando exames e laudos de médicos comprovando a doença, esses documentos não foram considerados, demonstrando os impasses entre os laudos obtidos dos setores da saúde e os da previdência social. Sendo assim, os trabalhadores afastados são constantemente questionados nas perícias, gerando sentimento de impotência, constrangimento e humilhação.

Conclusões

Os percursos terapêuticos, na maioria dos casos, iniciaram-se com a automedicação, que foi uma estratégia de ‘calar’ a dor e o sofrimento, por medo do desemprego e de perder o status social de trabalhador ativo, entre outros. A procura por uma assistência médica ocorreu somente quando o quadro clínico já estava mais agravado, evidenciando a busca preferencial de um serviço emergencial para amenizar o sintoma limitante para o trabalho: a dor. O sintoma, na maioria dos casos, era tratado com a prescrição de analgésicos e anti-inflamatórios, caracterizando o modelo médico-assistencial direcionado à problemática da prescrição de medicamentos e atendendo ao modelo biomédico, em situações onde já havia quadros de agudização de casos já crônicos, levando, ainda, a uma busca talvez tardia por exames laboratoriais. Caracterizando, inclusive, um percurso individual, para um problema de saúde produzido coletivamente.

Também houve dificuldades na comprovação da doença e na busca, pelo próprio trabalhador, de informações sobre a abertura do CAT. E entre os trabalhadores que possuíam convênios médicos e os que utilizavam exclusivamente o SUS, houve diferenças especialmente no que se refere ao tempo de espera para consultas com especialistas e para a realização de exames. Nas condutas clínicas e de reabilitação, houve a abordagem embasada no modelo biomédico, não atendendo às demandas psicossociais envolvidas nos processos de doenças crônicas. Ocorreram situações de humilhação durante as perícias no INSS e desamparo pelas empresas, gerando sofrimento. Além disso, a avaliação no INSS da incapacidade para o trabalho também necessita de revisões.

Há necessidade de ações integradas junto

à saúde, à previdência social e às empresas, para que possam ocorrer melhorias nos processos de reabilitação dos trabalhadores em situação de afastamento do trabalho por LER/Dort. Também é importante dar atenção às políticas públicas, para que sejam mais incisivas na responsabilização das empresas pela produção do adoecimento no trabalho. Porém, agir nas relações entre capital e trabalho pressupõe agir em conflito com as relações de poder políticas e empresariais, sendo que estas últimas visam prioritariamente ao lucro, muitas vezes à custa de exploração da mão de obra de trabalhadores. Além disso, há pouca intervenção do Estado no mercado, como pressupõe o neoliberalismo. Essas são questões que, entre outras, vêm impondo grandes desafios para o campo da saúde do trabalhador.

Este estudo teve limitações no que se refere à baixa amostra, por referir-se a uma população regional, não podendo, portanto, fazer generalizações dos casos. Porém, pretendeu-se ressaltar e refletir sobre as dificuldades encontradas pelos sujeitos acometidos por LER/Dort. Espera-se que futuros estudos possam aprofundar os debates e, especialmente, promover melhorias no cuidado integral à saúde dos trabalhadores acometidos por LER/Dort.

Colaboradores

Camilla de Paula Zavarizzi participou do projeto, da obtenção, da análise, da discussão e da interpretação dos dados, além da elaboração e da revisão do manuscrito.

Maria do Carmo Baracho de Alencar coordenou e orientou a pesquisa, participando da análise, da discussão e da interpretação dos dados, além da elaboração e da revisão do manuscrito. ■

Referências

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2010 Ago; 15(5):2297-305.
2. Merlo ÁRC, Lapis NL. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. *Psicol Soc*. 2007 Abr; 19(1):61-8.
3. Jansson C, Alexanderson K. Sickness absence due to musculoskeletal diagnoses and risk of diagnosis-specific disability pension: A nationwide Swedish prospective cohort study. *Pain*. 2013 Jun; 154(6):933-41.
4. Brasil. Dor relacionada ao trabalho: lesões por esforços repetitivos (LER): distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort). Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. 68 p.
5. Brasil. Anuário Estatístico da Previdência Social. Ministério da Fazenda; Secretaria de Previdência; Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência [internet]. Brasília, DF: MF/DATAPREV; 2015 [acesso em 30 de jan 18]. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2015/08/AEPS-2015-FINAL.pdf>.
6. Houvet P, Obert L. Upper limb cumulative trauma disorders for the orthopaedic surgeon. *Orthop Traumatol Surg Res*. 2013 Fev; 99(1):104-14.
7. Neves RF, Nunes MO. Da legitimação a (res)significação: o itinerário terapêutico de trabalhadores com LER/DORT. *Cien Saúde Coletiva*. 2010 Jan; 15(1):211-20.
8. Guedes CR, Nogueira MI, Camargo Jr. KR. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciênc Saúde Colet*. 2006 Dez; 11(4):1093-103.
9. Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: o que responde o modelo biomédico? *Saúde e Soc*. 2002 Jul; 11(1):67-84.
10. Dal Magro MLP, Coutinho MC. O obscurecimento da dor como dispositivo de controle da força de trabalho frente às LER/Dort: o caso das indústrias de abate e processamento de carnes. *Univ Psychol*. 2013 Dez; 12(4):1197-211.
11. Caetano VC, Cruz DT, Silva GA, et al. O lugar ocupado pela assistência fisioterapêutica: representações sociais de trabalhadores com DORT. *Fisioter em Mov*. 2012 Dez; 25(4):767-76.
12. Lacaz FADC. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2007 Abr; 23(4):757-66.
13. Dejours C. A Loucura do Trabalho. 6th ed. São Paulo: Cortez; 2015. 222 p.
14. Dias EC, Hoefel MDG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2005 Dez; 10(4):817-27.
15. Leite PC, Silva A, Merighi MAB. A mulher trabalhadora de enfermagem e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. *Rev. Esc. enferm. USP*. 2007 Jun; 41(2):287-91.
16. Brasil. Ministério do Trabalho e Previdência Social. Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) [internet]. 2016 [acesso em 27 jul 2016]. Disponível em: <http://www.mtps.gov.br/servicos-do-ministerio/servicos-da-previdencia/mais-procurados/aposentadoria-por-tempo-de-contribuicao/documentos-para-comprovacao-de-tempo-de-contribuicao/comunicacao-de-acidente-de-trabalho-cat>.
17. Ramos MZ, Titttoni J, Nardi HC. A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento

- vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. *Cad. Psicol Soc do Trab.* 2008 Dez; 11(2):209-21.
18. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2010.
 19. Negri JR, Cervený GCO, Montebelo MIL, Teodori RM. Perfil sociodemográfico e ocupacional de trabalhadores com ler/dort: estudo epidemiológico. *Rev. Baiana Saúde Pública.* 2014 Set; 38(3):555-70.
 20. Ghisleni AP, Merlo ÁRC. Trabalhador Contemporâneo e Patologias por Hipersolicitação. *Psicol. Reflexão e Crítica.* 2005 Ago; 18(2):171-6.
 21. Zavarizzi C, Alencar MCB. Aspectos relacionados ao afastamento de bancários por LER/DORT. *Cad. Ter. Ocup. da UFSCar.* 2014 Set/Dez; 22(3):487-96.
 22. Coutinho MC, Santana UF. Relações de poder na atenção à saúde do trabalhador formal: o caso da indústria de abate e processamento de carnes. *Rev. Bras. Saúde ocup.* 2016 Out; 41:e4.
 23. Nasralla E, Souza FP, Souza LP, et al. A influência do nexó técnico epidemiológico previdenciário sobre as notificações de LER/DORT no INSS. *Cad. Educ Saúde e Fisioter.* 2014; 1(1):5-7.
 24. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu).* 2010 Set; 14(34):593-605.
 25. Hubertsson J, Petersson IF, Arvidsson B, et al. Sickness absence in musculoskeletal disorders - patients' experiences of interactions with the social insurance agency and health care. A qualitative study. *BMC Public Health.* 2011 Fev; 11(1):107.

Recebido em 27/09/ 2017
Aprovado em 03/02/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis

The influences of race/color on unfavorable obstetric and neonatal outcomes

Vanessa Cardoso Pacheco¹, Jean Carl Silva², Ana Paula Mariussi³, Monica Roeder Lima⁴, Thiago Ribeiro e Silva⁵

RESUMO Trata-se de um estudo transversal, que avaliou as influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. Foram construídos modelos de regressão logística para cálculo de razão de chance e exame do risco materno e neonatal. As gestantes negras prevaleceram com significância estatística entre aquelas com baixa escolaridade, hipertensão prévia, três ou mais filhos vivos e com ocupação. As gestantes negras não apresentaram maior risco nos desfechos desfavoráveis. A raça/cor não se comporta como um marcador genético ou biológico, mas como construto social, que pode influenciar as condições de saúde enquanto determinante social.

PALAVRAS-CHAVE Desigualdades em saúde. Equidade em saúde. Grupo étnico. Resultado da gravidez. Recém-nascido.

ABSTRACT *This is a cross-sectional study, which evaluated race/color influences on unfavorable obstetric and neonatal outcomes. Logistic regression models were constructed to calculate the odds ratio and to examine maternal and neonatal risk. Black pregnant women prevailed with statistical significance among those with low schooling, previous hypertension, three or more living children and with occupation. Black pregnant women presented no greater risk in unfavorable outcomes. Race/color does not behave as a genetic or biological marker, but as a social construct, which can influence health conditions as a social determinant.*

KEYWORDS *Health differences. Health equity. Ethnic group. Pregnancy result. Newborn.*

¹ Associação Educacional Luterana Bom Jesus (Ielusc), Curso de Graduação em Enfermagem Bom Jesus – Joinville (SC), Brasil. Secretaria Municipal de Saúde de Joinville – Joinville (SC), Brasil. vanessacardoso1981@gmail.com

² Maternidade Darcy Vargas – Joinville (SC), Brasil. Universidade da Região de Joinville (Univille) – Joinville (SC), Brasil. jeancarlssilva@gmail.com

³ Universidade da Região de Joinville (Univille) – Joinville (SC), Brasil. anamariussi@hotmail.com

⁴ Universidade da Região de Joinville (Univille) – Joinville (SC), Brasil. mo_roeder@hotmail.com

⁵ Universidade Positivo – Curitiba (PR), Brasil. sr.thiago.rs@gmail.com

Introdução

Para avaliar as iniquidades em saúde no Brasil, é necessário resgatar as diferenças históricas que determinaram as múltiplas formas de viver, adoecer e morrer no País. As condições de vida da população negra brasileira impactam diretamente na sua saúde, e o racismo institucional, entendido como a incapacidade dos serviços de lidar com as diferenças étnicas, estimula a violação dos direitos humanos, em especial, no tocante às mulheres negras, que sofrem tanto com o sexismo quanto com o racismo¹.

A utilização de categorias raciais para a avaliação das iniquidades em saúde deve considerar essa construção social das diferenças biológicas, e não somente as diferenças genéticas ou geográficas².

Os estudos das categorias de classificação por raça/cor iniciaram no Brasil em 1976, com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, e se intensificaram principalmente nos anos 2000, após acordos firmados na III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata³, realizada em Durban, na África do Sul.

A Política de Atenção Integral à Saúde da População Negra⁴ é resultado das contínuas e intensas ações do movimento negro junto ao Ministério da Saúde, que permitiram avanços no que se refere à utilização do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde, e ampliação da percepção da influência da raça, para além dos riscos físicos, biológicos ou geneticamente determinados, envolvendo as situações de saúde agravadas pelas condições de vida da população negra no Brasil e pela dificuldade de acesso e/ou assistência à saúde adequada.

A raça/cor e a etnia têm sido utilizadas em estudos para medir diferenças sociais, tratamentos e desfechos em saúde. Já foram constatadas diferenças no acesso, atendimento e nos desfechos da condição de saúde devido à raça/cor no Brasil, nos Estados Unidos e no Reino Unido⁵⁻⁷.

O termo raça/cor diz respeito a características fenotípicas, em especial a cor da pele; já a etnia enfatiza as características socioculturais. No Brasil, a classificação oficial de identificação racial utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é baseada na cor da pele e contempla cinco categorias; branca, preta, parda, amarela e indígena⁸.

A morbimortalidade materna da mulher negra pode estar relacionada à predisposição biológica das negras para doenças como hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, mas também aos fatores relacionados à dificuldade de acesso ao sistema de saúde, à baixa qualidade do atendimento (por razões sociais ou de discriminação) e à falta de ações ou de capacitação dos profissionais de saúde voltadas para os riscos específicos aos quais as mulheres negras estão expostas⁹.

Assim, é preciso que estudos que abordem a questão racial na área da saúde no Brasil sejam intensificados, para oferecer subsídios aos profissionais, gestores e à população em geral, a fim de que a assistência à saúde seja mais equânime. O cuidado pode desempenhar um papel importante para atenuar as disparidades em saúde. Portanto, esforços para a melhoria da qualidade, e diretrizes claras para uma prestação de cuidados de pré-natal, parto e pós-parto livre de preconceitos ampliarão o acesso e a qualidade dos cuidados obstétricos para todas as mulheres¹⁰.

Os envolvidos no processo de produção de saúde, sejam eles trabalhadores, gestores ou usuários, devem se apropriar das diferenças encontradas nos indicadores construídos com recorte racial, para que possam adequar os cuidados em saúde e produzir saúde de forma equânime. Partindo deste cenário, este estudo se propôs a avaliar a associação da raça/cor com os desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis, em uma maternidade pública de referência na região Sul do Brasil.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Métodos

Este estudo foi realizado no município de Joinville (SC), na maternidade Darcy Vargas, uma instituição pública estadual de referência na Macrorregião de Joinville, para assistência à saúde integral de mulheres, recém-nascidos e famílias. O hospital dispõe de 132 leitos, sendo 96 obstétricos e, 36 neonatais, dos quais 10 são de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal.

Trata-se de um estudo transversal, no qual foram incluídas todas as gestantes internadas para parto entre outubro de 2014 e setembro de 2015, maiores de 18 anos, idade determinada pela disponibilidade dos dados.

A coleta foi realizada nos relatórios gerados pelo banco de dados da maternidade, com variáveis maternas e do recém-nascido. A raça/cor foi utilizada como variável independente, respeitadas as já mencionadas categorias propostas pelo IBGE: branca, preta, parda, amarela e indígena.

Quanto ao método de identificação, verificou-se baixo grau de discordância entre a autoatribuição e a heteroatribuição. Neste estudo, essa informação foi heterodeclarada, conforme rotina da instituição. Foram comparados os desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis entre gestantes brancas e negras³.

A avaliação dos marcadores de inserção social, utilizou informações do Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e do banco de dados do Sistema IBGE de Recuperação Automática (Sidra), pois este item não é preconizado no banco de dados da maternidade. Já a ausência da variável renda nos bancos utilizados foi uma limitação deste estudo.

Os dados foram tratados estatisticamente, por meio do *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.0. Inicialmente, todas as variáveis foram analisadas descritivamente. Com objetivo de testar a homogeneidade dos grupos em relação às proporções, foi utilizado ou o teste Qui-quadrado ou o teste exato de Fisher,

para frequências menores do que 5.

As variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde foram: idade (em anos completos agrupadas em quatro faixas etárias: <20, 21 a 29, 30 a 34, >34 anos); escolaridade (agrupada em analfabeto, alfabetizado, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto e ensino superior completo); estado civil (com ou sem companheiro); ocupação atual (formal ou informal) com ocupação, sem ocupação, aposentada; número de filhos vivos ≥ 3 , >3; número de filhos mortos ≤ 2 , >2; número de consultas de pré-natal: ≤ 6 , >6; doenças anteriores à gestação: hipertensão crônica, diabetes pré-gestacional.

Para a análise univariada, foram utilizadas as variáveis desfecho doenças gestacionais: diabetes gestacional, hipertensão gestacional; tipo de parto: vaginal, cesárea; idade gestacional <37, 37 a 41, >41 semanas; peso ao nascer: <2.500, 2.500 a 4.000, >4.000 gramas; apgar no 1º e 5º minutos <7, ≥ 7 ; malformação (presente, ausente); e óbito perinatal (presente, ausente).

Foram construídos modelos de regressão logística multivariada para cálculo de razão de chance, de modo a examinar o risco materno nos desfechos desfavoráveis avaliados: diabetes gestacional, hipertensão gestacional; parto cesárea; prematuridade <37 semanas; baixo peso <2.500 gramas; macrosomia >4.000 gramas, apgar 1º e 5º minutos <7; malformação e óbito perinatal. Foram ajustados os potenciais efeitos das variáveis de confusão: idade, escolaridade, estado civil, ocupação, filhos mortos, consulta pré-natal e doenças anteriores. Intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram estabelecidos, sendo considerados valores significativos quando $p < 0,05$.

O projeto foi submetido à avaliação do comitê de ética da Universidade da Região de Joinville e foi aprovado com o parecer número 1.210.357. O sigilo das informações foi garantido durante a utilização dos dados

coletados, que permanecerão sob posse e guarda dos pesquisadores e, após cinco anos da publicação, serão apagados do meio digital.

Resultados

No período estudado, foram avaliadas informações de 5.289 participantes de gestação única, com 4.557 (86,2%) declaradas como raça/cor branca e 732 (13,8%), negra (pretas mais pardas). Foram excluídas 89 gestações gemelares e 2 foram declaradas como amarelas.

As variáveis ocupação, número de filhos

vivos, mortos e estado civil tiveram uma perda de 10% em relação às demais, pois foram obtidas de banco de dados diferentes, o que configurou uma limitação do estudo.

A faixa etária prevalente ficou entre 21 e 29 anos, sem diferenças significativas por raça/cor. Já a escolaridade apresentou diferença significativa ($p < 0,01$), com maior prevalência das gestantes negras entre aquelas alfabetizadas e com ensino fundamental incompleto e completo, invertendo a prevalência, para as brancas, entre aquelas com ensino médio completo e ensino superior completo, conforme disposto na *tabela 1*.

Tabela 1. Características sociodemográficas e de saúde das gestantes, de acordo com a raça/cor. Joinville, Santa Catarina, Brasil, 2014-2015

	Branças N=4557 (%)	Negras N=732 (%)	Valor de p
Idade (anos)			
≤20	979 (21,5)	166 (22,7)	0,48*
21-29	2.172 (47,7)	335 (45,8)	
30-34	808 (17,7)	123 (16,8)	
>34	598 (13,1)	108 (14,8)	
Escolaridade			
Analfabeta	4 (0,1)	2 (0,3)	<0,01†
Alfabetizada	86 (1,9)	32 (4,4)	
Fundamental incompleto	790 (17,3)	184 (25,1)	
Fundamental completo	926 (20,3)	196 (26,8)	
Médio incompleto	586 (12,9)	92 (12,6)	
Médio completo	1.736 (38,1)	196 (26,8)	
Superior incompleto	171 (3,8)	14 (1,9)	
Superior completo	257 (5,6)	15 (2)	
Estado civil			
Sem companheiro	829 (18,2)	150 (20,5)	0,06*
Com companheiro	3.249 (71,3)	489 (66,8)	
Ocupação			
Com ocupação	1.943 (42,6)	344 (47)	<0,01†
Sem ocupação	2.131 (46,8)	293 (40)	
Aposentada	4 (0,1)	2 (0,3)	
Número de filhos vivos			
≤3	3.623 (79,5)	522 (71,3)	<0,01*
>3	455 (10)	117 (16)	

Tabela 1. (cont.)

Número de filhos mortos			
≤2	3.944 (86,5)	619 (84,6)	<0,83*
>2	134 (2,9)	20 (2,7)	
Número de consultas pré-natais			
≤6	228 (5)	36 (4,9)	0,97*
>6	3.431 (75,3)	538 (73,5)	
Doenças anteriores à gestação			
Hipertensão crônica	129 (2,8)	31 (4,2)	0,04†
Diabetes pré-gestacional	33 (0,7)	9 (1,2)	0,15†

Fonte: Elaboração própria.

Testes estatísticos: *Qui-Quadrado; †exato de Fischer.

Entre as participantes, 3.738 (79%) viviam com companheiro, sem significância estatística por raça/cor. Estavam sem ocupação 2.424 (51%) delas, com diferença significativa, ($p<0,01$), sendo as gestantes negras a maioria entre aquelas com ocupação.

Já em relação ao número de filhos, 4.145 (88%) tinham menos de três vivos, com diferenças estatisticamente significantes ($p<0,01$) por raça/cor, estando as negras entre aquelas com mais de três filhos vivos; e 4.563 (97%) das participantes, com menos de dois filhos mortos, como disposto.

Entre as participantes, 3% tinham hipertensão crônica. Nas gestantes negras, esse percentual sobe para 4,2%, com significância

estatística ($p=0,04$). Vale, ainda, registrar que 42 (1%) gestantes tinham diabetes pré-gestacional e 3.969 (84%) realizaram mais de seis consultas de pré-natal.

A *tabela 2* apresenta a análise univariada dos desfechos obstétricos e neonatais; as participantes apresentaram 7% de diabetes gestacional, 5% de hipertensão gestacional, 62% tiveram parto cesárea, 92% com idade gestacional em 37 e 41 semanas. Quanto ao peso de nascimento, 86% dos recém-nascidos apresentaram peso adequado, com 96% apresentando apgar ≥ 7 no 5º minuto. Nenhum dos desfechos apresentou diferença significativa segundo raça/cor.

Tabela 2. Análise univariada dos desfechos gestacionais e perinatais, de acordo com a raça/cor. Joinville, Santa Catarina, Brasil, 2014-2015

	Brancas N=4557 (%)	Negras N=732 (%)	Valor de p
Doenças gestacionais			
Diabetes gestacional	297 (6,5)	54 (7,4)	0,38*
Hipertensão gestacional	215 (4,7)	40 (5,5)	0,38*
Tipo de parto			
Vaginal	1.214 (26,6)	200 (27,3)	0,98*
Cesárea	2.830 (62,1)	467 (63,8)	
Idade gestacional			
<37	371 (8,1)	59 (8,1)	0,78†
37-41	4.183 (91,8)	673 (91,9)	
>41	3 (0,1)	0 (0)	

Tabela 2. (cont.)

Peso ao nascimento (gr)			
<2.500	330 (7,2)	48 (6,6)	
2.500-4000	3.944 (86,5)	634 (86,6)	0,671*
>4.000	283 (6,2)	50 (6,8)	
Apgar ao 1º minuto			
<7	879 (19,3)	157 (20,1)	
≥7	3.637 (79,8)	574 (78,4)	0,56*
Apgar ao 5º minuto			
<7	150 (3,3)	21 (2,9)	
≥7	4.366 (95,8)	699 (95,5)	0,57†
Malformação congênita			
	15 (0,3)	4 (0,5)	0,36†
Óbito			
Natimorto	41 (0,9)	10 (1,4)	0,231†
Neomorto	6 (0,1)	0 (0)	

Fonte: Elaboração própria.

Testes estatísticos: *Qui-Quadrado; †exato de Fischer.

Para a avaliação da razão de chance dos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis segundo raça/cor, foi realizada uma análise multivariada, com ajuste de potenciais efeitos

das variáveis de confusão, conforme *tabela 3*. As variáveis de confusão utilizadas foram escolhidas considerando sua conhecida relação com os desfechos avaliados.

Tabela 3. Análise multivariada dos desfechos obstétricos e neonatais, de acordo com a raça/cor. Joinville, Santa Catarina, Brasil, 2014-2015

	Grupo (Raça/cor)	N (%)	OR Bruto (IC95%)	Valor de p	OR Ajustado (IC95%)	Valor de p
Diabetes gestacional	Branca	297 (6,5)	-	-	-	-
	Negra	54 (7,4)	0,87 (0,64-1,18)	0,38	1,06 (0,70-1,60)	0,77
Hipertensão gestacional	Branca	215 (4,7)	-	-	-	-
	Negra	40 (5,5)	1,16 (0,82-1,65)	0,38	1,18 (0,72-1,94)	0,49
Parto cesáreo	Branca	2.830 (62,1)	-	-	-	-
	Negra	467 (63,8)	0,99 (0,84-1,19)	0,98	1,10 (0,87-1,37)	0,40
Prematuridade	Branca	371 (8,1)	-	-	-	-
	Negra	59 (8,1)	0,98 (0,74-1,31)	0,93	1,29 (0,83-2,01)	0,24
Baixo peso ao nascer	Branca	330 (7,2)	-	-	-	-
	Negra	48 (6,6)	0,82 (0,53-1,26)	0,37	0,72 (0,38-1,37)	0,32
Macrossomia	Branca	283 (6,2)	-	-	-	-
	Negra	50 (6,8)	0,91 (0,66-1,24)	0,55	0,96 (0,64-1,44)	0,86
Apgar 1º <7	Branca	879 (19,3)	-	-	-	-
	Negra	157 (20,1)	1,06 (0,87-1,28)	0,56	1,17 (0,90-1,52)	0,22
Apgar 5º <7	Branca	150 (3,3)	-	-	-	-
	Negra	21 (2,9)	0,87 (0,55-1,39)	0,57	0,71 (0,36-1,38)	0,31

Tabela 3. (cont.)

Malformação	Branca	15 (0,3)	-	-	-	-
	Negra	4 (0,5)	1,66 (0,55-5,03)	0,36	1,98 (0,50-7,81)	0,32
Natimortalidade	Branca	41 (0,9)	-	-	-	-
	Negra	10 (1,4)	1,52 (0,76-3,05)	0,23	1,27 (0,61-2,66)	0,51
Morte neonatal	Branca	6 (0,1)	-	-	-	-
	Negra	0 (0)

Fonte: Elaboração própria.

OR – Odds Ratio; IC – Intervalo de Confiança.

Nota: Variáveis ajustadas: idade, escolaridade, estado civil, ocupação, número de filhos vivos, número de filhos mortos, número de consultas pré-natais, presença de doenças anteriores à gestação (hipertensão crônica e diabetes pré-gestacional).

Os desfechos obstétricos desfavoráveis nas gestantes negras apresentaram, para diabetes gestacional: (OR=1.06, IC95% 0.70-1.60), hipertensão gestacional: (OR=1.18, IC95% 0.72-1.94), parto cesárea: (OR=1.10, IC95% 0.87-1.37), e prematuridade: (OR=1.29, IC95% 0.83-2.01).

Quanto aos desfechos neonatais desfavoráveis, os recém-nascidos de gestantes negras apresentaram, para baixo peso ao nascer: (OR=0.72, IC95% 0.38-1.37), macrosomia: (OR=0.96, IC95% 0.64-1.44), apgar <7 no 5º minuto: (OR=0.71, IC95% 0.36-1.38), e malformação: (OR=1.98, IC95% 0.50-7.81).

Discussão

A comparação das influências da raça/cor entre gestantes brancas e negras proposta neste estudo, identificou diferenças significativas das gestantes negras quanto à hipertensão crônica, à baixa escolaridade, à multiparidade e à ocupação.

Evidenciou-se também a relação da raça/cor com as variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde.

Já na análise da razão de chance dos desfechos desfavoráveis, não foram evidenciadas diferenças significativas segundo a raça/cor.

No Brasil, as condições, doenças ou agravos mais comuns na população negra podem ser divididos em quatro categorias:

geneticamente determinados (anemia falciforme, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*), adquiridas ou derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis (desnutrição, anemia ferropriva), de evolução agravada ou tratamento dificultado (mioma, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*), e condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas (crescimento, gravidez, parto)¹¹.

A pobreza, a falta de acesso aos serviços de saúde, e variações genéticas podem contribuir para disparidades raciais, quanto à ocorrência de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*¹².

A hipertensão arterial, que apresentou maior prevalência entre as mulheres negras, é considerada um problema de saúde pública pelo seu elevado custo aos serviços de saúde e por seu impacto social. A prevalência variou conforme a faixa etária, o sexo, a raça/cor, e o grau de obesidade e a presença de patologias associadas, como diabetes *mellitus* e doença renal. Nas mulheres em idade fértil, a prevalência variou de 0,6% a 2%, na faixa etária de 18 a 29 anos, e de 4,6% a 22,3%, na faixa etária de 30 a 39 anos. Embora a literatura mostre a raça negra como fator de risco para doença hipertensiva específica da gravidez, neste estudo não foi encontrada tal associação¹³.

Muitas vezes, as disparidades raciais podem ser corrigidas pelo acesso adequado ao serviço de saúde. Assim, esta variável pode ter sido influenciada pelo número adequado

de consultas pré-natais. O reconhecimento das suscetibilidades raciais pode ajudar a orientar a assistência e direcionar intervenções para diminuir o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, durante e após a gravidez¹⁴.

A raça/cor é um elemento estruturante das desigualdades sociais no Brasil, ao lado da classe social, do gênero e da região de moradia. Apesar de a classificação racial ser baseada nas características físicas dos indivíduos, a discriminação racial e o racismo na sociedade brasileira ocorrem da relação pejorativa que se faz entre os aspectos culturais e os físicos, observáveis na estética corporal, o que produz efeitos na inserção social, que é um produto das relações sociais^{5,15}.

As desvantagens da população negra podem extrapolar os indicadores socioeconômicos e se estender para os indicadores de acesso aos serviços de saúde e os de mortalidade¹⁶.

A questão das desigualdades sociais em saúde pode ser abordada a partir da verificação de diferenças absolutas nas condições de vida de distintas populações ou através das diferenças relativas entre elas¹⁷.

Indicadores sociais como ocupação, escolaridade e renda são determinantes do estado de saúde das populações, atuando tanto sobre o perfil de morbidade e mortalidade quanto sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde¹⁸.

Ainda que se reconheça que a raça/cor não é, por si só, um fator de risco, é preciso considerar a inserção social adversa da população negra, que constitui um agravante de sua vulnerabilidade diante das condições de saúde¹⁶.

A escolaridade materna pode ser considerada um marcador obstétrico de risco, tanto para a gestante quanto para o recém-nascido, pois influencia quando e como a gestante acessa ao serviço de saúde, e o quanto compreende as orientações de autocuidado e cuidado com o bebê ao longo das consultas de pré-natal. Além disto, a baixa escolaridade tem associação com baixo peso ao nascer,

multiparidade e menor número de consultas pré-natais¹⁹.

Neste estudo, as gestantes negras prevaleceram entre aquelas com baixa escolaridade (analfabeta, alfabetizada, ensino fundamental). O principal determinante do acesso à educação e da progressão dentro de padrões de adequação (idade/série) é a renda familiar, com influência em todas as faixas de renda da variável raça/cor²⁰.

No Brasil, a população negra tem a pior remuneração do mercado de trabalho, escolaridade mais baixa e sofre mais restrições no acesso a serviços de saúde. Mesmo quando apresenta escolaridade idêntica à da população branca, não tem níveis de renda similares¹⁶.

A variável renda não consta no banco de dados utilizado. Entretanto, dados do município demonstram que a população negra vivendo em situação de pobreza ou extrema pobreza é duas vezes maior do que a população branca, o que reforça a sinergia entre os determinantes de acesso e progressão adequada à educação²⁰.

É necessário que haja políticas públicas com ações afirmativas que visem diminuir as perdas sucessivas ao longo do sistema educacional, em especial, das famílias de baixa renda, nas quais majoritariamente estão crianças e jovens negros.

O combate a desigualdades torna-se mais difícil no desenvolvimento de políticas públicas, principalmente quando a origem de tais desigualdades não está somente relacionada com as diferenças sociais, mas também com a discriminação racial¹⁶.

A taxa de fecundidade no Brasil é de 1,7 filhas/os por mulher em idade fértil. A maioria das participantes tinha menos de três filhos vivos (88%) e menos de dois filhos mortos (97%), entretanto, as negras concentraram-se de maneira significativa entre aquelas com mais de três filhos vivos²¹.

Os arranjos familiares brasileiros, em 2012, apresentavam quase 38% dos domicílios com mulheres como a pessoa de referência. Entre as famílias com pessoa de

referência do sexo feminino, 42,7% eram compostas por mulheres sem companheiro e com filhas/os. As mulheres negras estavam à frente de 52,6% das famílias com pessoa de referência do sexo feminino²².

Essa organização familiar faz com que as mulheres negras precisem garantir o sustento dos filhos. Embora haja maior número de mulheres negras com ocupação, estas se dão predominantemente em condições precárias, o que dificulta a autonomia econômica²³.

A ocupação é um marcador da posição social dos indivíduos. Neste estudo, as mulheres negras prevaleceram entre aquelas com ocupação. Entretanto, a distribuição salarial da população joinvillense acompanha a distribuição nacional, com maior prevalência da população negra entre aqueles que vivem com ganhos entre 1/8 de salário mínimo e 1 salário, com inversão da prevalência a partir de 1 salário mínimo até mais de 10 salários^{18,20}.

A média salarial segundo raça/cor e gênero, no município, também reflete essa assimetria de renda; as mulheres negras apresentam média salarial 25% menor do que a das mulheres brancas²⁰.

As políticas sociais como programas de transferência direta de renda já demonstraram que contribuem para a redução da pobreza e da desigualdade, principalmente para a população negra, que vivencia de forma mais intensa esta condição²⁴.

Quanto à razão de chance nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis segundo raça/cor, não foram evidenciadas diferenças significativas por raça/cor, diferentemente de outros achados em 14 estados americanos, nos quais as gestantes negras tiveram os piores desfechos⁶.

As alterações hipertensivas da gestação estão associadas a complicações graves, fetais e maternas, e a um risco maior de mortalidade materna e perinatal. Nos países em desenvolvimento, a hipertensão gestacional é a principal causa de mortalidade materna, sendo responsável por um grande número

de internações em centros de tratamento intensivo. As gestantes negras apresentam risco aumentado de pré-eclampsia, independentemente dos fatores de risco idade, pré-eclampsia prévia, obesidade e paridade²⁵.

Apesar de a hipertensão crônica ser encontrada de forma significativamente maior entre as gestantes negras, a hipertensão gestacional não teve o mesmo comportamento (OR=1.18, IC95% 0.72-1.94), podendo ter sido corrigida pelo adequado número de consultas pré-natais.

A diabetes gestacional, estimada nacionalmente em 7,6% da população, também aparece em outros estudos com maior risco entre as mulheres negras neste, apresentou 6,6%, sem diferenças significativas por raça/cor (OR=1.06, IC95% 0.70-1.60) (26) (27) (10).

O parto cesárea pode causar complicações significativas e às vezes, permanentes, assim como sequelas ou morte, principalmente nos casos das cesáreas de emergência para gestantes negras. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o parto cesárea está relacionado a um risco de morte 3,5 vezes maior do que o risco envolvido no parto normal; de infecção puerperal cinco vezes maior; e com prematuros, então, apresenta taxas entre 5% e 15% maiores. As disparidades raciais foram identificadas em estudos internacionais, como maior taxa de cesárea entre as gestantes negras. A região Sul apresenta o percentual mais elevado de parto cesárea, 60,1%, em relação ao parto normal no País. Neste estudo, o percentual foi de 62%, sugerindo riscos devidos à medicalização do parto, independentemente da raça/cor (OR=1.10, IC95% 0.87-1.37)^{28,29}.

Estima-se que a prematuridade, no Brasil, seja de até 11,3% dos casos de partos, com registros de influência da raça/cor quando associada à escolaridade materna. Em estudos internacionais, o parto prematuro permanece como risco para as gestantes negras, ainda que isoladas as variáveis sociodemográficas. Neste estudo, o índice foi de 8%, sem diferenças por raça/cor (OR=1.29, IC95% 0.83-2.01)^{6,7,10,30,31}.

A OMS estima que a prevalência de baixo peso ao nascer seja menor do que 10% nos partos ocorridos no mundo. Nos Estados Unidos, no ano de 2013, o percentual foi de 8%, mas entre os nascidos de mães negras, chegou a 13%. Já no Brasil, em 2010, o percentual foi de 8,4%, e as mães negras tiveram mais chances de terem filhos com baixo peso ao nascer em todas as regiões e em todos os níveis de escolaridade. Na região Sul, o percentual de baixo peso, no mesmo período, foi de 8,7%, e entre as mulheres negras, atingiu 10,6%. O baixo peso ao nascer neste estudo foi de 7%, sem diferenças por raça/cor (OR=0.72, IC95% 0.38-1.37)^{32,33}.

As diferenças raciais encontradas na literatura, referentes às malformações não são claras quanto às suas relações com as suscetibilidades genéticas e as diferenças culturais e/ou sociais, e com o que poderia influenciar essa associação. Neste estudo, quanto às malformações, essas diferenças não foram encontradas (OR=1.98, IC95% 0.50-7.81)³⁴.

Assim, não se revelou a associação da raça/cor com um maior risco de desfecho desfavorável, tanto obstétrico quanto neonatal, quando isolados os efeitos das variáveis de confusão. Ainda que haja comprovação da predisposição genética da população negra para algumas doenças, a classificação fenotípica não representa uma homogeneidade biológica, já que, entre indivíduos com as mesmas características fenotípicas, pode haver maior variação genética. Além disto, é difícil mensurar o impacto da colonização e consequente miscigenação no componente genético³⁵.

Desse modo, para uma análise do recorte racial, é preciso considerar mais do que as diferenças numéricas com significância estatística. As questões históricas, sociopolíticas e econômicas contribuem para a existência e a manutenção ou ampliação dos diferenciais no interior dos grupos ou intergrupos. Além disto, o racismo nem sempre se faz presente, de forma explícita e mensurável, nas interações³⁵.

Os resultados da pesquisa sugerem

desigualdades raciais, socioeconômicas, demográficas e de saúde da mulher negra. Desta forma, é possível inferir que o uso da variável raça/cor em estudos de saúde precisa considerá-la como um construto social, ainda quando utilizado na análise de condições com comprovado componente genético associado à raça/cor. A melhora nas condições de vida da mulher negra, especialmente quanto à renda e ao acesso ao sistema de ensino com progressão adequada, são essenciais para os indicadores de saúde desta população. Para este enfrentamento, se fazem necessárias políticas de ações afirmativas para a população negra como complementos das políticas universais, para garantir que a melhor inserção social da população negra resulte também na redução das desigualdades.

Conclusões

Após a adequação aos fatores de confusão, não foram encontradas influências da raça/cor nos desfechos estudados, mesmo naqueles com comprovada interferência genética em outros estudos, como a hipertensão gestacional e a diabetes *mellitus*.

Considerando as diferentes composições genéticas entre indivíduos de mesmo fenótipo e a homogeneidade genética entre indivíduos geograficamente próximos, é possível que as doenças com forte determinação genética manifestem-se com características próprias na população brasileira, e entre as diferentes regiões do Brasil, o que não se dá em outros lugares das Américas e mesmo da África^{11,36}.

As influências da miscigenação e da colonização não podem ser mensuradas, mas podem ter importante papel no componente genético na região estudada, reforçando a raça/cor como determinante social e não uma entidade biológica.

Doenças ligadas à pobreza podem ser mais incidentes do que aquelas de origem

genética, devido à situação de desigualdade vivenciada pelos negros no País, e ainda hoje percebida nos indicadores de acesso, inclusive da saúde. A ausência da variável renda, um marcador de inserção social, foi uma limitação neste estudo.

Assim, é importante que estudos na área da saúde avaliem a raça/cor como um construto social, considerando o efeito da condição socioeconômica, o acesso ao serviço de saúde e a escolaridade da população negra na análise da variável enquanto risco para desfechos, uma vez que a discriminação racial nem sempre se faz presente de forma explícita e mensurável nas relações sociais³⁷.

Colaboradores

Vanessa Cardoso Pacheco: participou da concepção da pesquisa e coleta dos dados, do levantamento bibliográfico, da metodologia, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão final.

Jean Carl Silva: participou da concepção da pesquisa, metodologia, análise e interpretação dos dados, revisão crítica e revisão final.

Ana Paula Mariussi, Monica Roeder Lima e Thiago Ribeiro e Silva: participaram da concepção metodológica e do processamento e tratamento dos dados. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Racismo Como Determinante Social de Saúde. Brasília, DF: Secretaria de Promoção da Igualdade Racial; 2011.
2. Moubarac J. Persisting problems related to race and ethnicity in public. Problemas persistentes relacionados à raça e etnia na pesquisa em saúde pública e epidemiologia. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(1):104-15.
3. Petrucci JL, Saboia AL. Características étnico-raciais da população: classificações e identidades. Rio de Janeiro: IBGE; 2013. p. 208.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da saúde; 2013.
5. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, et al. A utilização da variável raça/cor em saúde pública: Possibilidades e limites. *Interface Commun Heal Educ* [internet]. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2009 [acesso em 2015 mar 8]; 13(31):383-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
6. Zhang S, Cardarelli K, Shim R, et al. Racial disparities in economic and clinical outcomes of pregnancy among Medicaid recipients. *Matern Child Health J* [internet]. United States; 2013 Oct [acesso em 2015 maio 11]; 17(8):1518-25. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4039287&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
7. Khalil A, Rezende J, Akolekar R, et al. Maternal racial origin and adverse pregnancy outcome: a cohort study. *Ultrasound Obstet Gynecol*. England;

- 2013 Mar; 41(3):278-85.
8. Kabad JF, Bastos JL, Santos RV. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. *Physis Rev Saude Coletiva*. 2012; 22(3):895-918.
 9. Ministério da Saúde (BR). *Gestação de Alto Risco: Manual Técnico*. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
 10. Bryant AS, Worjolah A, Caughey AB, et al. Racial/ethnic disparities in obstetric outcomes and care: prevalence and determinants. *Am J Obstet Gynecol* [internet]. United States; 2010 Apr [acesso em 2015 fev 17]; 202(4):335-43. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2847630&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
 11. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente*. Brasília, DF: Ministério da saúde; 2001.
 12. Martins D, Agodoa L, Norris KC. Hypertensive chronic kidney disease in African Americans: Strategies for improving care. *Cleve Clin J Med*. 2012; 79(10):726-34.
 13. Freire CMV, Tedoldi CL. Hipertensão Arterial na Gestação. *Arq Bras Cardiol*. 2009; 93(6 Supl.1):159-65.
 14. Ghosh G, Grewal J, Ma T, et al. Racial/Ethnic differences in pregnancy-related hypertensive disease in nulliparous women. *Ethn Dis*. 2014; 24:283-9.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. *Temático Saúde da População Negra*. n. 10. Brasília, DF: MS; 2016.
 16. Barata RB. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. *Rev USP*. 2001; 51(1):138-45.
 17. Barata RB. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
 18. Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17(4):1025-9.
 19. Andrade CY, Dachs JNW. Acesso à educação por faixas etárias segundo renda e raça/cor. *Cad Pesqui*. 2007; 37(131):399-422.
 20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA* [internet]. 2016 [acesso em 2016 nov 8]. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/download/k-11.csv>.
 21. Marcondes MM, Pinheiro L, Queiroz C, et al. *Dossiê Mulheres Negras: Retrato das Condições de Vida das Mulheres Negras no Brasil* [internet]. Brasília, DF; 2013. 160 p. [acesso em 2016 nov 10]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=20978.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. *Relatório anual socioeconômico da mulher*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
 23. Mariano SA, Carloto CM. Aspectos diferenciais da inserção de mulheres negras no Programa Bolsa Família. *Soc e Estado* [internet]. 2013 [acesso em 2018 mar 6]; 28(2):393-417. Disponível em: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84887850733&partnerID=tOtx3y1>.
 24. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Situação social da população negra por estado*. Brasília, DF: IPEA; 2014.
 25. Brasil. Ministério da Saúde. *Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*. Brasília, DF: Ministério da saúde; 2013.
 26. Assis TR, Viana FP, Rassi S. Estudo dos principais fatores de risco maternos nas síndromes hipertensivas da gestação. *Arq Bras Cardiol*. 2008; 91:11-17.
 27. Wang Y, Chen L, Horswell R, et al. Racial differences in the association between gestational diabetes

- mellitus and risk of type 2 diabetes. *J women's Heal.* 2012; 21(6):628-33.
28. World Health Organization. *World Health Statistics.* Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2014.
29. Washington S, Caughey AB, Cheng YW, et al. Racial and ethnic differences in indication for primary cesarean delivery at term: experience at one U.S. Institution. *Birth. United States*; 2012 Jun; 39(2):128-34.
30. Leal MDC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades sociodemográficas e suas consequências sobre o peso do recém-nascido. *Rev Saude Publica.* 2006; 40(3):466-73.
31. Getahun D, Ananth CV, Selvam N, et al. Adverse Perinatal Outcomes Among Interracial Couples in the United States. *Am Coll Obstet Gynecol.* 2005; 106(1):81-8.
32. Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, et al. *Births: Final Data for 2013. Natl Vital Stat Rep. United States*; 2015 Dec; 64(1):68.
33. Nilson LG, Warmling D, Oliveira MS, et al. Proporção de baixo peso ao nascer no Brasil e regiões brasileiras segundo variáveis sócio-demográficas. *Rev Saúde Públ St Cat.* 2015; 8:69-82.
34. Egbe A, Lee S, Ho D, et al. Effect of race on the prevalence of congenital malformations among newborns in the united states. *Ethn Dis.* 2015; 25(2):226-31.
35. Goodman AH. Why genes don't count (for racial differences in health). *Am J Public Health.* 2000; 90(11):1699-702.
36. Pena SDJ. Raça, Genética, Identidades e Saúde. *História, Ciência, Saúde - Manguinhos.* 2005; 12(2):321-46.
37. Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad Saúde Pública, Rio Janeiro.* 2005; 21(5):1595-601.

Recebido em 26/06/ 2017

Aprovado em 17/01/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Efeitos dos programas governamentais e da fecundidade sobre a mortalidade infantil do Semiárido brasileiro

Effects of government programs and fertility on child mortality in the brazilian Semiarid region

Everlane Suane de Araújo da Silva¹, Neir Antunes Paes², Cesar Cavalcanti da Silva³

RESUMO Teve-se como objetivo avaliar o impacto dos programas sociais: Programa Bolsa Família e Estratégia Saúde da Família e da fecundidade sobre a mortalidade infantil do Semiárido brasileiro, no período 2005-2010. Foi aplicado o modelo de regressão linear multivariado de dados em painel com efeitos fixos, utilizando a Taxa de Mortalidade Infantil como variável dependente; e, como independentes, as coberturas do Bolsa Família e suas condicionalidades, cobertura da Estratégia Saúde da Família e a Taxa de Fecundidade. As ações públicas dos Programas, bem como a redução dos níveis da fecundidade contribuíram sobremaneira para decréscimos nos níveis da mortalidade infantil do Semiárido.

PALAVRAS-CHAVE Mortalidade infantil. Programas governamentais. Estratégia Saúde da Família. Fertilidade. Brasil.

ABSTRACT *It was aimed to evaluate the impact of the social programs: Bolsa Família Program and Family Health Strategy and fertility on child mortality in the brazilian Semiarid, during the period 2005-2010. The multivariate linear regression model of panel data with fixed effects was applied, using the Infant Mortality Rate as the dependent variable; and, as independents, the coverage of Bolsa Família and its conditionalities, coverage of the Family Health Strategy and the Fertility Rate. The public actions of the Programs, as well as the reduction of fertility levels, have greatly contributed to the decrease in infant mortality rates in the Semiarid.*

KEYWORDS *Infant mortality. Government programs. Family Health Strategy. Fertility. Brazil.*

¹Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Departamento de Estatística (DE) – João Pessoa (PB), Brasil. everlanesuane@hotmail.com

²Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde (PPGMDS) – João Pessoa (PB), Brasil. antunes@de.ufpb.br

³Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Departamento de Enfermagem Clínica (Denc) – João Pessoa (PB), Brasil. rasecprof@gmail.com

Introdução

Estudos relacionados às tendências de mortalidade, particularmente a mortalidade infantil, são importantes aportes para o monitoramento das ações de prevenção, pois evidenciam problemas existentes e emergentes, fortalecendo a necessidade crescente de debates e intervenções nessas áreas. A redução da mortalidade infantil faz parte dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) delineados pela Organização das Nações Unidas (ONU), ao analisar os maiores problemas mundiais, já que a mortalidade infantil é considerada um dos principais indicadores de saúde, que reflete a qualidade de vida de uma população, tendo como base o nível de desenvolvimento e acesso aos serviços de saúde.

No período de dez anos (2000-2010), o número de óbitos de crianças menores de um ano, no Brasil, caiu de 29,7 para 15,6 para cada mil Nascidos Vivos (NV), um decréscimo de 47,6% na Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) do País¹. Segundo o Relatório Nacional de Acompanhamento dos ODM 2013, o Brasil já alcançou a meta estabelecida com relação às mortes de crianças com menos de um ano de idade, superando a meta de 15,7 óbitos estimada para 2015². Ainda assim, o País precisa percorrer um longo caminho para alcançar os níveis das regiões mais desenvolvidas do mundo, que é de, aproximadamente, cinco óbitos para cada mil NV³.

Entre as regiões brasileiras, a maior queda da TMI, de 2000 a 2010, ocorreu no Nordeste, passando de 44,7 para 18,5 óbitos por mil NV, apesar de ainda ser a região com os níveis mais elevados do País¹. O Nordeste avançou expressivamente com relação à diminuição do nível da TMI, mas ainda apresenta um padrão muito distante do desejável. Do mesmo modo, a região brasileira menos desenvolvida, a do Semiárido, por concentrar 89,5% do espaço geográfico no Nordeste, acompanha o ritmo desta região.

Uma redução drástica no Brasil também

ocorreu com relação aos níveis da Taxa de Fecundidade Total (TFT), ao passar de 2,39 filhos, em média, por mulher, em 2000, para 1,87, em 2010, cuja influência nos níveis de mortalidade infantil tem sido amplamente documentada. Em 2010, 29% dos municípios do Semiárido alcançaram uma TFT abaixo do nível de reposição populacional, refletindo um comportamento de declínio observado em todo o País. Vários estudos têm apontado que reduções nos níveis da fecundidade estão relacionadas às melhorias nas condições de vida da população^{4,5}. Outros estudos^{6,7} defendem que Programas de Transferência Condicional de Renda podem ser apontados como estímulo ao aumento da fecundidade, o que é contra-argumentado por autores como Simões e Soares⁸ e Alves e Cavenaghi⁹, ao justificarem que a população pobre coberta pelos Programas reduziu a natalidade, independentemente deles.

Pesquisas¹⁰⁻¹² alertam que, para combater a mortalidade infantil no Brasil, fazem-se necessárias intervenções governamentais que minimizem as disparidades de renda experimentadas por grande parte do povo deste território. Nessa direção, o relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), além de destacar o foco na atenção primária à saúde, a melhoria no atendimento materno e ao recém-nascido, a promoção do aleitamento materno e a expansão da imunização, enfatiza a criação de incentivos de proteção social, como os programas de transferência de renda².

O Programa Bolsa Família (PBF), criado no Brasil em 2003, é um dos maiores programas de transferência direta de renda do mundo. Os benefícios são específicos para famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza com crianças, jovens até 17 anos, gestantes e lactantes¹³.

A família, ao ingressar no PBF assume alguns compromissos. Entre eles está o cumprimento das condicionalidades na área de saúde: as crianças até 7 anos precisam ser vacinadas e ter acompanhamento nutricional;



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

e as gestantes devem fazer o pré-natal¹³. A Estratégia Saúde da Família (ESF), maior programa de atenção primária à saúde do País, criado em 1994, articula-se ao PBF por ter o dever da garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade para as famílias de menor renda. A atuação em paralelo do PBF e da ESF tem sido apontada como um importante redutor da mortalidade infantil¹¹.

Para Shei¹², as TMI já estavam caindo antes do início do Bolsa Família (2003), mas o declínio parece ter aumentado após a implantação do programa. Ao todo, 36 milhões de brasileiros estão fora da extrema pobreza em decorrência da transferência de renda¹¹.

Entre as regiões semiáridas do mundo, a do Brasil é a maior em termos de extensão e de densidade demográfica, sendo formada por nove estados, abrangendo 1.133 municípios¹⁴. Trata-se da região com os indicadores de desenvolvimento mais atrasados do País, tornando-se, dessa maneira, uma das maiores beneficiárias dos programas governamentais de transferência de renda, como o PBF, e de assistência à saúde, como a ESF.

Teve-se, assim, como objetivo principal avaliar o impacto dos programas governamentais (PBF e ESF), bem como da fecundidade sobre a mortalidade infantil da região Semiárida brasileira, no período 2005-2010.

Métodos

Trata-se de um estudo ecológico longitudinal que teve como unidade de análise 1.125 municípios do Semiárido brasileiro, e os dados dispostos em painel com observações anuais de 2005 a 2010. O Ministério da Integração Nacional, ao lançar a Nova Delimitação do Semi-Árido Brasileiro, definiu que essa região é composta por 1.133 municípios¹⁴. A análise excluiu oito municípios, o que foi justificado por problemas nos dados básicos, que inviabilizaram incluí-los (São José de Peixe, Santana do Piauí, Juazeiro do Piauí, Alvorada do Gurguéia, Bocaína,

Dirceu Arcoverde, todos no estado do Piauí, Quixabá, na Paraíba e Severiano Melo, no Rio Grande do Norte).

A variável dependente considerada para o estudo foi a TMI. O cálculo direto do indicador não tem sido recomendado para nenhum estado do Semiárido utilizando como fonte de dados as informações das estatísticas vitais disponibilizadas pelo Ministério da Saúde ou mesmo pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para tanto, recorre-se aos métodos indiretos de estimação. O Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil calculou o indicador utilizando as informações dos Censos Demográficos, fazendo uso de técnicas indiretas para a sua obtenção. Uma vez que a maioria dos municípios do Semiárido não possui estatísticas vitais confiáveis, foi adotado o padrão de mortalidade do estado ao qual o município pertence. Apesar das limitações relacionadas às estimativas da mortalidade infantil fornecidas pelo Atlas, elas foram consideradas como proxy satisfatórias de seus níveis para os municípios¹⁵.

As bases de dados do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) foram utilizadas para obter as informações relacionadas ao PBF. Os dados permitiram os cálculos das variáveis independentes: percentual de cobertura do PBF com relação à população total do município e percentual de famílias beneficiárias do PBF acompanhadas nas condicionalidades de saúde¹³. Já para a variável independente cobertura da ESF, a fonte foi o Ministério da Saúde¹⁶.

Através do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, foram acessados os dados da variável independente TFT15. Outras variáveis independentes foram incorporadas nas análises devido ao seu caráter explicativo, apontado em outros estudos^{11,17-19}. Foram elas: taxa de atividade e percentual de mães chefes de família sem ensino fundamental completo e com filhos menores de 15 anos no total de mães chefes de família. Essas variáveis foram obtidas a partir das bases

de dados dos Censos Demográficos de 2000 e 2010. No entanto, fez-se necessário obter os valores anuais intercensitários de 2005 a 2009. A escolha do método de interpolação depende da adequação aos dados entre os diversos métodos existentes, tais como: interpolação linear, quadrática (polinômio de grau 2), Lagrange (polinômio de grau n) e a interpolação segmentada²⁰. Após averiguações prévias, o modelo linear apresentou-se como o mais adequado para expressar a evolução esperada dos indicadores.

O método Stepwise ($p < 0,05$) foi utilizado na seleção das variáveis independentes para compor o modelo de regressão linear múltipla. Nesta fase, as variáveis que não se mostraram significativas foram eliminadas do estudo: taxa de atividade e percentual de mães chefes de família sem ensino fundamental completo e com filhos menores de 15 anos no total de mães chefes de família.

A regressão linear múltipla para dados em painel foi utilizada para a análise de associação da mortalidade infantil com as variáveis selecionadas. Para a escolha do modelo mais adequado, efeito fixo ou aleatório, realizou-se o teste de especificação de Hausman, e o primeiro foi escolhido. Além do termo de erro, modelos por dados em painel com efeitos fixos incluem um segundo termo, para controlar características não observadas, invariáveis no tempo, tais como: históricas, geográficas e socioculturais de cada Município. Esses modelos permitem correlações entre o termo invariável no tempo e as variáveis independentes do modelo, tornando-se, em geral, mais robustos para a análise dos resultados das intervenções, e

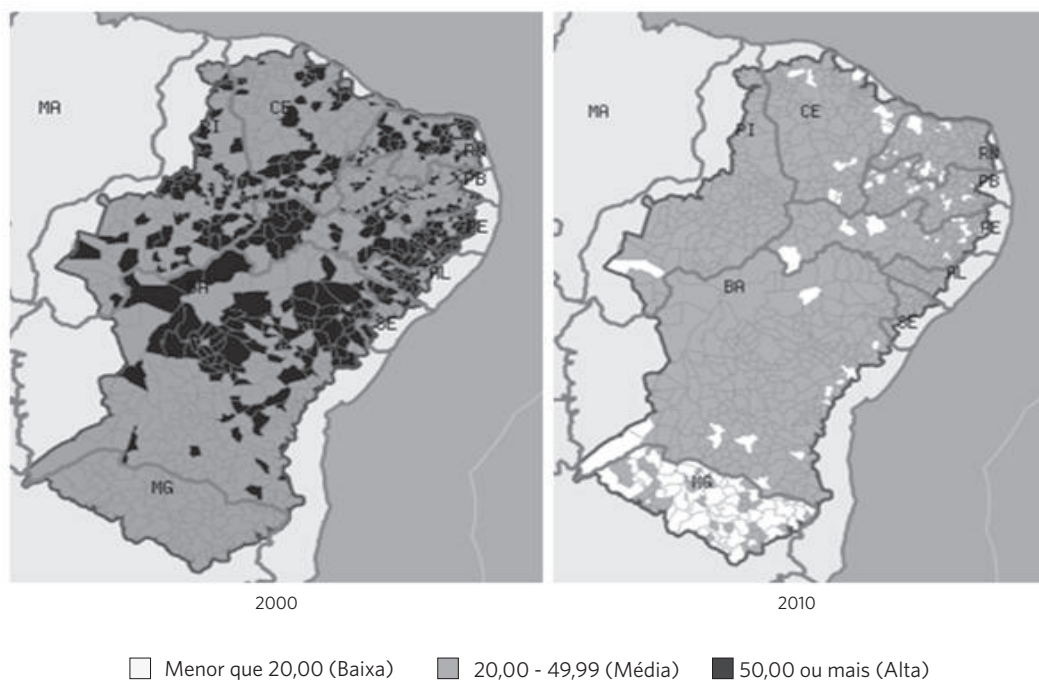
são constantemente usados na literatura. O programa estatístico Stata, versão 12.0, foi utilizado para o processamento e a análise dos dados.

Por ter sido utilizada para a modelagem uma base com dados secundários, de livre acesso on-line, justifica-se a ausência de submissão à Plataforma Brasil e o posterior encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

A *figura 1* mostra o declínio da TMI nos municípios do Semiárido brasileiro, ao comparar os anos 2000 e 2010. Em 2000, 460 municípios (41%) pertencentes a todos os estados, exceto Minas Gerais, apresentavam altas TMI, iguais ou superiores a 50 óbitos de menores de um ano por mil NV, já em 2010, nenhum município apresentou uma TMI nesse patamar. Ainda em 2010, 119 municípios (11%) passaram a ter uma TMI considerada baixa (menos que 20 óbitos de menores de um ano por mil NV), cujos maiores avanços foram observados para os municípios do estado de Minas Gerais. Nos estados de Alagoas e Sergipe, em 2010, nenhum município havia atingido uma TMI considerada baixa. Em 2010, a maioria dos municípios do Semiárido ainda apresentava uma TMI considerada média (20 a 49 por mil), e apenas 39 municípios (3%) haviam atingido a quarta meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio para o Brasil (reduzir a TMI para 15,7 óbitos de menores de um ano por mil NV até 2015).

Figura 1. Distribuição espacial do indicador Taxa de Mortalidade Infantil. Municípios do Semiárido brasileiro, 2000 e 2010



Fonte: Dados e base cartográfica: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD/FJP/Ipea)¹⁵ e Instituto Nacional do Semiárido (Insa).

A *tabela 1* mostra as estatísticas descritivas (mínimo, máximo, média, mediana e desvio padrão) dos municípios da região Semiárida brasileira, para os indicadores selecionados (2005 e 2010). As medidas descritivas variaram durante o período de estudo.

A TMI mais elevada (68,79), em 2005, foi encontrada para o município de Jucati, no estado de Pernambuco, enquanto, em 2010, o valor mais alto foi para o município de Olivença, em Alagoas (45,4). A média da TMI para o conjunto dos municípios reduziu o nível em 11,1 por mil NV durante o período de cinco anos, ou seja, uma redução média anual de cerca de 2,3 mortes. O desvio padrão desse indicador reduziu, indicando uma menor dispersão dos níveis.

A cobertura média do PBF com relação à população total dos municípios aumentou de 45,7% (2005) para 54,3% (2010). Em 2005, o valor máximo do indicador foi 86,4% no município de Capitão Gervásio Oliveira, no Piauí. O município de Guaribas, no estado do Piauí,

apresentou a maior cobertura do PBF (84,6%) em 2010. A cobertura mais baixa do indicador (24,3), em 2010, foi observada no município de Mossoró, no Rio Grande do Norte.

Um aumento na média de famílias beneficiárias do PBF acompanhadas nas condicionalidades de saúde foi observado entre 2005 e 2010, passando de 48,1% para 82,9%. Em 2005, 255 municípios (22,7%) do Semiárido brasileiro possuíam famílias cadastradas no PBF sem nenhum acompanhamento nas condicionalidades de saúde. Já em 2010, essa situação não foi observada em nenhum município.

A cobertura média da ESF atingiu 80,8% em 2005 e 91,3% em 2010. Em 2005, 585 municípios (52%) do Semiárido alcançaram a cobertura universal (100%), entre os 1.125 municípios. Em 2010, esse valor passou para 768 municípios (cerca de 68%). Por outro lado, já em 2010, os municípios de Buritirama, Gentio do Ouro, Paripiranga e Pilão Arcado, todos no estado da Bahia, ainda não recebiam a cobertura da ESF.

Tabela 1. Estatísticas descritivas para os indicadores selecionados. Semiárido brasileiro, 2005 e 2010

Indicadores	Mínimo		Máximo		Média		Mediana		Desvio padrão	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010	2005	2010	2005	2010
Taxa de Mortalidade Infantil	18,0	13,4	68,8	45,4	37,4	26,3	36,7	25,2	7,2	5,6
Cobertura do PBF ^a (%)	7,9	24,3	86,4	84,6	45,7	54,3	46,4	54,1	10,6	8,8
Cobertura_Saúde_PBF ^b (%)	0,0	0,2	100,0	100,0	48,1	82,9	47,2	84,4	39,6	13,6
Cobertura da ESF ^c (%)	0,0	0,0	100,0	100,0	80,8	91,3	100,0	100,0	28,5	17,1
Taxa de Fecundidade Total	1,8	1,4	4,7	3,7	2,7	2,2	2,7	2,2	0,4	0,3

Fonte de dados básicos: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD/FJP/Ipea)¹⁵, Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e Ministério da Saúde (MS).

^aCobertura do Programa Bolsa Família; ^bCobertura das famílias beneficiárias do PBF acompanhadas nas condicionalidades de saúde;

^cCobertura da Estratégia Saúde da Família.

A média da TFT variou de 2,7 para 2,2 filhos, em média, por mulher, considerando os anos de 2005 e 2010. No município de São João do Jaguaribe, pertencente ao estado do Ceará, em 2005, foi observada a mais baixa TFT (1,8), e a mais alta (4,7) no município de Canapi, no estado de Alagoas, revelando, assim, uma amplitude total de 3 filhos, em média, por mulher no período reprodutivo dentro do Semiárido. Para 2010, o município de Triunfo, em Pernambuco, apresentou o menor valor (1,4) para o indicador, e o maior (3,7) ocorreu no município de Pureza, no Rio Grande do Norte, cuja amplitude total foi reduzida para 2,3 filhos, em média, por mulher.

O modelo de regressão linear (tabela 2) fornece as estimativas do parâmetro β , intervalo de confiança e P-valor para as variáveis

referentes aos programas governamentais (PBF e ESF) e da fecundidade na mortalidade infantil. De acordo com o teste de Hausman, rejeitou-se o modelo com efeito aleatório (H_0), ou seja, o modelo com efeito fixo explicou melhor as variações na TMI.

A regressão linear com efeitos fixos mostrou uma associação negativa e estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre a mortalidade infantil e as covariáveis: Cobertura do Programa Bolsa Família, Percentual de famílias beneficiárias do PBF acompanhadas nas condicionalidades de saúde e Cobertura da Estratégia Saúde da Família. Por outro lado, a TFT também foi apontada como significativa ($p < 0,001$) para a redução da TMI, mas com uma associação positiva. O modelo com efeito fixo apresentou o valor de R^2 (*within*) de 69,2%.

Tabela 2. Modelo de regressão a efeitos fixos para a associação entre a Taxa de Mortalidade Infantil e os indicadores selecionados. Municípios do Semiárido brasileiro, 2005-2010.

Variáveis	Modelo		P-valor
	β	IC95%	
Cobertura do PBF (%)	-0,04	-0,05 - -0,03	< 0,001
Cobertura_Saúde_PBF (%)	-0,02	-0,02 - -0,01	< 0,001
Cobertura da ESF (%)	-0,01	-0,02 - -0,01	< 0,001
Taxa de Fecundidade Total	17,23	16,84 - 17,62	< 0,001
R^2 (<i>within</i>)			0,692

Fonte: Elaboração própria. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD/FJP/Ipea)¹⁵, Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e Ministério da Saúde (MS).

IC95%: intervalo de 95% de confiança; β : coeficiente de regressão linear.

Discussão

As intervenções governamentais refletem importantes avanços relacionados às melhorias na qualidade de vida das pessoas do Semiárido brasileiro. O combate à desigualdade social vem sendo realizado com os programas de transferência de renda e garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Esses avanços são refletidos através das altas coberturas da ESF e do PBF e se expressam no Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios da região Semiárida (IDHM), em que a média aumentou de 0,425, em 2000, para 0,591, em 2010¹⁵.

A redução da mortalidade de crianças é uma das principais metas das políticas para a infância no mundo. O impacto das condições socioeconômicas da área geográfica de referência do recém-nascido pode ser observado ao se verificarem os níveis da TMI. Eles baixaram ao longo do período (2005-2010) no Semiárido brasileiro, mas ainda são considerados elevados quando comparados a regiões como o Sul do Brasil, que, em 2010, apresentou uma TMI de 12,6 óbitos por mil NV¹. O menor valor observado em 2010, 13,4 óbitos por mil NV, ainda se contrapõe ao considerado aceitável pela OMS, que estipulou um número de mortes inferior a dois dígitos para cada mil nascimentos²¹. A diminuição do desvio padrão dos valores com relação à média no período 2005-2010 sugere uma tendência de homogeneização dos níveis em todo o Semiárido.

No Semiárido brasileiro, a cobertura média do PBF com relação à população total dos municípios aumentou entre 2005 e 2010. Em 2014, aproximadamente, 3,5 milhões de famílias foram beneficiadas, envolvendo uma transferência de 7,1 bilhões de reais¹³.

A cobertura do PBF aumentou rapidamente ao longo dos anos. Ao final de 2010, o PBF já havia atingido praticamente 13 milhões de famílias, e a sua meta pré-fixada, de cobertura de 11 milhões de famílias brasileiras (48.441.100 pessoas), já teria sido alcançada desde 2006^{13,22}.

As condicionalidades do PBF direcionam os

grupos mais vulneráveis da população aos cuidados de saúde preventiva, com efeitos importantes sobre a saúde das crianças e mulheres grávidas. Para isso, o PBF buscou apoio junto às redes de serviços existentes, como a Estratégia Saúde da Família, para o cumprimento das condicionalidades de saúde dos beneficiários. A média de famílias beneficiárias do PBF acompanhadas nas condicionalidades de saúde apresentou um aumento importante, na comparação entre 2005 (ano próximo à implantação do PBF) e 2010 (já passados sete anos da existência do Programa). Em 2010, a ESF já atingia a universalidade (100%) para a maioria dos municípios do Semiárido brasileiro. Ainda assim, alguns municípios apresentaram uma cobertura de 0%. No entanto, salienta-se que houve um importante avanço, cuja cobertura média do indicador passou de 80,8%, em 2005, para 91,3%, em 2010, e que a atuação dos profissionais de saúde é primordial no acompanhamento das famílias participantes do PBF no exercício das condicionalidades, com vistas a facilitar o acesso desses sujeitos às ações e aos serviços de saúde. Carvalho, Almeida e Jaime²³ chamam a atenção para a necessidade de um compromisso entre todos os atores sociais envolvidos.

Estudos salientam que os gestores devem disponibilizar meios para cumprimento de maneira adequada das condicionalidades impostas aos beneficiários dos programas, uma vez que a utilização dos serviços sociais públicos depende da capacidade do País de assistir a demanda^{10-12,24}.

A associação negativa e significativa revelada pelo modelo de regressão linear com efeitos fixos entre a mortalidade infantil e as covariáveis – Cobertura do Programa Bolsa Família, Percentual de famílias beneficiárias do PBF acompanhadas nas condicionalidades de saúde e Cobertura da Estratégia Saúde da Família – corroborou os efeitos encontrados entre os programas governamentais e a TMI, obtidos em outros estudos longitudinais^{10,11}.

A diminuição da TFT também foi apontada como determinante para a redução da TMI, já

que uma quantidade menor de filhos propicia uma melhor assistência e maiores perspectivas para as crianças. O comportamento da TFT associa-se às transformações vivenciadas pela população brasileira na chamada ‘transição demográfica’, em que a rápida queda dos níveis de fecundidade determinou o volume populacional e a nova configuração nacional em termos de estrutura etária.

Existe a crença de que as famílias beneficiárias do PBF teriam mais filhos, no entanto, ela não é confirmada por alguns autores^{6,25}. Argumentos nesse sentido mostram que mulheres beneficiárias do PBF ampliaram o uso de métodos contraceptivos, o que vem contribuindo para o declínio da fecundidade⁶.

A média da TFT do Semiárido declinou ao comparar 2005 e 2010. Assim, o nível de fecundidade seguiu a mesma tendência de queda observada para o Brasil. Em 2010, o valor da média da TFT do Semiárido foi de 2,2 filhos por mulher, nível muito próximo ao de reposição populacional, fixado em 2,1. Alguns municípios do Semiárido alcançaram uma TFT equivalente a de estados como São Paulo (1,66), Rio de Janeiro (1,68) e Santa Catarina (1,71). Os municípios de Triunfo e de Frei Miguelinho, ambos no estado de Pernambuco (1,4), e de Brumado, na Bahia (1,5), por exemplo, já apresentaram níveis abaixo da reposição e possibilitaram comparação com a TFT de países desenvolvidos, como Itália (1,4), Japão (1,4) e Espanha (1,5), quebrando, assim, barreiras nunca registradas há duas décadas para nenhum município.

O R^2 (*within*) do modelo com efeitos fixos foi considerado satisfatório, sendo explicado por 69,2% da associação interna entre a TMI e as covariáveis. É revelador explorar os efeitos conjuntos das intervenções públicas, especialmente na região Semiárida. Neste sentido, é possível destacar a importância da utilização de dados em painel para avaliar a associação entre programas governamentais e saúde, como alternativa ao uso de dados transversais clássicos. Desta forma, a inferência causal obtém evidências mais fortes quando são utilizados dados em painel com relação aos transversais.

Conclusões

Os resultados obtidos apontaram que as ações públicas do PBF e da ESF, bem como a redução dos níveis da fecundidade, contribuíram sobremaneira com decréscimos nos níveis da mortalidade infantil do Semiárido brasileiro. O PBF, por estabelecer condicionalidades que são atribuições da ESF, depende muito dela para seu sucesso. Para a manutenção da redução da TMI, fazem-se necessárias constantes intervenções governamentais, entre elas, medidas que minimizem as disparidades de renda experimentadas pela população. Aumentos na renda das pessoas e, principalmente, sua melhor distribuição são essenciais ao combate da mortalidade infantil.

As evidências estatísticas detectaram a importância motivada pelas ações públicas que objetivam auxiliar o combate de dois agravos importantes no País: pobreza e elevados níveis de mortalidade infantil. Enfatiza-se que programas com condicionalidades em sua composição possuem um potencial sobre os determinantes sociais de saúde e nos cuidados primários de saúde, valendo salientar que cabe aos gestores públicos fornecer a manutenção dos meios para os beneficiários cumprirem de maneira adequada as exigências impostas por essas condicionalidades.

Ressalta-se a abordagem inédita deste estudo ao investigar as relações existentes entre as ações dos programas governamentais (ESF e PFB) sobre a mortalidade infantil, especificamente, para o Semiárido do Brasil.

Colaboradores

Everlane Suane de Araújo da Silva e Neir Antunes Paes participaram da concepção, da análise dos dados, da redação do manuscrito e da discussão dos resultados. Cesar Cavalcanti da Silva realizou a revisão crítica do manuscrito. Todos os autores participaram da aprovação da versão final do texto. ■

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010: escolaridade e rendimento aumentam e cai mortalidade infantil [internet]. Brasília, DF: IBGE; 2012 [acesso em 2016 mar 18]. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?view=noticia&id=1&idnoticia=2125&busca=1&t=censo-2010-escolaridade-rendimento-aumentam-cai-mortalidade-infantil>.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília, DF: Ipea; 2014.
3. Brasil. Portal Brasil. Mortalidade infantil cai 47,6% no País [internet]. Brasília, DF; 2012 [acesso em 2016 jun 20]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/governo/2012/04/mortalidade-infantil-cai-47-6-no-pais>.
4. Alves JED, Cavenaghi SM. Transições urbanas e da fecundidade e mudanças dos arranjos familiares no Brasil. Cadernos de Estudos Sociais. 2012; 27(2):91-114.
5. Araújo Júnior AF, Salvato AM, Queiroz LB. Desenvolvimento e Fecundidade no Brasil: Reversão da fecundidade para municípios mais desenvolvidos? PPP. 2013 Jul-Dez; (41):79-97.
6. Alves JED, Cavenaghi SM. O programa Bolsa Família e as taxas de fecundidade no Brasil. In: Campello T, Neri MC, organizadores. Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania. Brasília, DF: Ipea; 2013. p. 233-245.
7. Stecklov G, Winters P, Todd J, et al. Unintended effects of poverty programmes on childbearing in less developed countries: Experimental evidence from Latin America. Popul Stud (Camb). 2007 Jul; 61(2):125-140.
8. Simões P, Soares RB. Efeitos do Programa Bolsa Família na fecundidade das beneficiárias. RBE. 2012 Out-Dez; 66(4):533-556.
9. Alves JED, Cavenaghi SM. O Programa Bolsa Família e a Transição da Fecundidade no Brasil [internet]. 2013 [acesso em 2017 jan 30]. Disponível em: <http://www.ipc-undp.org/pub/port/IPCOnePager227.pdf>.
10. Guanais FC. The Combined Effects of the Expansion of Primary Health Care and Conditional Cash Transfers on Infant Mortality in Brazil, 1998-2010. Am J Public Health. 2013 Nov; 103(11):2000-6.
11. Rasella D, Aquino R, Santos CA, et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. Lancet. 2013 Jul; 382(9886):57-64.
12. Shei A. Brazil's Conditional Cash Transfer Program Associated With Declines In Infant Mortality Rates. Health Aff (Millwood). 2013 Jul; 32(7):1274-1281.
13. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. Bolsa Família [internet]. Brasília, DF: MDS; 2014 [acesso em 2016 jul 14]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>.
14. Brasil. Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Políticas de Desenvolvimento Regional. Nova Delimitação do Semi-Árido Brasileiro [internet]. Brasília, DF: MIS; 2005 [acesso em 2016 ago 16]. Disponível em: http://www.mi.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=0aa2b9b5-aa4d-4b55-a6e1-82faf0762763&groupId=24915.
15. Brasil. Fundação João Pinheiro. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [internet]. Brasília, DF: Ipea; 2013 [acesso em 2016 jul 16]. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Estratégia Saúde da Família. Histórico de Cobertura da Saúde da Família [internet]. Brasília, DF; 2014 [acesso em 2016 nov 12]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.
17. Duarte CMR. Reflexos das políticas de saúde sobre

- as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. *Cad. Saúde Pública*. 2007 Jul; 23(7):1511-1528.
18. Mosley WH, Chen LC. An analytical framework for the study of child survival in developing countries. 1984. *Bull World Health Organ*. 2003; 81(2):140-5.
19. Sardinha LMV. Mortalidade infantil e fatores associados à atenção à saúde: estudo caso-controle no Distrito Federal (2007-2010) [tese]. [Brasília, DF]: Universidade de Brasília; 2014. 182 p.
20. Guidi LF. Interpolação [internet]. [acesso em 2016 dez 15]. Disponível em: http://www.mat.ufrgs.br/~guidi/grad/MAT01169/laminas.calculo_numerico.7.pdf.
21. Moreira LMC, Alves CRL, Belisário AS, et al. Políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade infantil: uma história de desafios. *RMMG*. 2012; 22(7):48-55.
22. Rocha S. O programa Bolsa Família Evolução e efeitos sobre a pobreza. *Econ. Soc*. 2011 Abr; 20(1):113-139.
23. Carvalho AT, Almeida, ER, Jaime PC. Condicionalidades em saúde do programa Bolsa Família – Brasil: uma análise a partir de profissionais da saúde. *Saúde Soc*. 2014; 23(4):1370-1382.
24. Paes-Sousa R, Santos LM, Miazaki ÉS. Effects of a conditional cash transfer programme on child nutrition in Brazil. *Bull World Health Organ*. 2011; (89):496-503.
25. Jannuzzi PM, Pinto AR. Bolsa Família e seus Impactos nas Condições de Vida da População Brasileira: uma Síntese dos Principais Achados da Pesquisa de Avaliação de Impacto do Bolsa Família II. In: Campello T, Neri MC, organizadores. Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania. Brasília, DF: Ipea; 2013. p. 179-192.

Recebido em 14/03/ 2017

Aprovado em 12/11/2017

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária

Antiretroviral treatment: adherence and the influence of depression in users with HIV/Aids treated in primary care

Maria Fernanda Cruz Coutinho¹, Gisele O'Dwyer², Vera Frossard³

RESUMO A adesão ao tratamento é um dos maiores desafios ao tratamento de HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), e a depressão, um fator de impacto. Objetivou-se identificar se a depressão interfere na adesão. Para tanto, utilizou-se um método de multiabordagem de adesão, entrevista aberta e o Inventário de Depressão de Beck para rastreamento de depressão. A relação entre depressão e não adesão não se verificou, apesar de a prevalência de depressão ser de 22,24%. Os pacientes admitiram medo do estigma e dificuldade em seguir o tratamento antirretroviral em decorrência dos efeitos adversos do medicamento. Detectou-se a importância da rede social de proteção e evidenciou-se a necessidade da construção de uma rede de cuidados.

PALAVRAS-CHAVE HIV. Adesão à medicação. Depressão. Atenção Primária à Saúde. Apoio social.

ABSTRACT Adherence to treatment is one of the major challenges to HIV (Human Immunodeficiency Virus) treatment, being depression a factor that impacts on it. The research aimed to identify if depression interferes with adherence. A multi-approach method for adherence, open interview and Beck Depression Inventory were used for depression screening. The relationship between depression and nonadherence was not found, although the prevalence of depression reached 22.24%. Some patients assume fear of stigma and difficulty in following antiretroviral treatment due to the drug adverse effects. Also a social protection network was perceived as crucial as was the necessity to build a care network.

KEYWORDS HIV. Medication adherence. Depression. Primary Health Care. Social support.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
fernandacruzcoutinho@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
odwyer@ensp.fiocruz.br

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
verafrassard@gmail.com

Introdução

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) é uma manifestação clínica avançada da doença causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Caracteriza-se por um transtorno da imunidade celular, resultando em maior suscetibilidade a infecções oportunistas e neoplasias¹. A transmissão dessa síndrome é predominantemente sexual, embora haja outras formas de exposição ao HIV, tais como a transmissão sanguínea e vertical¹.

No Brasil, havia, em 2015, 830.000 pessoas vivendo com HIV, sendo que ocorreram 32.321 novas notificações de infecção pelo HIV nesse ano².

Desde 1996, segundo a Lei nº 9.313/96, o governo brasileiro garante a distribuição de medicamentos antirretrovirais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o primeiro país em desenvolvimento a adotar uma política pública de acesso à Terapia Antirretroviral, conhecida como Tarv³. Em 2013, como nova abordagem para frear a epidemia de Aids, iniciou-se tratamento a todas as pessoas vivendo com HIV, independentemente de seu estado imunológico, avaliado pela contagem de CD4, e a atenção primária assumiu o tratamento antirretroviral aumentando a cobertura de testagem de HIV em populações-chave⁴.

Foi o acesso à Tarv, garantido pelo governo brasileiro e por outras iniciativas internacionais, que possibilitou maior sobrevida e qualidade de vida a esses sujeitos, dando, assim, um caráter de doença crônica à Aids. Mas, o uso dos Antirretrovirais (ARVs) também trouxe efeitos colaterais importantes, tornando-se um problema de adesão. Nesse contexto, as questões relativas ao desenvolvimento de medidas de adesão aos serviços e à Tarv, além de prioritárias, precisam não só ser incrementadas como objeto de ações contínuas e duradouras⁵.

À medida que o paciente HIV positivo abandona o tratamento medicamentoso ou

o faz de modo incorreto, pode abrir portas para as doenças oportunistas, de modo que a adesão ao tratamento acaba assumindo contornos sociais e políticos muito evidentes, tanto pelo investimento feito pelo governo brasileiro como pelo controle da epidemia⁵. Estudos recentes reforçam a necessidade de que políticas de enfrentamento à epidemia aprimorem a qualidade da atenção, promovendo melhoria na adesão à terapia³. Na perspectiva da saúde pública, a não adesão é uma ameaça individual e coletiva⁵.

A combinação de dois ou mais métodos de adesão é necessária para seu monitoramento, mas nenhum apresenta acurácia suficiente para definir a real situação de uso dos medicamentos⁶.

Ainda que se saiba que a carga viral está sujeita à influência de intercorrências clínicas, vacinas e interações medicamentosas⁷, a única medida que efetivamente garante que o ARV foi ingerido pelo paciente é a mensuração sanguínea do medicamento⁸. Por isso, a quantificação do vírus HIV na corrente sanguínea, ou Carga Viral (CV) é utilizada para o monitoramento da resposta ao tratamento antirretroviral e detecção precoce da falha virológica¹.

O autorrelato tem sido o método mais utilizado para monitorar a adesão, tanto em pesquisas como na atenção cotidiana em saúde⁶. Consideram que esse método é de baixo custo, demanda pouco tempo e quando utilizado no contexto clínico pode proporcionar escuta e resolução de dificuldades relativas à ingesta de ARV. Contudo, esse método apresenta problemas, visto que existem diferenças entre os métodos de aferição da adesão e a tendência dos pacientes de superestimar seu comportamento com o medicamento^{6,9}.

Dentre as variáveis que interferem na adesão à Tarv, a depressão é reconhecida por sua capacidade de prever desfechos clínicos negativos, tais como redução da adesão à medicação, qualidade de vida e, possivelmente, agravamento da progressão da doença e mortalidade¹⁰. A depressão é sabidamente



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

uma patologia que apresenta alto índice de melhora quando tratada, podendo reduzir a utilização desnecessária dos cuidados de saúde, diminuir a mortalidade e prolongar a sobrevida do paciente¹¹.

A depressão é o transtorno psiquiátrico prevalente em indivíduos infectados pelo HIV¹². Ainda que estudos considerem uma variação da prevalência da depressão em Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) entre 0 e 42%, há consenso de que ela incide duas vezes mais nessas pessoas do que na população em geral, podendo-se observar uma porcentagem de onze a 30% nos portadores da infecção¹².

Assim, este estudo objetivou analisar a adesão ao tratamento dos pacientes HIV positivos, identificar pacientes com diagnóstico de depressão e verificar a interrupção da Tarv em função da sintomatologia depressiva.

Metodologia

O estudo foi realizado no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) da Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, em 2016, escolhido pela experiência acumulada na assistência a pacientes HIV positivos no âmbito da atenção primária desde 1999.

Utilizou-se trabalho o método misto de investigação, caracterizado pelo uso combinado de investigação quantitativa e qualitativa, porque mostra-se mais adequada para análise de fenômenos complexos como os das ciências sociais e da saúde^{13,14}.

As etapas da pesquisa seguiram a identificação dos pacientes que iniciaram a Tarv em 2014; a revisão de prontuário desses sujeitos; a aplicação do Inventário de Depressão de Beck; e a realização da entrevista semiestruturada.

Os critérios de inclusão admitiram casos de HIV/Aids em indivíduos com 18 anos ou mais, que iniciaram Tarv no período de janeiro a dezembro de 2014 no CSEGSF, que era o local de seu médico de referência, e que haviam recebido duas medidas de carga viral após o início do tratamento.

Para identificação dos pacientes, recorreu-se ao Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) do Serviço de Farmácia. Os pacientes foram recrutados por seus médicos durante as consultas agendadas.

A partir da identificação do paciente, fez-se a revisão de prontuário para identificação dos dados sócio demográficos, a data de diagnóstico de HIV/Aids e mediu-se a carga viral do início da Tarv até 30 de março de 2016. Também rastrearam-se informações relativas a eventuais intercorrências que pudessem resultar em interrupção ou mudança em antirretrovirais, diagnóstico de depressão, uso de álcool ou drogas, assim como se havia algum relato de acompanhamento por profissionais da saúde mental ou prescrição correspondente.

As entrevistas foram realizadas de acordo com a disponibilidade dos pacientes. Inicialmente, os participantes responderam ao Inventário de Depressão de Beck II (BDI II) e, em seguida, realizaram-se as entrevistas semiestruturadas com o objetivo de conhecer o modo de descoberta da doença; seu impacto sobre a vida do sujeito; como se iniciou o tratamento e como foi seguir em Tarv; e se a depressão interferiu de algum modo na ingesta dos medicamentos.

Desenvolvido por Beck et al.¹⁵, o BDI II consiste em um instrumento de autorrelato, composto por 21 perguntas que abarcam itens relacionados à sintomatologia depressiva. Esse instrumento é utilizado regularmente em pesquisas e em estudos sobre depressão em pacientes com HIV/Aids.

Para as medidas de adesão, optou-se por método de multiabordagem^{6,8,9}, que combinou autorrelato via entrevista e medidas objetivas por meio de prontuário para carga viral e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) para retirada de ARV.

A primeira medida de adesão estabelecida para este estudo foi o percentual de dias com medicamento ARV. Tomou-se como medida de adesão a ingesta de 95% das doses prescritas, a mesma considerada pelo Ministério

da Saúde (MS). Os dados do Siclom permitem, a partir das datas de retirada dos medicamentos e do número de comprimidos dispensados, identificar a regularidade da retirada na farmácia, e se os pacientes teriam medicamentos suficientes para atingir ou não a medida de adesão do MS.

O percentual de dias com medicamento foi o resultado da seguinte equação: total de dias com medicação dividido pelo tempo de seguimento. Para cálculo do seguimento tomou-se a data de 30 de março de 2016, subtraído da data de cadastro no Siclom em 2014 em dias.

Nesse sentido, consideraram-se aderentes ao Tarv todos os pacientes que ficaram 95% do tempo ou mais em seguimento com medicamento.

Para o segundo método, medida de carga

viral, considerou-se aderente todo paciente que obteve supressão viral em até 24 semanas desde o início do Tarv. Compreende-se por supressão de carga viral até 50 cópias/ml de sangue⁷.

Autorrelato, a terceira medida de adesão, verificada durante a entrevista, identificou como paciente aderente aquele que informou fazer uso correto do medicamento ARV conforme prescrito.

Esta pesquisa foi aprovada com CAEE: 52415216.7.0000.5240.

Resultados e discussão

O *quadro 1* apresenta o número de sujeitos em cada etapa do estudo, perdas e variáveis analisadas.

Quadro 1. Número de sujeitos em cada etapa do estudo, perdas e variáveis analisadas

População do estudo e variáveis	Etapas do estudo		
	SICLOM	PRONTUÁRIO	ENTREVISTA e BDI II
Paciente Inicial	34	28	28
Perda	6	0	10
Paciente em estudo	28	28	18
Variáveis	Cadastro inicial, datas de retirada dos ARV	Dados sociodemográficos, informações sobre depressão e saúde mental, medidas de carga viral.	Descoberta do diagnóstico, experiência com Tarv, interrupção ou abandono de ARV, sintomatologia compatível com depressão.

ARV- Antirretroviral; BDI II- Inventário de Depressão de Beck II; Siclon- Sistema de Controle Logístico de Medicamentos; Tarv- Terapia Antirretroviral.

Dos 34 pacientes iniciais, seis foram excluídos, sendo um por óbito, dois assistidos por médicos de outra instituição, um morador de rua assistido por outra unidade de saúde, um sem medidas de carga viral e um transferido para outra unidade. A perda de dez sujeitos na entrevista resultou de recusa e nove que não foram encontrados após contato telefônico.

Dentre os pacientes analisados, havia 15 homens e 13 mulheres. A faixa etária predominante incluía os sujeitos entre 20 e

49 anos, representando 78,57%. Do total, 92,86% tinha nível médio de escolaridade. Ainda que não haja bom registro sobre emprego formal e renda nos prontuários, não foi possível identificar a profissão ou ocupação de apenas dois sujeitos.

A política de saúde que preconiza a participação por território, onde os pacientes acessam serviços dentro de suas respectivas áreas programáticas, não vigora para o tratamento de HIV/Aids. O paciente que necessita de Tarv pode recorrer a outra unidade de

atenção básica que lhe forneça a terapia medicamentosa necessária e não os serviços especializados¹. Além disso, questões relacionadas ao preconceito e à necessidade de não ser identificado podem ser responsáveis

pelo êxodo em direção a outros serviços.

A tabela 1 apresenta os dados sobre comorbidade ou fator de agravamento que podem interferir no processo de adesão.

Tabela 1. Distribuição de pacientes em Tarv por comorbidade ou fator de agravamento no CSEGSF, por dados demográficos (N=28). Período: 2014-2015

Variáveis	Número de pacientes	%
Uso de drogas ilícitas		
Sim	08	28,56%
Não	20	71,42%
Usou cocaína	03	10,71
Uso de álcool		
Sim	19	67,85%
Não	08	28,57%
Sem registro	01	3,57%
Em tratamento de saúde mental		
Sim - psiquiatria e/ou psicologia	04	14,28%
Sem registro	23	85,72%
Diagnóstico de depressão		
Não	25	89,28%
Diagnóstico interrogado pela enfermagem	01	3,57%
Sim	02	7,15%

Fonte: Prontuário físico do CSEGSF.

CSEGSF- Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria; Tarv- Terapia Antirretroviral.

Verifica-se que 71,42% dos pacientes nega uso de substâncias ilícitas, 28,56% afirmam uso e 10,71% alegam ter usado cocaína, mas estarem em abstinência. Em relação ao consumo de álcool, 67,85% dos sujeitos alega uso, dados semelhantes ao registrado na literatura³.

O grande número de prontuários, -89,28%, nos quais não aparece nenhum registro de saúde mental, provavelmente revela não apenas os pacientes não apresentam depressão como também sugere subdiagnóstico de transtornos mentais¹⁶.

A pesquisa revelou que 50% dos sujeitos

receberam o diagnóstico de HIV e iniciaram a Tarv em 2014, enquanto a outra metade, que havia recebido o diagnóstico antes de 2014, provavelmente iniciou ARV como efeito da implantação do Tratamento Como Prevenção (TCP).

Desde o advento da Terapia Antirretroviral combinada (Tarv), a infecção pelo HIV tem sido considerada de caráter crônico. Portanto, uma vez iniciado o tratamento com ARV, não poderá mais ser interrompido por causa do risco de replicação viral⁵. À medida que aumenta o tempo de utilização

dos medicamentos para até o final da vida, a fadiga é consequência comum e esperada em decorrência do uso diário, da complexidade dos esquemas, das diferentes restrições e das mudanças sociais e mesmo físicas associadas ao tratamento. Por isso, o início precoce da Tarv pode se configurar como fator que dificulta a adesão¹⁴.

Por outro lado, a nova apresentação dos antirretrovirais, que reduz o esquema medicamentoso para um único comprimido, auxilia o uso prolongado dos ARV, sendo um facilitador para a adesão.

A *tabela 2* apresenta o resultado de adesão segundo os três critérios. O autorrelato será discutido na sessão de entrevista.

Tabela 2. Distribuição de pacientes do CSEGSF, segundo critérios de adesão estabelecidos pelo estudo: Siclom (N = 28), Carga Viral (N = 28) e Entrevistas (N = 18). Período 2014-2015

Adesão	Siclom % n %		Carga Viral %		Entrevista %	
Sim	17	60,74 %	20	71,42 %	10	55,55 %
Não	11	39,26 %	08	28,58 %	08	44,45 %
Total	28	100 %	28	100 %	18	100 %

Fonte: Siclom, prontuário físico e entrevista.

CSEGSF- Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria; Siclon- Sistema de Controle Logístico de Medicamentos.

Verificou-se que, pela dispensação de medicamentos, 60,74% dos pacientes foram considerados aderidos. O monitoramento na dispensação de ARV é importante por identificar pacientes com retirada irregular desses medicamentos na farmácia⁹, embora, como outros métodos de adesão, traga problemas de acurácia⁸. A interpretação dos dados sobre a dispensação dos ARVs apenas sugere adesão ou não adesão, pois não há como garantir que, mesmo de posse do medicamento, o paciente tenha tomado regularmente ou conforme prescrito^{6,8,9}.

Pela medida de supressão da carga viral, 71,42% foram aderentes.

A medida de carga viral não é considerada ideal para aferir adesão, porque muitos fatores influenciam essa medida, ainda que até 96% dos pacientes que permanecem em tratamento e recebem ARVs têm níveis indetectáveis de HIV no sangue⁷.

Segundo a terceira medida de adesão, o autorrelato, 55,55% dos sujeitos entrevistados

informou que faz uso corretamente dos ARV.

De acordo com dados oficiais³, a taxa média de não adesão é de 34,5%, mas pode haver grande variabilidade de valores encontrados, dependendo principalmente do tipo de medida e da definição de adesão, corroborando os resultados encontrados.

O percentual de adesão estabelecido varia de acordo com a definição da medida da adesão aplicada, quais sejam, o autorrelato por entrevista; registro diário; contagem de pílulas; registro de prontuário; dispensação da farmácia; dispositivo eletrônico; ou combinação de métodos, além do desenho do estudo^{3,7,9}. A outra questão importante para avaliar a adesão é a depressão.

A análise do instrumento BDI considerou como depressão significativa resultados a partir de 21 pontos, correspondendo a 22,23% dos sujeitos (*tabela 3*), o que se aproxima dos resultados de estudos de revisão sistemática e metanálise^{17,18}.

Tabela 3. Distribuição de pacientes em Tarv por resultado do instrumento de rastreamento de sintomas depressivos em pacientes que iniciaram Tarv em 2014 no CSEGSF (n=18). Período: 2014-2015

Sujeito		BDI II
N	%	
11	61,11%	Ausência de sintomas
3	16,66%	Sintomas leves a moderados
4	22,23%	Sintomas graves

Fonte: BDI II.

BDI II- Inventário de Depressão de Beck II; CSEGSF- Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria; Tarv- Terapia Antirretroviral.

Os dados apresentados sugerem uma prevalência de 22,23% de depressão entre os sujeitos entrevistados^{12,15,16}.

O estudo revelou que apenas 5,55% dos sujeitos entrevistados que pontuaram de modo significativo para depressão referiram relação entre depressão e ingesta de ARV.

Meu mundo acabou... pra mim naquele momento eu não me via mais normal. Acabou, fiquei sem chão. ...eu não consigo trabalhar... eu só choro... se eu soubesse que parando hoje eu morreria amanhã, já teria parado. A medicação foi também a parte mais difícil da minha vida... é o único momento hoje que eu lembro que eu tenho o HIV. A maioria da parte do tempo eu procuro não pensar que eu tenho HIV... Às vezes... um dia eu tomava e outro não queria tomar. (P11).

Pacientes aderidos, em algum momento, ao tratamento deixaram de tomar os medicamentos conforme prescrito e, apesar de terem vivenciado a descoberta do HIV como algo difícil de aceitar, conseguem reconstruir sua vida mais adaptada à nova situação. Entretanto, pacientes não aderidos referem apenas um momento, o da descoberta, como algo profundamente perturbador. Nesse sentido, é possível que a prevalência de 22% de depressão seja um indicador de pacientes mais vulneráveis ao abandono do tratamento. Já os 5,5%, continuam vivenciando a doença como algo extremamente perturbador, o que parece predominar nos pacientes não aderidos¹⁹.

As entrevistas permitiram reconhecer categorias que implicam uma compreensão da experiência de viver com HIV/Aids e a adesão ao tratamento a partir de aspectos psicossociais que interferem ativamente nesse processo. Essas categorias são a descoberta de portador de HIV; o impacto na vida; a experiência com o antirretroviral; e a rede de proteção.

A descoberta de ser portador de HIV/Aids

O momento de recebimento do diagnóstico de HIV é crítico em razão da gravidade da doença e do comprometimento do prognóstico, e pode trazer desdobramentos importantes para a vida do sujeito, para seu tratamento e consequentemente para a adesão.

O cuidado de comunicar o diagnóstico e a interação com o profissional de saúde nesse momento são decisivos, visto que a emergência de sentimentos de desamparo pode propiciar que os pacientes se apropriem do que é dito pelos profissionais de saúde para definir projetos de vida³.

Dos 18 pacientes, apenas quatro receberam a notícia do contágio pelos profissionais do CSEGSF, sendo que três deles souberam pela positividade do cônjuge e um, em decorrência de exame, estando todos assintomáticos. Os demais 14 receberam a informação por meio de profissionais de outros serviços de saúde, sendo que sete estavam sintomáticos.

Surpreendentemente para alguns, o

recebimento do diagnóstico não produziu mal-estar nem impacto significativo: “foi normal... já sabia” (P13).

A maioria dos sujeitos apresentou ambivalência entre vida e morte quando se descobriu portadora de HIV/Aids. A angústia que emerge nesse momento parece estar relacionada com a possibilidade de morte, parte em função da persistência da compreensão de que Aids mata, parte porque uma mudança importante deverá acontecer na vida para que possa efetivamente viver com a doença, porém com qualidade.

Cinco pacientes relataram que, ainda que tenham sofrido impacto ao receber o diagnóstico, encontraram razões para seguir a vida e procurar tratamento, mostrando resiliência:

Um marco divisor foi o período em que eu precisaria ter que rever também os meus conceitos, precisaria ter que me reorganizar, precisaria também ter que ver os meus objetivos de vida também, mas nada que pudesse abalar a minha estrutura. (P19).

Um paciente contou sobre a potência devastadora que é receber do diagnóstico de HIV:

Quando eu descobri que tinha HIV, foi um choque... Eu, na hora, comecei chorar, eu fiquei sem chão até hoje de lembrar. Eu cheguei no trabalho e falei: cara, eu vou morrer. Eu vou... eu não sei o que eu vou fazer da minha vida. (P6).

Os resultados encontrados nos estudos mais antigos em relação às reações ao diagnóstico apresentam semelhanças, mesmo que a expectativa de tratamento e de sobrevida para as pessoas com HIV/Aids tenha se ampliado de forma importante³.

Choque emocional, preocupação com o estado de saúde, ansiedade relacionada ao surgimento de sintomas, angústia, medo da morte, de abandono pelos familiares e amigos, raiva, vergonha e culpa foram as reações constatadas³.

Cardoso e Arruda¹⁹ afirmam que esse

momento da descoberta é associado à morte, mas que demandará uma nova condição de vida mais adaptada à nova situação.

Pacientes referiram encontrar nos filhos motivos para viver e se engajar no Tarv: “Minha vontade era de matar, mas aí eu parei e pensei nos meus dois filhos... Eu fiquei desesperada... não queria morrer...” (P20).

Ayres²⁰ aborda o cuidado como um constructo filosófico, uma categoria para designar simultaneamente compreensão filosófica e atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, interação entre dois ou mais sujeitos visando ao alívio de um sofrimento ou ao alcance de bem-estar. Em última instância, cuidar do outro é cuidar de si, e é isso que a preocupação com os filhos produziu em P20 à medida que gerou autocuidado.

Alguns sujeitos relataram impacto maior no recebimento do diagnóstico: “Fiquei nervosa no momento, né. Porque jamais pensei que iria ter uma coisa dessa aí, tão grave” (P2).

Há ainda quem tenha experimentado impacto do diagnóstico e certo desdobramento no sentido de permanência do mal-estar, podendo gerar depressão: “Eu não sou mais normal, porque tenho limitações; não sou mais uma pessoa que pode fazer certos tipos de coisas” (P11).

O conceito de *recovery* parece ser importante para a compreensão do que esses pacientes relatam sobre a dificuldade de encontrar saídas para o mal-estar provocado pelo recebimento do diagnóstico de HIV.

O *recovery* é definido como um processo, um desafio diário e uma reconquista da esperança, da confiança pessoal, da participação social e do controle sobre as suas vidas que acontecem num determinado momento da vida. Não se trata em absoluto de retornar a um estado anterior à doença, mas ao contrário, a partir dela encontrar fortalecimento pessoal e descobrir novas saídas frente às adversidades²¹.

Ao receber o diagnóstico, é inevitável que os entrevistados aventem a questão das

formas de transmissão, que contraíram HIV predominantemente por via sexual.

No Brasil, 96,4% dos casos registrados em mulheres em 2012 decorreram de relações heterossexuais com pessoas infectadas pelo HIV. Dentre os homens, 36,8 % dos casos se deram por relações heterossexuais, 50,4% por relações homossexuais e 9% por bissexuais. O restante ocorreu por transmissão sanguínea e vertical².

Dos entrevistados, 33% falaram claramente que contraíram a doença sexualmente de alguém com quem se relacionavam intimamente, como marido, esposa, companheiro(a) ou namorado(a). Além de descobrirem que estão com doença grave e crônica, essas pessoas tiveram que se deparar com a traição de confiança.

Cara, isso aí foi ele (companheiro) que trouxe pra mim. Eu tenho certeza, porque eu não estou tendo relação com ninguém. A única vez que a gente se separou, cada um teve relações com outras pessoas nesse período... mas eu tenho a plena certeza absoluta de que foi super protegido. (P6).

Um paciente referiu ter sido contaminado por seu namorado, que manteve isso em sigilo até que adoeceu e foi levado ao hospital: *“Fiquei sabendo que ele tinha. Depois, quando eu fui fazer exame, descobri que eu tinha”* (P7).

Para alguns pacientes, não vale a pena investigar a forma de transmissão:

Tenho e não tenho, como saber?... Não, porque quando se vai investigar, no meu ponto de vista, quando se volta atrás pra investigar, sofre-se muito mais. Então, é melhor tratar do que está ali. Não tratar o passado. (P1).

A descoberta do HIV por transmissão sexual também gerou sentimento de raiva e traição: *“Foi meio que uma covardia a forma como me passaram”* (P10).

Os conceitos de fidelidade, estabilidade, parceiro fixo e monogamia, que conferem àqueles que exercem tais modalidades de parceria a

sensação de sexo seguro, e resultam na decisão de não usar o preservativo, foram, em parte, responsáveis por impacto maior no momento de recebimento do diagnóstico.

Outros referiram falha no uso de preservativo: *“a camisinha estourou com meu ex-namorado”* (P19).

A recusa em acreditar no diagnóstico e a falta de reação parecem estar mais relacionadas à negação da doença do que ao desconhecimento sobre o HIV:

Eu procurei não explodir... fiquei séria olhando pra médica... Eu me lembro que só botei a mão no papel, assim, na mesa dela e falei: eu não tenho isso... Eu determinei em nome de Jesus [...] Em nome de Jesus eu não tenho a doença. (P15).

Impacto na vida

Há casos em que o diagnóstico funciona como propulsor de mudanças consideradas positivas, associadas à valorização de si mesmo e da vida, ao otimismo e à esperança³. Ser portador de HIV pode produzir o sentido da sensibilidade e da solidariedade. O conceito de resiliência relaciona-se à compreensão do diagnóstico, com potencial de mudanças e novas oportunidades diante da vida²¹.

O primeiro impacto identificado refere-se a uma mudança positiva frente à vida:

Acho que nem tudo é malefício. Foi um benefício pra que eu pudesse olhar melhor pra mim, humano, olhar melhor fisicamente. Cuidar mais da minha saúde, digamos assim. (P19).

A capacidade de resiliência para enfrentar a doença e o tratamento e lidar com o modo de contágio e seus desdobramentos são decisivos para a adesão ao tratamento e proteção contra a depressão.

Outro impacto evidenciado diz respeito às separações amorosas e ao temor em ter uma nova relação que envolva não apenas o aspecto afetivo como também a vida sexual.

Mas agora a parte mais triste é que me separei do meu ex e hoje em dia acho que já não consigo ter relacionamento com outra pessoa nem morar junto, porque sei lá. Não sei como vai ser a reação da pessoa... (P6).

Outro paciente referiu interrupção da vida sexual:

destruiu meu projeto de vida... parei de ter relações sexuais... porque não me sinto no direito de destruir a vida de ninguém... criei uma barreira com isso... eu queria ter um filho meu, viver uma vida normal. (P10).

Esse sentimento de ‘estar bloqueado’ nos relacionamentos afetivos e sexuais após o diagnóstico é comum, ainda mais quando se constata que o contágio se deu pela via sexual³.

Observou-se que aspectos psíquicos ou vivências relacionadas à tristeza, depressão ou ansiedade foram significativos. Os achados acerca da depressão indicam que ela pode não estar diretamente relacionada à descoberta do HIV, mas sim aos seus desdobramentos e não impactar a ingesta dos medicamentos:

Tornei-me uma pessoa muito frágil, impaciente, e tudo era motivo para reclamar. Depois de tudo que passei no meu relacionamento e com minha família, me fechei e também não tenho paciência pra ouvir. (P12).

Um sujeito descreveu com bastante clareza a relação entre HIV e depressão, sobretudo no que se refere às relações, como se não fosse mais possível confiar nas pessoas:

Não sinto mais vontade de viver. Não sinto mais vontade de me envolver com ninguém. O que passaram para mim, não desejo passar para ninguém. Nem para o meu pior inimigo. (P24).

Houve relatos de quadros de depressão mais graves, marcados pelo desejo de morte: “Eu queria morrer... fiquei deprimida, não queria comer nem beber água” (P20).

Um aspecto importante é o medo do estigma social da doença, que modifica e restringe a vida dos envolvidos e que prevaleceu nesse estudo como impacto importante:

Vai ficar difícil para eu arrumar emprego com carteira assinada. Ninguém mais me aceita. Tenho até uma garota que não me deu mais a oportunidade de namorá-la, porque tenho essa doença. (P23).

A maioria dos entrevistados esconde o diagnóstico devido ao estigma. Não compartilham ou só compartilham com sua rede íntima:

Falei com meu filho e com meu namorado. (P11).

... não tenho força para falar para minha mãe... tenho medo de decepcioná-la. (P24).

Tenho medo de as pessoas me olharem de forma diferente... (P14).

O medo de ser descoberto com HIV resultou na procura por outros serviços de saúde: “Não queria me tratar aqui, queria me tratar em outro lugar... tem muita gente que desfaz da gente, que tem preconceito” (P16).

Segundo Carvalho e Paes²¹, o estigma e o preconceito que permanecem associados ao HIV e à Aids contribuem para o sofrimento ao receber esses diagnósticos e para a manutenção da notícia em segredo. Compartilhar ou não informações e sentimentos relacionados ao diagnóstico, tratamento e prognóstico com outras pessoas é uma decisão que influencia as relações familiares, as relações sociais, a aderência ao tratamento e o autocuidado²², conforme encontrado por Cardoso e Arruda¹⁹.

Pachankis²¹ discute as diferenças entre estigmas visíveis e invisíveis e afirma que os estigmas invisíveis também são estressores, pois exigem a tomada de decisões sobre para quem revelar, geram ansiedade antecipatória sobre a possibilidade de ser descoberto, ser isolado e excluído. “Eu não queria vir para cá,

porque tinha vergonha do que a sociedade ia falar, não por minha causa, mas por causa dos meus filhos” (P20).

Os pacientes do estudo corroboram os achados de Gomes et al.²³ à medida que parecem temer mais as consequências sociais do que o agravamento clínico. Há um profundo temor da ‘morte social’, da rejeição; é um duplo sofrimento, pois, além das implicações físicas, há as sociais.

Experiência com o antirretroviral

A experiência relatada com os efeitos adversos dos ARVs não foi diferente dentre aqueles que estavam assintomáticos, que iniciaram Tarv por causa da mudança do protocolo do MS, e os demais pacientes.

Nas duas primeiras semanas, quando comecei a tomar, senti muito enjoo, mas continuei. (P1).

A medicação foi também a parte mais difícil da minha vida por causa dos efeitos... parecia que pisava em ovos, ficava tonta, falava enrolado e não me sentia bem, com meu corpo diferente... aquela sensação ruim. (P11).

Há quem não sentiu efeitos adversos: “O tratamento em si não foi ruim... não tive mal-estar, não tive enjoo...” (P12).

O início do tratamento é o período mais difícil para a adesão pela inclusão dos remédios na rotina diária e pelos efeitos colaterais²⁴ e em função da mobilização de todo campo representacional da condição de ser soropositivo¹⁹.

Apesar de esses medicamentos produzirem fortes reações, espera-se que haja desaparecimento dos sintomas em alguns meses, fazendo com que o corpo se adapte às substâncias: “Me senti mal, mas sabia que era um período de adaptação” (P19).

A melhora em relação aos efeitos adversos foi mencionada por vários pacientes, especialmente a partir do segundo ano de tratamento, que coincide não apenas com

um tempo de ingesta dos ARVs pelos sujeitos como também com a mudança na forma de apresentação dos medicamentos: “No início deste segundo ano, já tá bem melhor” (P6).

Continuar o tratamento foi identificado com ir às consultas médicas, realizar os exames solicitados e tomar os ARVs: “Seguiu correto, seguiu bem. Acompanhei os médicos, tudo certo. Estou continuando, não pode parar” (P16).

Dois sujeitos pensaram em abandono do tratamento. Quatro efetivamente abandonaram o Tarv, sendo que apenas um sujeito relacionou a interrupção de ARV a sentimentos relacionados à depressão.

É, porque eu estava tomando o remédio direitinho, mas aí tem umas certas dificuldades da vida. Então pensei que já que tenho isso mesmo, deixa chegar a minha hora. (P20).

Todos os demais negaram sequer ter pensado em interromper.

O reconhecimento de melhora por Tarv parece ter sido identificado pelos pacientes:

Logo percebi a transformação do remédio no meu organismo, senti a diferença... Não me sinto mais cansado como antigamente. É, melhoras. Sinto mais paladar, como mais... (P23).

Parte da população deste estudo iniciou ARV em função da mudança do protocolo de tratamento de HIV/Aids estabelecido pelo MS, apresentando bom estado geral, sem sintomas. Essa seria uma interpretação possível para que alguns sujeitos não tenham reconhecido melhora com o tratamento medicamentoso.

Rede de proteção

De forma geral, a rede de proteção íntima desempenhou o apoio social na figura de cônjuges, amigos, pai, mãe, filhos, irmãos e namorados. Entretanto, mesmo nessa rede familiar, os pacientes selecionaram em

quem confiar: “Só contei para meu companheiro” (P19).

A presença de familiares ou amigos pode ser decisiva para a manutenção do tratamento, pois auxilia nas rotinas diárias, inclusive naquelas relativas aos cuidados básicos à saúde e ao cumprimento dos horários da medicação²²: “Meu atual marido me apoia tanto que lembra o horário do remédio. Pergunta se já tomei o remédio” (P15).

O apoio emocional pode ser decisivo tanto para a aceitação do diagnóstico como para a proteção contra o risco de suicídio. Já no recebimento do diagnóstico, o apoio familiar ou de alguém que desempenhe essa função parece ser importante;

O amigo com quem compartilhei o diagnóstico foi a pessoa que me abraçou, foi a pessoa que me ajudou quando eu mais precisei, com seu apoio moral. Se não fosse ele, acho que no dia que eu peguei o exame, não estaria aqui, porque se desse positivo eu me jogaria na frente de um carro em alta velocidade. (P6).

O apoio social, especialmente familiar, é associado a menor sofrimento psicológico, frequência de sintomas psiquiátricos e índices de ansiedade e depressão e melhor qualidade de vida¹⁰.

À medida que os pacientes passam pelo processo de aceitação do diagnóstico, o engajamento no tratamento sofre interferências desse processo, podendo afetar concepções e posições de seus familiares e, conseqüentemente, de sua rede de apoio.

Certamente, aspectos que transcendem à racionalidade estão em ação no tratamento e na adesão e interferem não apenas em PVHA.

A fé e a crença são apoio social fundamental²⁵: “Se não fosse Deus, acho que teria tirado a minha vida” (P14).

A religião contribui para a construção de compreensões de mundo e da própria vida por meio não só de sua cosmologia como, inclusive, por meio das práticas que lhe são cotidianas, o que lhe confere importante papel em termos de suporte ou apoio social²⁵,

corroborando os achados desta pesquisa:

Sou evangélica, tenho Deus na minha vida. Quanto estou na hora da minha angústia, começo a clamar pelo Senhor. Na hora do desespero, dobro meu joelho e começo a clamar pelo Senhor, porque só ele é por mim. (P24).

O apoio social influencia beneficentemente o estado de saúde das pessoas à medida que pode ser compreendido como agente promotor para a obtenção de maior controle sobre a vida. Portanto, auxilia fortemente no enfrentamento das adversidades e no compartilhamento de experiências a partir de trocas e cuidado mútuo, visto que beneficia tanto a quem recebe como a quem oferece o apoio^{23,24}.

Conclusões

A conjugação das três medidas de adesão estabelecidas pelo estudo, apesar das variações entre elas, mostrou que 38,88% dos sujeitos entrevistados foram considerados aderentes pelas três medidas. A medida de carga viral atingida por quase todos os pacientes sugere sucesso terapêutico.

Identificar formas mais adequadas e efetivas de medir a adesão ainda é um desafio. Nesse sentido, torna-se importante gerar mais pesquisas com número maior de pacientes, especialmente por meio da ainda incipiente utilização da medida de carga viral, com vistas a testar um bom método de adesão ao Tarv.

A duração do estudo pode ter influenciado na não verificação de depressão como variável que impacta a adesão ao tratamento. Ainda que tenham sido identificados 22,24% de pacientes deprimidos, eles pareceram estar aderidos ao Tarv. Contudo, devem-se tratar os sintomas de depressão para que não haja agravamento do quadro psíquico a ponto de impactar a qualidade de vida desses sujeitos e a ingestão dos medicamentos antirretrovirais.

É fundamental que os profissionais dos serviços de saúde pública atentem para os aspectos indicados e que os serviços disponham de uma equipe multiprofissional. A capacitação dos profissionais é importante para que conheçam a doença, seus estigmas, tratamento e dificuldades de adesão, inclusive para que se estimule a formação de uma rede de proteção e suporte aos pacientes e familiares.

Colaboradores

Maria Fernanda Cruz Coutinho e Gisele O'Dwyer foram responsáveis pela concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados.

Vera Frossard encarregou-se da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. O Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica: Manual para Profissionais Médicos [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 2016 jul 9]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/58663/manejo_da_infeccao_manual_para_medicos_pdf_17112.pdf.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Bol Epidemiol. 2017; 48(1):1-51 [acesso em 2017 set 4]. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/janeiro/05/2016_034-Aids_publicacao.pdf.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do projeto ATAR [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 2015 jul 9]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/atar-web.pdf>.
4. Brasil. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. Taxas de prevalência de Aids em populações-chave. c2018. [acesso em 2017 set 4]. Disponível em: <http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/06/pop-chave-prev-02.jpg>.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008 [acesso em 2015 jul 9]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_hiv.pdf.
6. Polejack L, Seidl EMF. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/Aids: desafios e possibilidades. Ciênc Saúde Colet [internet]. 2010 Jun [acesso em 2018 fev 9]; 15(suppl1):1201-1208. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700029&lng=en.
7. Günthard HF, Saag MS, Benson CA, et al. Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV infection in adults. JAMA. 2016; 316(2):191-210.
8. Llabre MM, Weaver KE, Durán RE, et al. A Measurement Model of Medication Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy and Its Relation to Viral Load in HIV-Positive Adults. AIDS Patient Care STDS. 2006 Oct; 20(10):701-711.

9. Bonolo PF, Gomes RRFM, Guimarães MDC. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/Aids): fatores associados e medidas da adesão. *Epidemiol Serv Saúde* [internet]. 2007 Dez [acesso em 2018 fev 09]; 16(4):267-278. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000400005&lng=pt.
10. Nanni MG, Caruso R, Mitchell AJ, et al. Depression in HIV Infected Patients: A Review. *Curr Psychiatry Rep*. 2015 jan; 17(1):530.
11. Pinto DS, Mann CG, Wainberg M, et al. Sexuality, vulnerability to HIV, and mental health: an ethnographic study of psychiatric institutions. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2007 Set [acesso em 2018 fev 9]; 23(9):2224-2233. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900030&lng=en.
12. Gonzalez JS, Batchelder AW, Psaros C, et al. Depression and HIV/AIDS Treatment Nonadherence: A Review and Meta-Analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011 Out; 58(2):181-187.
13. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed; 2010.
14. Greene JC. Is Mixed Methods Social Inquiry a Distinctive Methodology? *J Mix Methods Res*. 2008 Jan; 2(1):7-22.
15. Paranhos ME, Argimon IIL, Werlang BSG. Propriedades psicométricas do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) em adolescentes. *Aval Psicol* [internet]. 2010 Dez [acesso em 2018 fev 9]; 9(3):383-392. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000300005&lng=pt.
16. Chiaverini DH, organizadora. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
17. Sin NL, DiMatteo MR. Depression Treatment Enhances Adherence to Antiretroviral Therapy: A Meta-Analysis. *Ann Behav Med*. 2014 Jun; 47(3):259-269.
18. Uthman OA, Magidson JF, Safren SA, et al. Depression and Adherence to Antiretroviral Therapy in Low-, Middle- and High-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2014 Sept; 11(3):291-307.
19. Cardoso GP, Arruda A. As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2005 Mar [acesso em 2018 fev 14]; 10(1):151-162. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100022&lng=en.
20. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface Comun Saúde Educ*. [internet]. 2004 Fev [acesso em 2018 fev 9]; 8(14):73-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100005&lng=en.
21. Carvalho SM, Paes GO. A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 19(2):157-163.
22. Pachankis JE. The psychological implications of concealing a stigma: a cognitive-affective-behavioral model. *Psychol Bull*. 2007; 133(2):328-345.
23. Gomes AMT, Silva EMP, Oliveira DC. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. *Rev Latino-Am Enfermagem* [internet]. 2011 Jun [acesso em 2018 fev 9]; 19(3):485-492. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000300006&lng=en.
24. Rodrigues M, Maksud I. Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/Aids. *Saúde debate*. 2017 Abr; 41(113):526-538.

Recebido em 05/09/2017

Aprovado em 15/02/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Ações voltadas ao controle do Diabetes *Mellitus* na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo

Actions aimed at the Diabetes Mellitus control in Primary Health Care: a proposal of evaluative model

Daiani de Bem Borges¹, Josimari Telino de Lacerda²

RESUMO O artigo corresponde à apreciação da viabilidade para avaliação das ações voltadas ao controle do Diabetes *Mellitus* (DM) na Atenção Básica (AB) e apresenta uma proposta de modelo avaliativo. Análises documentais, revisão de literatura e reuniões com especialistas orientaram a elaboração do modelo. Para sua validação, utilizou-se a técnica de conferência de consenso. A matriz de análise e julgamento é composta por 19 indicadores agregados em duas dimensões. As ações voltadas ao controle do DM na AB são passíveis de avaliação. A aplicação do modelo avaliativo proposto permitirá ampliar o conhecimento dos mecanismos e processos implicados na operacionalização das ações, contribuindo para seu aperfeiçoamento.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde. Diabetes *Mellitus*. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT The article corresponds to the assessment of the feasibility to evaluate the actions directed to the control of Diabetes *Mellitus* (DM) in Primary Health Care (PHC), and presents a proposal of an evaluation model. Documental analysis, literature review and meetings with experts guided the elaboration of the model. For its validation, the consensus conferencing technique was used. The matrix of analysis and judgment is composed of 19 indicators aggregated in two dimensions. Actions aimed at the control of DM in PHC are susceptible to evaluation. The application of the proposed evaluative model will increase the knowledge of the mechanisms and processes involved in the operationalization of the actions, contributing to its improvement.

KEYWORDS Health evaluation. Diabetes *Mellitus*. Primary Health Care.

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

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

Introdução

O Diabetes Mellitus (DM) é uma das doenças crônicas mais prevalentes no mundo e se constitui em um dos maiores desafios de saúde pública do século XXI. Nos anos 2000, havia 151 milhões de pessoas com DM em todo o mundo. Em 2015, o número total de pessoas com diabetes já chegou a 415 milhões, o que corresponde a uma prevalência de 8,8%. Além das taxas crescentes de mortalidade, o DM preocupa devido ao custo econômico associado à doença. Se a epidemia global de DM continuar aumentando, haverá, muito provavelmente, um crescimento maciço das despesas de saúde nos próximos anos. Atualmente, cerca de 12% das despesas globais em saúde já são atribuídas ao cuidado das pessoas com diabetes e suas complicações¹. Vários estudos comprovam que o diabetes impõe um grande fardo econômico aos indivíduos e às famílias, aos sistemas nacionais de saúde e aos países^{2,3}.

O Brasil já ocupa a quarta posição entre os países com maior número de pessoas vivendo com DM, com, aproximadamente, 14,3 milhões, atrás apenas da China, da Índia e dos USA⁴. Em 2011, a prevalência do DM autorreferido em adultos (maiores de 18 anos) residentes nas capitais brasileiras foi de 6,3% (95% IC: 5,9-6,7), aumentando significativamente com idade, sobrepeso e obesidade⁵. O DM faz parte do grupo das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e é responsável pela primeira causa de mortalidade no País, com 61,85% do total de óbitos, segundo Capítulo do CID-10, em 2015⁶. Nas últimas décadas, tem-se observado uma redução da taxa de mortalidade por DCNT, principalmente com relação às doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas. Essa redução é atribuída à implementação de políticas de saúde que levaram à expansão do acesso à Atenção Básica (AB) em saúde e à redução do tabagismo. Entretanto, a taxa de mortalidade por diabetes continua aumentando⁷.

O DM é um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária. As evidências demonstram que o bom manejo desse agravo na AB evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares⁸. Para que as ações voltadas ao controle do DM se desenvolvam de forma efetiva e eficiente, a AB deve atuar como porta de entrada no sistema de saúde e coordenadora do cuidado. Práticas centradas no modelo biomédico; no precário funcionamento dos mecanismos de referência e contrarreferência; no desconhecimento dos profissionais da AB quanto aos fluxos de acesso aos demais pontos de atenção; em déficits na formação das equipes, descompromisso dos profissionais com o cumprimento das normas técnicas e com os resultados esperados; em condições de trabalho precárias, incluindo a instabilidade dos vínculos trabalhistas, salários precários, problemas na relação quantitativa de equipe/população e a falta de equipamentos e outros insumos são alguns dos fatores impeditivos para uma adequada atenção à saúde^{9,10}.

Para compreender de que forma e em que medida as ações voltadas ao controle do DM estão implantadas, identificar os fatores contextuais que influenciam o grau de implantação e reconhecer os fatores facilitadores e principais obstáculos enfrentados para o desenvolvimento de ações efetivas, há de se desenvolver processos avaliativos pertinentes e oportunos. Diante da importância de estudos avaliativos para a tomada de decisão e da responsabilidade da gestão municipal sobre a implantação das ações voltadas ao controle do DM, torna-se oportuna a proposição de um modelo avaliativo que possa subsidiar o planejamento, a implementação de ações, a organização e a reorientação dessa intervenção nos municípios.

O presente artigo corresponde à apreciação da viabilidade para avaliação das ações voltadas ao controle do DM na AB e tem como objetivo apresentar uma proposta de modelo avaliativo, constituída por: modelo teórico,



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

modelo lógico e uma matriz de análise e julgamento, bem como recomendações para pesquisas avaliativas subsequentes.

Metodologia

Este estudo está baseado na metodologia proposta por Thurston e Ramaliu¹¹, com abordagem qualitativa, em pesquisa realizada entre agosto de 2014 e julho de 2015, que compreendeu: revisão da literatura e dos documentos oficiais sobre o objeto avaliado; delimitação do programa através da identificação de seus objetivos e das atividades a

serem realizadas; modelagem do programa com os interessados, considerando os resultados esperados, os impactos previstos e os determinantes; entendimento preliminar de como o programa opera; desenvolvimento de uma matriz de análise e julgamento; identificação dos utilizadores da avaliação; obtenção de um acordo quanto ao procedimento de uma avaliação.

Inicialmente, foi realizada análise documental e revisão da literatura para delimitar o programa e identificar seus objetivos. No *quadro 1*, são apresentadas as políticas de saúde, legislações e normas relacionadas ao objeto de pesquisa utilizadas na análise documental.

Quadro 1. Leis, portarias, diretrizes e protocolos utilizados na elaboração dos modelos teórico e lógico das ações voltadas ao controle do DM na AB

Ano	Legislação	Deliberações/Objetivos
2001	Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001	Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – Noas-SUS 01/2001.
	Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus	Subsidia tecnicamente os profissionais da rede de Atenção Básica na perspectiva de reorganizar a atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus.
2002	Portaria nº 371/GM, em 04 de março de 2002	Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.
2006	Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006	Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos.
	Cadernos de Atenção Básica nº16	Protocolo baseado em evidências científicas mundiais dirigido aos profissionais de saúde, sobretudo às equipes de saúde da família, para o enfrentamento do DM.
2007	Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007	Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de Diabetes Mellitus.
2008	Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de DCNT (Série Pacto pela Vida, v.8)	Promove a reflexão sobre o modelo de assistência orientado para responder às necessidades das pessoas com DCNT.
2010	Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.
2011	Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.
2012	Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022	Promove o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalece os serviços de saúde voltados às doenças crônicas.

Quadro 1. (cont.)

2013	Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013	Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.
	Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas Linhas de Cuidado Prioritárias	Estabelece as diretrizes para o cuidado às pessoas com doenças crônicas na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas.
	Caderno de Atenção Básica nº 36	Estratégias para o enfrentamento das DCNT: Diabetes Mellitus.

Para a modelagem do programa, foi elaborado um Modelo Teórico (MT) e um Modelo Lógico (ML) das ações voltadas ao controle do DM na AB. O MT é um sistema hipotético-dedutivo que representa a teoria do objeto-modelo, explicitando como o programa idealmente funciona. Sua operacionalização é expressa através do ML, esquema visual que apresenta o funcionamento do programa e fornece uma base objetiva a respeito da relação causal entre seus elementos^{12,13}.

Os modelos teórico e lógico preliminares foram estruturados a partir do referencial teórico adotado, levando em consideração o contexto social no qual o objeto está inserido. As propostas iniciais dos dois modelos foram apresentadas e extensamente discutidas em oficinas com a participação dos integrantes do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (Nepas), do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), constituído por professores do departamento, profissionais de saúde de diversas áreas e alunos de mestrado e doutorado da área de avaliação em saúde. À luz dos modelos teórico e lógico consensuados, foi elaborada a Matriz de Análise e Julgamento (MAJ), contendo indicadores, medidas, parâmetros, a pontuação máxima esperada, bem como as respectivas fontes de evidência. A revisão da literatura também auxiliou na seleção dos componentes da matriz de análise e na identificação de indicadores utilizados em estudos anteriores¹⁴⁻¹⁶.

Para a validação do modelo avaliativo proposto, constituído pelos modelos teórico, lógico e pela MAJ, e considerando o conteúdo e a plausibilidade das relações causais estabelecidas entre os seus vários componentes, foram realizadas duas oficinas com a participação de informantes-chave, orientadas pela técnica de conferência de consenso¹⁷. Para compor as oficinas de consenso, foram convidados gestores e profissionais de saúde vinculados ao serviço no âmbito da AB, escolhidos em virtude de sua área de atuação e experiência com relação ao objeto de estudo, e pesquisadores com experiência na área de: avaliação em saúde, diabetes/doenças crônicas não transmissíveis e pesquisa qualitativa. Ao todo, participaram das oficinas, enquanto informantes-chave: (02) médicos de família e comunidade; (03) odontólogos; (02) enfermeiros; (01) farmacêutico; (01) nutricionista.

Os informantes-chave receberam a proposta preliminar dos MT, ML e da MAJ, via correio eletrônico, e foi solicitado que se manifestassem quanto à concordância ou discordância no tocante ao modelo avaliativo proposto. Após essa etapa, foi marcada uma reunião presencial onde o resultado da primeira etapa foi apresentado com o intuito de promover o debate aberto sobre cada uma das dimensões e subdimensões pré-estabelecidas, juntamente com os critérios, indicadores e medidas propostas. Nesse momento, a partir da reflexão e do debate conjunto, ficou estabelecido que o modelo avaliativo tinha como foco a gestão municipal e que os

principais utilizadores da avaliação seriam os profissionais responsáveis pela implementação do programa, ou seja, gestores e profissionais de saúde da AB. Após o encontro presencial, todas as contribuições foram analisadas e sistematizadas, identificando-se os pontos de maior acordo e desacordo encontrados nas respostas. Algumas sugestões foram incorporadas ao modelo avaliativo inicialmente proposto. Também ocorreram supressões, acréscimos ou complementação de critérios ou indicadores baseados nos argumentos das discussões e justificativas apresentadas. Na terceira e última etapa, os participantes receberam, novamente, via correio eletrônico, os modelos propostos e a MAJ, agora com as alterações/modificações resultantes das etapas anteriores. Aqui, os especialistas tiveram a oportunidade de se manifestar quanto à manutenção ou não de suas opiniões iniciais. Os itens que apresentaram maior consenso passaram a compor o modelo avaliativo definitivo.

A MAJ elaborada permite a análise descritiva de todos os seus componentes. Cada indicador recebeu entre uma e quatro medidas, considerando-se dados quantitativos e qualitativos. Os parâmetros de julgamento foram fundamentados em aspectos normativos, na revisão da literatura e nos acordos firmados com os especialistas. A atribuição dos pontos foi discutida entre os pesquisadores envolvidos, a partir do ML e da leitura dos dados primários e secundários obtidos no estudo.

Todos os informantes-chave concordaram em participar da pesquisa, expressando sua anuência através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa

Catarina/CCS, de acordo com as normas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 45623615.3.0000.0121.

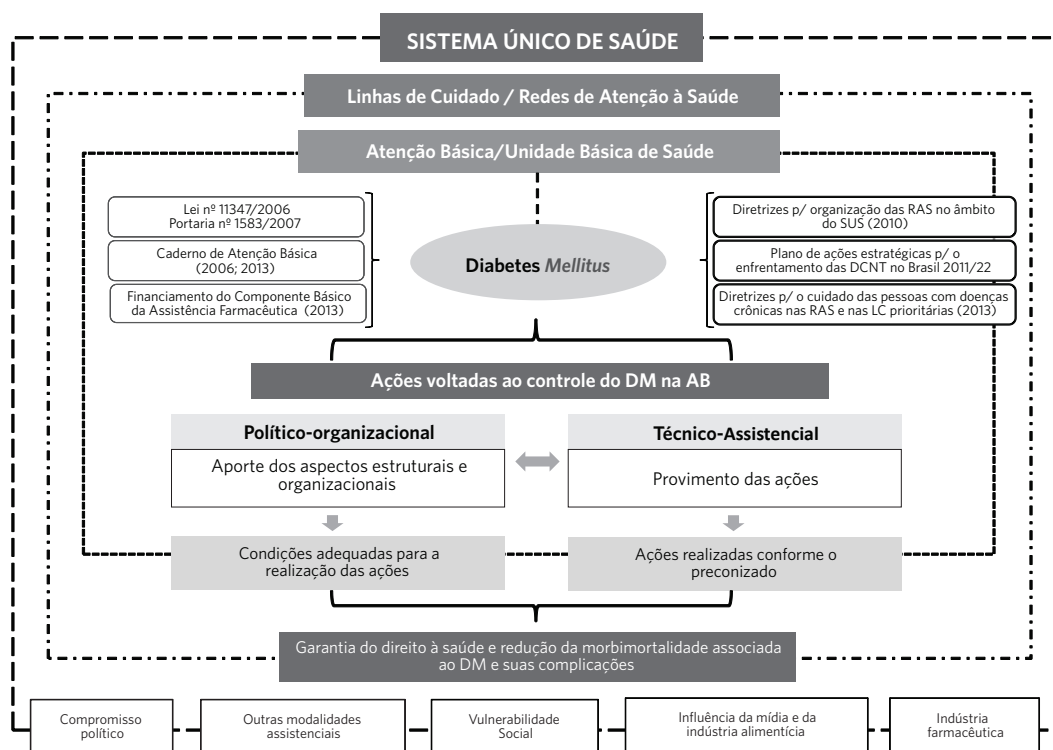
Resultados e discussão

As ações voltadas ao controle do DM não estão estruturadas como um programa específico, como o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, por exemplo. Todavia, os documentos analisados possibilitaram a identificação dos objetivos; do público-alvo; das atividades a serem realizadas; dos recursos e da infraestrutura necessários para garantir a operacionalização dessas atividades; e dos resultados esperados. As metas a serem alcançadas, no entanto, dependem das características e da realidade local.

O DM é considerado uma das Linhas de Cuidado (LC) do Sistema Único de Saúde (SUS). As LC podem ser entendidas como recomendações sistematicamente desenvolvidas, orientadas por diretrizes clínicas, com o objetivo de garantir a atenção à saúde. Elas definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção (primário, secundário e terciário) de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) e expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde¹⁸.

O MT das ações voltadas ao controle do DM na AB proposto está apresentado na *figura 1*. A implantação das LC deve se dar a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que têm a responsabilidade pela coordenação do cuidado e pelo ordenamento da RAS.

Figura 1. Modelo Teórico das ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica



Desse modo, a AB desempenha um papel central nesse processo por ser o ponto de atenção com maior capilaridade dentro da RAS. No MT, são apresentadas as várias iniciativas governamentais para normatizar as ações voltadas ao controle do DM no âmbito da AB. Inicialmente, por meio de algumas estratégias e medidas que possibilitaram a ampliação do acesso e da qualidade da AB, através do cadastramento e da vinculação dos usuários às UBS, possibilitando o acompanhamento sistemático dos casos, a prevenção das complicações e a atualização dos profissionais de saúde. Mais recentemente, foi publicado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, com o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas e fortalecer os serviços de saúde para a prevenção e o controle das DCNT e de seus fatores de risco, além de

terem sido estabelecidas as diretrizes para o cuidado às pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado¹⁹⁻²¹.

Para que as ações desenvolvidas na AB impactem a situação de saúde, em seus determinantes e condicionantes, é fundamental que a infraestrutura dos serviços, o processo de trabalho dos profissionais de saúde e a oferta diagnóstica e terapêutica respondam de forma efetiva às necessidades de saúde da população adscrita e estejam articulados com os demais pontos da rede²¹. No MT proposto, as ações voltadas ao controle do DM na AB estão divididas em duas dimensões: Político-Organizacional (PO) e Técnico-Assistencial (TA). A dimensão PO contempla as áreas em que a gestão da saúde deve atuar para garantir o aporte dos aspectos estruturais e organizacionais necessários à realização adequada das ações. A TA está relacionada com o provimento das ações por parte dos

profissionais de saúde que atuam nas UBS. Para que as ações voltadas ao controle do DM alcancem os resultados esperados, além de condições adequadas, é necessário que as equipes de saúde organizem seu processo de trabalho e realizem as ações conforme o preconizado. As ações da gestão municipal da saúde e dos profissionais de saúde que atuam nas UBS estão inter-relacionadas e são fundamentais para que a atenção às pessoas com DM seja resolutiva. O conjunto das ações voltadas ao controle do DM na AB visa a garantir o direito à saúde às pessoas com diabetes e a redução da morbimortalidade associada à doença e suas complicações.

A incidência e a prevalência do DM, assim como o grau de implantação das ações voltadas ao controle do DM na AB e o alcance dos resultados esperados estão condicionados a fatores contextuais. O cenário brasileiro apresenta diferenças sociais, econômicas e culturais marcantes que repercutem sobre as necessidades de saúde da população entre as diversas regiões e municípios. Esse cenário é agravado pelos interesses da oferta privada e pelas pressões do mercado na área da saúde. Entre os fatores contextuais que podem influenciar a implantação das ações e seus resultados, destacam-se: o compromisso político, a existência de outras modalidades assistenciais, a influência da mídia, da indústria alimentícia e farmacêutica e as vulnerabilidades sociais.

O compromisso político é entendido como a responsabilidade da gestão pública municipal pelo desenvolvimento de estratégias que operacionalizem as políticas e os programas considerados prioritários para o município. Para que os princípios e as diretrizes do SUS sejam cumpridos, as estruturas administrativas e organizacionais das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) devem ser entendidas como uma responsabilidade primária e intransferível dos gestores municipais e estar coerentes com o Plano Municipal de Saúde e a Programação Anual de Saúde. Parte dos problemas enfrentados

no sistema de saúde, na esfera municipal, dá-se pela falta de clareza quanto às competências e responsabilidades dos gestores para a garantia do direito à saúde na agenda governamental²².

A segmentação do sistema de saúde e a descrença nele levam muitas pessoas a procurar seguradoras de saúde privadas. O setor privado oferece planos de saúde com diferentes níveis assistenciais, sendo estratificado em função das diferentes situações socioeconômicas dos usuários, o que o torna altamente fragmentado e centrado em procedimentos. Esses planos muitas vezes oferecem serviços paralelos aos ofertados pelo SUS, com superposição de consumo. Com isso, as seguradoras de saúde acabam aumentando o gasto total em saúde sem substituir o financiamento público. Além disso, os detentores de planos de saúde frequentemente recorrem ao SUS para receber vacinas, medicamentos, serviços de alto custo e procedimentos de alta complexidade. A oferta desordenada de assistência médica ambulatorial no setor privado dificulta o planejamento e a programação local em saúde no serviço público, uma vez que a gestão municipal da saúde é responsável não só por quem usa os serviços públicos, mas para todo o conjunto da sociedade^{23,24}.

Os hábitos e práticas alimentares do mundo contemporâneo são construídos com base em determinações socioculturais sobre as quais a mídia e a indústria exercem grande influência. Ao mesmo tempo que estimulam o consumo de produtos industrializados ditos 'leves, saudáveis e ricos em uma variedade enorme de nutrientes', vendem a imagem de pessoas bonitas, magras e também saudáveis, instigam o consumo de lanches tipo *fast food*, ricos em carboidratos e gorduras saturadas. As mudanças verificadas nos padrões alimentares, associadas ao sedentarismo, podem ser consideradas as grandes responsáveis pelo aumento da incidência e da prevalência de doenças como a obesidade e o diabetes^{25,26}.

Dado o expressivo mercado de medicamentos e insumos farmacêuticos existentes no País, o SUS trabalha com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), lista que norteia a oferta de medicamentos para o tratamento dos principais problemas de saúde da população. No entanto, o lobby da indústria e do comércio de produtos farmacêuticos muitas vezes faz com que usuários e prescritores passem a considerar imprescindível o uso dos novos produtos lançados no mercado, tornando-se frequente a reivindicação dos mesmos via sistema judiciário. A solicitação dos análogos de insulina e dos novos agentes antidiabéticos orais (metiglinidas, glitazonas, gliptinas etc.) é um exemplo dessa situação. A judicialização da saúde tem quebrado a lógica da integralidade das ações ao retirar parte dos recursos destinados à compra de medicamentos essenciais para o atendimento das demandas judiciais, afetando de forma significativa os orçamentos públicos municipais em todo o País^{27,28}.

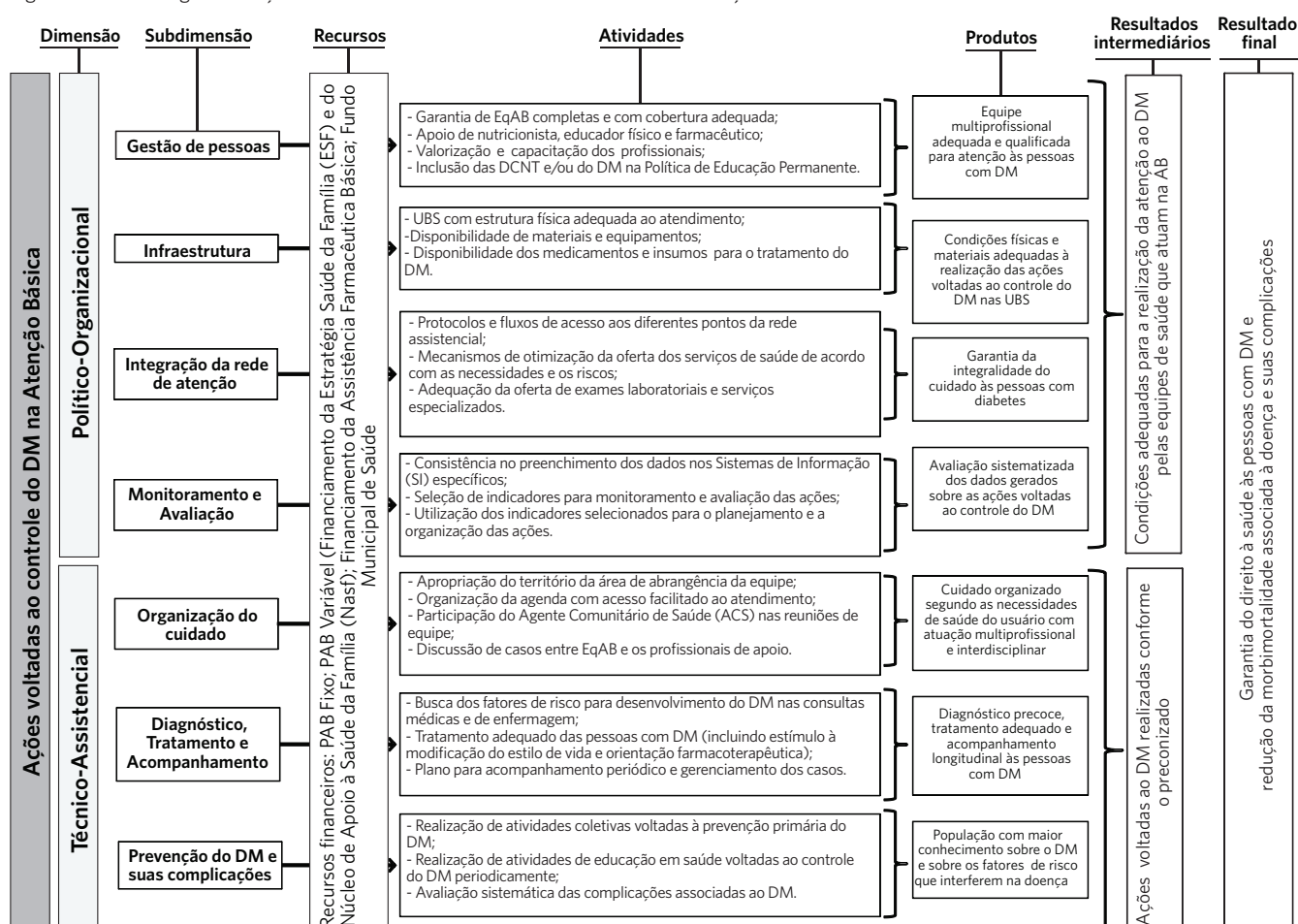
A desigualdade nas condições de vida em nossa sociedade favorece o surgimento de pessoas ou populações em situação de maior vulnerabilidade social, pois elas se veem excluídas do sistema e dos benefícios sociais básicos, como saúde, educação, trabalho e lazer, e perdem a liberdade de escolha diante da reduzida gama de oportunidades. Quanto maior o número de pessoas vivendo em situações de vulnerabilidade, maior a morbidade e a mortalidade. Dessa forma, as ações

de saúde devem ser planejadas priorizando indivíduos e famílias em situação de maior necessidade e vulnerabilidade, para potencializar os recursos disponíveis e propor intervenções condizentes com as necessidades identificadas^{29,30}.

O impacto econômico do DM sobre a sociedade atual é enorme. Ele incide não apenas sobre os sistemas de saúde, mas, também, sobre os indivíduos e suas famílias, e tem gerado perda de qualidade de vida, com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer³. Foi consenso entre os especialistas que as ações voltadas ao controle do DM na AB são de responsabilidade da gestão municipal da saúde. Para que sejam desenvolvidas de forma efetiva e eficiente, os aspectos estruturais e organizacionais necessários ao funcionamento das UBS, assim como a garantia das condições adequadas ao provimento das ações por parte dos profissionais de saúde devem ser considerados prioritários para a prevenção desse agravo, para a redução da morbimortalidade e dos custos associados à doença.

Com o intuito de expor como deve ser implantada a intervenção objeto deste estudo e quais os resultados esperados, além de fornecer uma base objetiva a respeito da relação causal entre os elementos desta intervenção (dimensões, subdimensões, recursos, atividades, produtos, resultados intermediários e final), é apresentada uma proposta de ML das ações voltadas ao controle do DM na AB (*figura 2*).

Figura 2. Modelo Lógico das ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica



No ML proposto, a dimensão PO conta com as subdimensões: ‘Gestão de Pessoas’, ‘Infraestrutura’, ‘Integração da Rede de Atenção e Monitoramento e Avaliação’. Para que as ações voltadas ao controle do DM sejam realizadas de forma adequada, a gestão municipal da saúde deve dispor de profissionais motivados e qualificados em quantidade suficiente para garantir a cobertura apropriada da demanda existente. Deve garantir, também, que as UBS possuam estrutura física adequada, equipamentos e materiais em quantidade suficiente para que os profissionais possam exercer suas atividades. Espera-se, ainda, que a gestão organize os fluxos de acesso para garantir a integralidade da atenção em todos os pontos da rede e realize o monitoramento e a avaliação

sistemática das ações ofertadas para o alcance de metas estabelecidas.

A dimensão TA inclui as ações relacionadas com o processo de trabalho das Equipes de Referência da Atenção Básica (EqAB) e as subdimensões: ‘Organização do Cuidado’, ‘Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento’, ‘Prevenção do DM e suas complicações’. Para o planejamento e a execução das ações voltadas ao controle do DM, as EqAB devem levar em conta o território de atuação e as características da população sob sua responsabilidade. A abordagem terapêutica empregada e o acompanhamento prestado são fundamentais para a prevenção do DM e suas complicações, assim como para a manutenção da qualidade de vida das pessoas com a doença³².

No ML, foram elencadas as atividades consideradas essenciais em todas as subdimensões propostas e apresentados os produtos esperados para cada uma delas. Como resultados intermediários e final, espera-se que a gestão municipal da saúde garanta condições adequadas para que as equipes da AB possam realizar as ações voltadas ao controle do DM conforme o preconizado, de modo a garantir às pessoas com DM o direito à saúde, com vistas à redução da morbimortalidade relacionada à doença e suas complicações.

A matriz de análise e julgamento conta com 7 subdimensões e 19 indicadores, listados no *quadro 2*, com suas respectivas medidas, parâmetros, a pontuação máxima esperada para cada um de seus componentes e as fontes de evidências.

Na subdimensão ‘Gestão de Pessoas’ destaca-se que a ampliação das políticas públicas e a municipalização da atenção à saúde levaram à necessidade de um incremento no número de profissionais com perfil específico para atuação nos serviços de saúde pública. Para que a atenção à saúde seja realizada de forma adequada, deve haver EqAB completas e em quantidade suficiente para atender à demanda existente, seguindo as recomendações do MS. Além disso, é essencial o apoio de outros profissionais de saúde – como nutricionista, educador físico e farmacêutico – às EqAB, para ampliar a abrangência e o escopo das ações voltadas ao controle do DM na AB. A elevada rotatividade de profissionais da AB interfere no processo de cuidado e dificulta a formação do vínculo, aspectos esses considerados fundamentais ao acompanhamento longitudinal. Para a fixação dos profissionais nas UBS, considera-se necessária sua valorização, de modo a promover um equilíbrio entre as necessidades e expectativas dos profissionais de saúde e as do serviço.

Outro aspecto importante na atenção às pessoas com DM é a boa gestão da clínica. A qualificação e a atualização dos profissionais da AB quanto à organização e ao funcionamento dos fluxos assistenciais da rede municipal e sobre os cuidados necessários ao controle do

DM ou das DCNT, com regularidade, são consideradas fundamentais³². Os indicadores elencados nessa subdimensão foram: ‘cobertura dos profissionais da AB’; ‘permanência dos profissionais’; ‘qualificação profissional’.

A ‘Infraestrutura’ das UBS deve ser adequada ao atendimento da demanda local de acordo com as necessidades da população. A ‘estrutura física das UBS’ deve permitir a acessibilidade e possuir instalações adequadas à realização das ações de saúde para toda população. Para que a atenção às pessoas com DM seja realizada adequadamente, são necessárias condições materiais e aporte tecnológico específico para a organização do processo de trabalho e a efetivação do cuidado. O suprimento e a manutenção regular dos ‘materiais e equipamentos’ necessários à execução do conjunto das ações voltadas ao controle do DM, assim como o fornecimento contínuo do elenco de ‘medicamentos e insumos’ necessários ao tratamento do DM, à aplicação de insulina e ao Automonitoramento da Glicemia Capilar (AMGC) são considerados essenciais para garantir a continuidade do cuidado e para o alcance dos resultados terapêuticos.

A maioria das pessoas com DM pode e deve ser acompanhada pelas EqAB, entretanto, os casos que extrapolam o limite de atuação no âmbito da AB devem ser encaminhados para outros níveis de atenção³². Para a ‘Integração da Rede de Atenção’, considera-se fundamental a existência de instrumentos que possibilitem a ‘normatização da atenção’ necessária à coordenação do cuidado, tais como: protocolos e diretrizes terapêuticas voltados ao controle das DCNT e/ou do DM; fluxos de acesso entre os diferentes pontos da rede assistencial; tecnologias orientadas para a ‘regulação do acesso aos serviços especializados’, com estratégias para a otimização da oferta. Além disso, é fundamental a ‘adequação da oferta dos serviços especializados’ às necessidades de saúde das pessoas com DM, principalmente com relação ao provimento dos exames laboratoriais e das consultas com especialistas focais (endocrinologista e oftalmologista).

Quadro 2. Matriz de Análise e Julgamento das ações voltadas ao controle do DM na AB, contendo dimensões, subdimensões, indicadores, medidas, parâmetros e as fontes de evidências

	Indicador	Medidas	Parâmetro	Fonte	
Dimensão Político-Organizacional	Gestão de pessoas	Cobertura dos profissionais	Nº de pessoas residentes na área de abrangência da EqAB	Entre 2500 e 3500 pessoas sem área de interesse social (10 pts); Entre 2500 e 3500 pessoas com área de interesse social (5 pts); Mais de 3500 pessoas (0 pts)	AD Entr OD
			Percepção da EqAB quanto ao nº de pessoas residentes na área de abrangência	Adequada e convergente (10 pts); Parcialmente convergente (5 pts); Inadequada ou divergente (0 pts)	
			Apoio de educador físico, nutricionista, farmacêutico às EqAB	Dos 3 profissionais (10 pts); De 2 profissionais (5 pts); De 1 ou nenhum (0 pts)	
			Percepção sobre a carga horária dos profissionais de apoio disponibilizada às EqAB.	Adequada e convergente (10 pts); Parcialmente convergente (5 pts); Inadequada ou divergente (0 pts)	
		Permanência dos profissionais	Tempo de permanência do médico na EqAB	Bom: 2 anos ou mais (20 pts); Regular: de 1 a 2 anos (10 pts); Ruim: < de 1 ano (5 pts)	Entr
			Percepção da EqAB quanto à sua valorização profissional	Adequada e convergente (20 pts); Parcialmente convergente (10 pts); Inadequada ou divergente (0 pts)	
		Qualificação dos profissionais	Capacitação sobre organização/funcionamento da rede municipal	Sim (10 pts); Não (0 pts)	Entr OD
			Atualização sobre DCNT ou DM	Sim (10 pts); Não (0 pts)	
	Infraestrutura na UBS	Estrutura física das UBS	% de itens contemplados no <i>checklist</i> 'UBS com acessibilidade aos usuários'	Transformação em escore seguindo a proporção (máximo 10 pts).	Entr OD
			Percepção quanto à acessibilidade dos usuários à UBS	Adequada e convergente (10 pts); Parcialmente convergente (5 pts); Inadequada ou divergente (0 pts).	
			% de itens contemplados no <i>checklist</i> 'UBS com estrutura física adequada'	Transformação em escore seguindo a proporção (máximo 10 pts).	
			Percepção sobre a adequação da estrutura física da UBS	Adequada e convergente (10 pts); Parcialmente convergente (5 pts); Inadequada ou divergente (0 pts).	
Materiais e equipamentos		% de itens contemplados no <i>checklist</i> 'Materiais e equipamentos para as ações voltadas ao controle do DM'	Transformação em escore seguindo a proporção (máximo 10 pts)	Entr OD	
		Percepção da EqAB quanto aos materiais e equipamentos disponíveis para as ações voltadas ao controle do DM na UBS	Adequada e convergente (10 pts); Parcialmente convergente (5 pts); Inadequada ou divergente (0 pts)		
		Manutenção periódica dos materiais e equipamentos na UBS	Sim (10 pts); Parcial (5 pts); Não (0 pts)		
		Medicamentos e insumos	% de itens contemplados no <i>checklist</i> 'Fornecimento de medicamentos para tratamento do DM na UBS'	Transformação em escore seguindo a proporção (máximo 7,5 pts).	Entr OD
% de itens contemplados no <i>checklist</i> 'Fornecimento de insumos para aplicação de insulina e AMGC na UBS'	Transformação em escore seguindo a proporção (máximo 7,5 pts).				
Percepção quanto ao fornecimento dos medicamentos e insumos fornecidos para tratamento do DM	Adequada e convergente (7,5 pts); Parcialmente convergente (3 pts); Inadequada ou divergente (0 pts)				
Estratégias adotadas para garantir o fornecimento de medicamentos e insumos no caso de faltas	Sim (7,5 pts); Parcial (3 pts); Não (0 pts)				

Quadro 2. (cont.)

Dimensão Político-Organizacional	Integração da rede de atenção	Normatização da Atenção	Uso de protocolo e diretrizes voltadas à atenção às pessoas com DM (médico e enfermeiro)	Sim (10 pts); Parcial (5 pts); Não (0 pts)	Entr AD
			Uso de protocolo e diretrizes voltadas à atenção às pessoas com DM (médico e enfermeiro)	Sim (10 pts); Parcial (5 pts); Não (0 pts)	
		Regulação do acesso aos serviços especializados	Mecanismos de regulação do acesso aos serviços especializados	Sim (10 pts); Não (0 pts)	Entr AD
			Estratégias para a otimização da oferta aos serviços especializados	Sim (10 pts); Parcial (5 pts); Não (0 pts)	
	Adequação da oferta aos serviços especializados		Percepção sobre o tempo de espera para a realização dos exames laboratoriais	Adequada (10 pts), Parcialmente adequada (5 pts); Inadequada (0 pts)	Entr AD
			Percepção sobre o tempo de espera para consulta com endocrinologista	Adequada (10 pts), Parcialmente adequada (5 pts); Inadequada (0 pts)	
			Percepção sobre o tempo de espera para consulta com oftalmologista na rede assistencial	Adequada (10 pts), Parcialmente adequada (5 pts); Inadequada (0 pts)	
	Disponibilidade de informação		Atualização sistemática do SI para cadastramento dos usuários/famílias	Sim (30 pts); Parcial (15 pts); Não (0 pts)	Entr AD
			Monitoramento das ações voltadas ao controle do DM	Sim (15 pts); Parcial (7 pts); Não (0 pts)	
			Planejamento e organização das ações voltadas ao controle do DM com base na avaliação dos indicadores selecionados	Sim (15 pts); Parcial (7 pts); Não (0 pts)	
Dimensão Técnico-Assistencial	Apropriação do território		% de microáreas cobertas pelos ACS	Transformação em escore seguindo a proporção (máximo 20 pts)	Entr OD Pront
			Percepção da atuação do ACS na apropriação do território	Adequada e convergente (20 pts); Parcialmente convergente (10 pts); Inadequada ou divergente (0 pts)	
			Mapeamento atualizado dos marcadores da AB, incluindo as pessoas com DM	Sim (20 pts); Não (0 pts)	
	Organização da Agenda		Priorização no atendimento às pessoas com DM	Sim (20 pts); Parcial (10 pts); Não (0 pts)	Entr OD Pront
			Garantia de consultas de acompanhamento para as pessoas com DM	Sim (20 pts); Não (0 pts)	
			Atendimento de urgência às pessoas com DM em caso de intercorrências	Sim (20 pts); Parcial (10 pts); Não (0 pts)	
	Atuação interdisciplinar		Participação dos ACS nas reuniões de equipe	Sempre (20 pts); Às vezes (10 pts); Nunca (0 pts)	Entr OD Pront
			Discussão dos casos entre a EqAB e os profissionais de apoio.	Sempre (20 pts); Às vezes (10 pts); Nunca (0 pts)	
			Interlocução de diferentes profissionais na organização das atividades educativas.	Sempre (20 pts); Às vezes (10 pts); Nunca (0 pts)	
	Diagnóstico precoce do DM		Busca dos fatores de risco para desenvolvimento do DM nos atendimentos médicos e de enfermagem	Sempre (20 pts); Às vezes (10 pts); Nunca (0 pts)	Entr OD Pront

Quadro 2. (cont.)

Dimensão Técnico-Assistencial	Diagnóstico precoce do DM	Solicitação de exames para diagnóstico precoce do DM nas pessoas com 45 anos ou mais e/ou com IMC > 25, associado a pelo menos mais um fator de risco	Sempre (20 pts); Às vezes (10 pts); Nunca (0 pts)	Entr OD Pront
		Solicitação de exames para diagnóstico precoce do DM nas gestantes	Sempre (20 pts); Às vezes (10 pts); Nunca (0 pts)	
	Tratamento adequado	Orientações sobre Modificação do Estilo de Vida (MEV) por escrito	Sempre (20 pts); Às vezes (10 pts); Nunca (0 pts)	Entr OD Pront
		Dispensação com orientação para o uso adequado dos medicamentos para tratamento do DM	Adequada (20 pts: com orientação na maioria dos casos); Parcialmente adequada (10 pts: orientação em parte dos casos); Inadequada (0 pts: sem orientação)	
		Prescrições de insulina R com orientação para ajuste de dose conforme HGT	Adequado (20 pts: na maioria dos casos); Parcialmente adequado (10 pts: em parte dos casos); Inadequado (0 pts: dose fixa na grande maioria dos casos)	
		Frequência da solicitação de exames laboratoriais (GJ e/ou Hb1Ac) para as pessoas com DM	Adequada (20 pts: a cada 6 meses, se compensado); Parcialmente adequada (10 pts: uma vez por ano, independentemente de se está compensado ou não); Inadequada (sem uma periodicidade definida)	
	Acompanhamento sistemático	Uso de instrumento específico para acompanhamento das pessoas com DM	Sim (20 pts); Parcialmente (10pts); Não (0 pts)	Entr OD Pront
		Busca ativa das pessoas faltosas com DM	Sim (20 pts); Parcialmente (10pts); Não (0 pts)	
		AMGC entre as pessoas que fazem uso de insulina	Adequada (20 pts: maioria sabe interpretar os resultados do HGT); Inadequada (0 pts: maioria não sabe interpretar os resultados do HGT)	
	Prevenção do DM e suas complicações	Atividades de educação em saúde		
		Atividades periódicas voltadas à prevenção primária do DM	Sim (20 pts); Não (0 pts)	Entr Pront
		Atividades periódicas voltadas ao controle do DM	Sim (20 pts); Não (0 pts)	
		Avaliação sistemática do pé diabético nas pessoas com DM	Sim (20 pts); Parcialmente (10 pts); Não (0 pts)	Entr Pront
		Avaliação sistemática da cavidade bucal nas pessoas com DM	Sim (20 pts); Parcialmente (10 pts); Não (0 pts)	
		Encaminhamento periódico das pessoas com DM para avaliação de fundo de olho	Sim (20 pts); Parcialmente (10 pts); Não (0 pts)	

Fonte: Elaboração própria.

ACS – Agente Comunitário de Saúde; AD – Análise Documental; AMGC – Automonitoramento da Glicemia Capilar; DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis; DM – Diabetes Mellitus; Entr – Entrevista; EqAB – Equipe de Referência da Atenção Básica; GJ – Glicemia de Jejum; Hb1Ac – Hemoglobina glicada; HGT – Hemoglicoteste; IMC – Índice de Massa Corporal; MEV – Modificação do Estilo de Vida; OD – Observação Direta; Pront – Prontuário; pts – pontos

SI – Sistema de Informação

UBS – Unidade Básica de Saúde

Monitoramento e avaliação das ações voltadas ao controle do DM têm como objetivo dar suporte aos processos decisórios, subsidiar a identificação de problemas e auxiliar na reorientação das ações desenvolvidas no âmbito da AB. A avaliação da situação de saúde da população e dos resultados das intervenções realizadas decorre em grande parte do monitoramento das atividades realizadas no cotidiano dos serviços. Para tanto, consideram-se necessários o registro e a qualificação das informações no Sistema de Informação (SI) da AB, além da definição de indicadores para o acompanhamento das ações desenvolvidas voltadas ao controle do DM e para o planejamento e a organização da atenção de acordo com os perfis demográfico, clínico e epidemiológico da comunidade.

Na análise da 'Organização do cuidado', foram considerados os aspectos relacionados à 'apropriação do território' por parte das EqAB e às características da população sob responsabilidade destas, necessários à implementação das ações voltadas ao controle do DM. A 'organização da agenda' dos profissionais de saúde deve garantir o acesso facilitado às pessoas com DM para tratamento e acompanhamento e o atendimento às intercorrências, de modo a promover o vínculo e possibilitar a continuidade e a longitudinalidade do cuidado. Considera-se, também, que as EqAB e os profissionais de apoio devem atuar interdisciplinarmente e de forma multiprofissional no planejamento e no desenvolvimento das atividades, de modo a favorecer a interlocução de conhecimentos e experiências para ajudar na resolução das situações vivenciadas no cotidiano da UBS.

Nasubdimensão 'Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento', espera-se que as EqAB estejam atentas à presença dos fatores de risco para o desenvolvimento da doença e a detecção precoce do DM na população adscrita ao território. O tratamento da pessoa com DM tem como objetivo o controle metabólico e a prevenção das complicações associadas ao DM, levando em consideração

o grau de risco de cada pessoa. A base do tratamento consiste no estímulo à adoção de hábitos de vida mais saudáveis, quase sempre acrescida de tratamento farmacológico. A implementação de um plano para acompanhamento periódico e gerenciamento dos casos é fundamental para avaliar a evolução da doença e a adesão ao tratamento prescrito. Nessa subdimensão, foram elencados os seguintes indicadores: 'diagnóstico precoce do DM'; 'tratamento adequado das pessoas com DM'; 'acompanhamento e monitoramento'.

Para a 'Prevenção do DM e suas Complicações', a realização de 'atividades coletivas' que estimulem a adoção de hábitos de vida mais saudáveis devem ser vistas pelas EqAB como uma tecnologia de baixa densidade efetiva à prevenção primária do DM, assim como de outras DCNT. Além disso, diante da dificuldade das pessoas com DM em seguir o tratamento prescrito, tanto o medicamentoso quanto o não medicamentoso, as atividades de 'educação em saúde voltadas ao controle do DM' devem ser consideradas parte do tratamento integral. Essas atividades visam a aumentar a compreensão das pessoas sobre a doença, ajudá-las no desenvolvimento de uma maior autonomia e na superação dos vários obstáculos que dificultam o controle da doença. Considera-se fundamental, também, que as EqAB incluam na rotina de acompanhamento das pessoas com DM a 'avaliação sistemática do pé diabético, da cavidade bucal e de fundo de olho'. Esta última, na impossibilidade de ser realizada na UBS, deve ser encaminhada para que seja realizada em outro nível de atenção. Essas ações são necessárias à prevenção das complicações associadas à doença e à manutenção da qualidade de vida das pessoas com DM.

A distribuição dos pontos na MAJ foi realizada de modo que a dimensão TA tivesse um peso 50% maior do que a PO, devido à importância das ações assistenciais no controle do DM. Para a emissão de juízo de valor

e análise dos indicadores, subdimensões e dimensões estabelecidas, será calculada a diferença percentual entre a pontuação máxima esperada e a observada, considerando-se os seguintes pontos de corte: (1) crítico: $< 50,0\%$; (2) insatisfatório: $\geq 50,0$ e $< 70,0\%$; (3) satisfatório: $\geq 70,0$ e $< 85,0\%$; (4) adequado $\geq 85,0\%$. Tais percentuais possibilitam o cumprimento dos critérios de julgamento propostos para cada um dos componentes que constituem a MAJ e permitem a avaliação do grau de implantação das ações voltadas ao controle do DM na AB.

Considerações finais

A metodologia adotada para a construção do modelo avaliativo das ações voltadas ao controle do DM na AB possibilitou uma rica discussão entre os participantes sobre o objeto e a relação causal entre seus componentes, aumentando o conhecimento de todos os envolvidos a respeito da operacionalização do programa. Os resultados obtidos revelaram que as ações voltadas ao controle do DM na AB são passíveis de avaliação, uma vez que os elementos identificados no ML são condizentes com as condições que a

intervenção possui para alcançar os resultados esperados. Nesse sentido, a realização de um estudo de caso para a avaliação das ações voltadas ao controle do DM na AB apresenta-se como opção metodológica interessante, pois permite ampliar o conhecimento dos mecanismos e processos implicados na operacionalização do programa, de modo a contribuir para o aperfeiçoamento deste.

Como benefício maior, verificou-se a elaboração de ferramentas avaliativas com a participação ativa dos interessados, havendo troca de experiências entre as diferentes categorias profissionais. A obtenção do grau de implantação das duas dimensões propostas, considerando o contexto no qual estão inseridas, poderá subsidiar a decisão dos gestores municipais e as práticas dos profissionais da EqAB, uma vez que permite a identificação dos aspectos a serem priorizados para o alcance dos resultados esperados. O modelo avaliativo foi elaborado para ser aplicável em municípios de médio e grande porte, com a intenção de investigar casos de maior complexidade na gestão pública, em virtude das singularidades e diversidades dos municípios com tal conformação e de se estabelecer comparação interna entre os resultados encontrados. ■

Referências

1. Zimmet P, Alberti GK, Magliano DJ, et al. Diabetes mellitus statistics on prevalence and mortality: facts and fallacies. *Nat. rev. endocrinol.* 2016; 12(10):616-22.
2. Barquera S, Campos-Nonato I, Aguilar-Salinas C, et al. Diabetes in Mexico: cost and management of diabetes and its complications and challenges for health policy. *Global Health.* 2013; 9:3.
3. Bertoldi AD, Kanavos P, França GV, et al. Epidemiology, management, complications and costs associated with type 2 diabetes in Brazil: a comprehensive literature review. *Global. health.* 2013; 9(1):62.
4. Zimmet P, Alberti GK. Epidemiology of Diabetes: Status of a Pandemic and Issues Around Metabolic Surgery. *Diabetes care.* 2016; 39(6):878-83.
5. Malta DC, Stopa SR, Szwarcwald CL, et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. bras. epidemiol.* 2015;18:3-16.
6. DATASUS. Departamento de Informática do SUS. [acesso em 2016 jul. 10]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pob-t10uf.def> 2015.
7. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet.* 2011; 377(9781):1949-61.
8. Alfradique ME, Bonolo PDF, Dourado I, 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.* 2009; 25(6):1337-49.
9. Fertoni HP, Pires DEPD, Biff D, et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20:1869-78.
10. Gonçalves CR, Cruz MT, Oliveira MP, et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. *Saúde debate.* 2014; 38:26-34.
11. Thurston WE, Ramaliu A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. *Can J Program Eval.* 2005; 20(2):1.
12. Bezerra LCDA, Cazarin G, Alves CKDA. Modelagem de Programas: da teoria à operacionalização. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, et al., organizadores. *Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais.* Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 65-78.
13. Champagne F, Brousselle A, Hartz ZMA, et al. Modelizar as Intervenções. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, et al., organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 292.
14. Bispo e Silva AS, Santos MAD, Teixeira CRS, et al. Avaliação da atenção em diabetes mellitus em uma unidade básica distrital de saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20:512-8.
15. Tavares VSA, Vidal SA, Gusmão-filho FAR, et al. Avaliação da atenção ao diabetes mellitus em Unidades de Saúde da Família de Petrolina, Pernambuco, 2011. *Epidemiol. serv. saúde.* 2014; 23:527-36.
16. Carvalho Filha FSS, Nogueira LT, Medina MG. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. *Saúde debate.* 2014; 38:265-78.
17. Souza LEPE, Silva LMV, Hartz ZMA. Conferência de Consenso sobre a Imagem-Objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. *Avaliação em*

- Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro; Salvador: Fiocruz; Edufba; 2014. p. 276p.
18. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
 19. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília, DF: MS, 2001.
 20. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, DF: MS, 2011.
 21. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, DF: MS, 2013.
 22. Sousa MC, Lima PVPS, Khan AS. Mecanismos de gestão municipal e a promoção dos direitos humanos. *Rev. adm. pública*. 2015; 49(4):985-1009.
 23. Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*. 2011; 377(9779):1778-97.
 24. Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2008;13:1431-40.
 25. Claro RM, Santos MAS, Oliveira TP, et al. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol. serv. saúde*. 2015; 24:257-65.
 26. Micha R, Peñalvo JL, Cudhea F, et al. Association between dietary factors and mortality from heart disease, stroke, and type 2 diabetes in the United States. *JAMA*. 2017; 317(9):912-24.
 27. Chieffi AL, Barata RB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cad. saúde pública*. 2009; 25:1839-49.
 28. Vieira FS. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. *Rev. saúde pública*. 2008; 42:365-9.
 29. Moraes IM. Vulnerabilidade do doente versus autonomia individual. *Rev. bras. saúde matern. infant*. 2010; 10:s331-s6.
 30. Nakata PT, Koltermann LI, Vargas KR, et al. Classification of Family Risk in a Family Health Center. *Rev. latinoam. enferm*. 2013; 21:1088-95.
 31. Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiol. serv. saúde*. 2012; 21:07-19.
 32. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado das pessoas com doença crônica: diabetes mellitus. *Caderno de Atenção Básica nº 36*. Brasília, DF: MS, 2013.

Recebido em 16/09/ 2017
Aprovado em 18/02/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde

Adherence to pharmacological treatment of arterial hypertension in Primary Health Care

Daiana Meggiolaro Gewehr¹, Vanessa Adelina Casali Bandeira², Gabriela Tassotti Gelatti³, Christiane de Fátima Colet⁴, Karla Renata de Oliveira⁵

¹Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí), Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção Integral à Saúde – Ijuí (RS), Brasil. Universidade de Cruz Alta (Unicruz) – Cruz Alta (RS), Brasil.
daiaagewehr@hotmail.com

²Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí), Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção Integral à Saúde – Ijuí (RS), Brasil. Universidade de Cruz Alta (Unicruz) – Cruz Alta (RS), Brasil.
vanessa.acbandeira@yahoo.com.br

³Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí), Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção Integral à Saúde – Ijuí (RS), Brasil. Universidade de Cruz Alta (Unicruz) – Cruz Alta (RS), Brasil.
gabriela.gelatti@hotmail.com

⁴Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí), Departamento de Ciências da Vida – Ijuí (RS), Brasil. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil.
chriscolet@yahoo.com.br

⁵Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí), Departamento de Ciências da Vida – Ijuí (RS), Brasil. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil.
karla@uniju.edu.br

RESUMO Objetivou-se verificar a adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial e fatores associados à baixa adesão em hipertensos adstritos à Atenção Primária à Saúde. Estudo transversal, realizado em duas Estratégias Saúde da Família em um município da região Noroeste do estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados foi realizada em domicílio no período de janeiro a maio de 2016. Para verificar a adesão ao tratamento, utilizou-se o Brief Medication Questionnaire. Participaram do estudo 145 hipertensos de ambos os sexos. Identificaram-se valores pressóricos mais elevados entre os hipertensos com baixa adesão do que entre os aderentes. Em relação à associação de medicamentos anti-hipertensivos, verificou-se que quanto maior o número de medicamentos utilizados, menor a adesão. Os fatores relacionados com a diminuição da adesão foram: baixa renda, uso de dois ou mais anti-hipertensivos e dificuldades para ler a embalagem dos medicamentos.

PALAVRAS-CHAVE Adesão à medicação. Anti-hipertensivos. Atenção Primária à Saúde. Doença crônica.

ABSTRACT The objective was to verify adherence to the pharmacological treatment of arterial hypertension and factors associated with the low adherence of hypertensive people attached to Primary Health Care. Cross-sectional study, carried out in two Family Health Strategies in a municipality in the northwest region of RS. Data collection was carried out at home during the period of January-May 2016. The Brief Medication Questionnaire was used to check adherence to treatment. The study included 145 hypertensive of both sexes. Higher blood pressure values were identified among hypertensive patients with lower adherence than among adherents. Regarding the association of antihypertensive drugs, it was found that the higher the number of medications used, the lower the adherence. The factors related to decreased adherence were: low income, use of two or more antihypertensive drugs and difficulty reading the packaging of medications.

KEYWORDS Medication adherence. Antihypertensive agents. Primary Health Care. Chronic disease.

Introdução

O cuidado dos usuários com doenças crônicas é um dos desafios das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), visto que são condições multifatoriais, com determinantes biológicos e socioculturais e com aumento proporcional do envelhecimento¹. Entre essas doenças, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais prevalente. Uma revisão sistemática com estudos de 90 países demonstrou prevalência mundial de 31,3% na população adulta². No Brasil, de acordo com dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico³, a prevalência de HAS é de 24,8%, com variação conforme a faixa etária estudada entre 22,0 % na população acima de 18 anos e 69,9% nos idosos^{4,5}.

O tratamento medicamentoso geralmente é iniciado com um ou dois anti-hipertensivos, e gradativamente podem ser associados outros medicamentos, o que pode contribuir para diminuir a adesão ao tratamento, como verificado em estudo realizado com hipertensos cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em Porto Alegre, Rio Grande do Sul⁶.

O controle da Pressão Arterial (PA), além de exigir a participação individual, também requer a assistência da equipe de saúde, dentro de um programa eficiente de controle da HAS, pois há fatores como a cronicidade da doença, aliada à falta de sintomatologia, que influenciam e condicionam o processo do efetivo controle dos níveis pressóricos⁷.

A adesão ao tratamento de uma doença consiste em seguir o que foi proposto pelos profissionais de saúde. No que se refere ao tratamento farmacológico, a não adesão significa o abandono do uso dos medicamentos, sem orientação médica ou a execução de forma irregular do tratamento, seja na prática de atrasar a tomada do medicamento ou de realizar pequenas interrupções da terapêutica prescrita. A baixa adesão ao tratamento é um dos principais fatores para a persistência de valores elevados da PA⁸.

Os profissionais de saúde, para atuarem de forma eficaz, com proposição e implementação de ações que atendam às reais necessidades dessa população, precisam conhecer os usuários e identificar os fatores da falta de adesão ao tratamento⁹. Nesse sentido, a detecção da conduta não aderente é fundamental para a investigação do seu impacto nos desfechos clínicos.

Diante do exposto, objetivou-se verificar a adesão ao tratamento farmacológico da HAS e fatores associados à baixa adesão em hipertensos adstritos à APS.

Métodos

Trata-se de um estudo com delineamento transversal exploratório, realizado em duas Estratégias Saúde da Família (ESF) em um município da região Noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Este estudo respeitou os preceitos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o Parecer Consubstanciado nº 1.381.719/2015.

Segundo dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde do município em estudo (2015), eram adstritos às duas ESF 5.193 usuários. Para cálculo da amostra, utilizou-se a prevalência de HAS de 24,80% segundo o Vigitel³, com nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%. Chegou-se ao valor de 156 hipertensos de ambos os sexos, com idade de 55 anos ou mais.

A seleção das ESF foi de modo intencional, já a seleção dos participantes da pesquisa foi realizada de modo aleatório, pelo acesso aos prontuários dos usuários adstritos às duas ESF, desse modo, considerou a prescrição de, no mínimo, um anti-hipertensivo para incluir o usuário na pesquisa. Foram excluídos os hipertensos que não tinham condições cognitivas para verbalizar e entender o questionário. Os questionários foram aplicados por uma única pesquisadora, no período de janeiro a maio de 2016. Foram realizadas três



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

tentativas em horários alternados, aqueles que não foram encontrados ou não aceitaram participar da pesquisa foram excluídos do estudo.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi aplicado, no domicílio, um instrumento de coleta de dados, com questões referentes a dados sociodemográficos e uso de medicamentos. Para verificar a adesão ao tratamento, foi utilizado o teste Brief Medication Questionnaire (BMQ) na versão em português⁶.

A partir do BMQ, os hipertensos foram classificados quanto à adesão ao tratamento: os hipertensos que não apresentaram respostas positivas às perguntas no teste foram classificados como aderentes; caso houvesse uma resposta positiva em um dos três domínios, foram classificados como provável aderente; se apresentaram respostas positivas em dois dos três domínios, foram classificados como provável baixa adesão; e os que apresentaram resposta positiva nos três domínios foram classificados como baixa adesão.

Para fins de análise, os resultados do BMQ foram dicotomizados, e os hipertensos foram classificados em dois grupos: os que tiveram de zero a um ponto nos três domínios foram classificados como alta adesão, e os que apresentaram pontuação de dois pontos ou mais como baixa adesão.

A aferição da pressão arterial foi realizada em domicílio, por meio de esfigmomanômetro aneróide com estetoscópio devidamente calibrados. O preparo dos participantes e os procedimentos necessários foram seguidos conforme as orientações da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão¹⁰. A partir dos valores obtidos, os participantes foram divididos em dois grupos: os que apresentaram níveis pressóricos $\leq 140/90$ mmHg foram classificados com PA normal, e acima desses valores como pressão não controlada.

Os dados obtidos foram compilados em tabelas por meio do Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (versão 20.0). As variáveis foram

testadas quanto à sua normalidade pelo teste Kolmogorov-Smirnov. Foi realizada análise descritiva com média, frequência absoluta e desvio padrão. A análise bivariada foi realizada para exploração inicial dos dados e foi realizada por meio do Teste qui-quadrado de Pearson e utilizou-se do teste Mann-Whitney para associação das variáveis quantitativas. Calculou-se a razão de prevalência (RP) com IC95%. Considerou-se $p < 0,05$ como nível de significância estatística.

A análise multivariada foi utilizada para determinar a contribuição de cada covariável para a não adesão ao tratamento da HAS. Para tanto, empregou-se a regressão logística binária, por meio do método de Wald.

Resultados

Dos 156 hipertensos selecionados para participar do estudo, 8 (5,13%) não foram localizados em suas residências, e 2 (1,28%) não aceitaram participar da pesquisa, desse modo, 145 (92,95%) hipertensos compuseram a amostra. A idade média foi de $66,89 \pm 8,27$ anos, a média de idade entre as mulheres foi de $66,37 \pm 9,56$ anos, e entre os homens foi de $68,04 \pm 7,98$. Observou-se que mais da metade era do sexo feminino (69,0%), com companheiro (75%), brancos (85,3%), nível educacional de ensino fundamental (74,6%) e renda familiar acima de 2 salários mínimo (67,2%).

No que se refere à classificação da adesão ao tratamento da HAS, 96 (66,2%) hipertensos apresentaram alta adesão, dos quais 29 (20%) são aderentes ao tratamento, e 67 (46,2%) são prováveis aderentes. Entre os hipertensos classificados como baixa adesão (49- 33,8%), 44 (30,3%) foram classificados como provável baixa adesão, e 5 (3,4 %) como baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Por meio da análise bivariada, verificou-se que o estado civil e a renda familiar foram associados com a adesão ao tratamento

da HAS, com diminuição da adesão entre aqueles que declararam não ter companheiro (a) e renda familiar mais baixa. Os hipertensos com renda familiar mais baixa apresentaram 4,17 vezes mais chances de ter baixa adesão, e os solteiros apresentam 2,66 mais chances de não aderirem ao tratamento. As

demais variáveis não apresentaram relação estatística com a adesão ao tratamento, no entanto, os hipertensos que apresentaram idade mais avançada, sexo masculino, raça/cor não branca, menores escolaridades apresentaram diminuição da adesão ao tratamento (*tabela 1*).

Tabela 1. Associação entre as variáveis sociodemográficas e a adesão ao tratamento anti-hipertensivo em usuários da Atenção Primária à Saúde. RS. 2016. (n=156)

Variáveis			Análise bivariada ¹		Análises multivariada ²	
	Baixa adesão n (%)	Alta adesão n (%)	RP (IC 95%)	p-value	RP (IC 95%)	p-value
Idade						
≥65	48 (60,0)	32 (40,0)	1,88 (0,92-3,83)	0,080	2,20 (0,93-5,17)	0,071
55-64	17 (26,2)	48 (73,8)				
Sexo						
Masculino	16 (35,6)	29 (64,4)	1,12 (0,53-2,35)	0,760	1,69 (0,71-4,03)	0,232
Feminino	33 (33,0)	67 (67,0)				
Cor da pele						
Branco	42 (33,9)	82 (66,1)	1,02 (0,38-2,73)	0,962	1,32 (0,45-3,89)	0,609
Não branco	7 (33,3)	14 (66,7)				
Estado civil						
Sem companheiro	28 (46,7)	32 (53,3)	2,66 (1,31-5,40)	0,006*	2,11 (0,927-4,804)	0,075
Com companheiro	21 (24,7)	64 (75,2)				
Escolaridade						
NA / Ensino fundamental	45 (34,4)	86 (65,6)	1,31 (0,38-4,41)	0,664	2,419 (0,57-10,25)	0,231
Ensino médio / superior	4 (40,9)	10 (59,1)				
Renda Familiar						
≤ 2 SM	35 (49,3)	36 (50,7)	4,17 (1,98-8,77)	0,000*	4,777 (2,067-11,039)	0,000*
> 2 SM	14 (18,9)	60 (81,1)				

¹ Teste de Qui-quadrado.

² Regressão logística.

NA: Não Alfabetizado; SM: Salário Mínimo; RP: Razão de Prevalência.

*p<0,005.

Em relação à idade, observou-se diminuição da adesão ao tratamento entre os hipertensos com idade superior a 64 anos, a média de idade dos que foram classificados como baixa adesão foi de 67,96 ($\pm 8,16$), e entre os aderentes a média foi 66,34 $\pm 8,30$ (p=0,80).

Os resultados da regressão logística indicaram que, entre as variáveis sociodemográficas e econômicas, a renda de um a dois salários mínimos é impactante na não adesão ao tratamento. Indivíduos com menor renda apresentaram razão de prevalência de 4,777

(IC 95%: 2,067-11,039) de serem não aderentes ao tratamento da HAS.

Os grupos de hipertensos aderentes e não aderentes ao tratamento apresentaram semelhança no que se refere ao tempo de tratamento, que variou de 1 a 48 anos, com média de $13,38 \pm 8,36$ anos. Entre os hipertensos com alta adesão ao tratamento, o tempo médio de tratamento foi de $14,42 \pm 7,55$ anos, superior aos hipertensos com baixa adesão ($12,85 \pm 8,74$ anos). Não foi observada relação estatística entre a adesão e o tempo de tratamento.

Em relação à associação de medicamentos anti-hipertensivos, observou-se que quanto maior o número de medicamentos para a HAS

associados, menor é a adesão ao tratamento. Quem faz uso de 2 ou mais medicamentos apresenta razão de prevalência de 4,32 (IC 95%: 1,78-10,45) de ser não aderente ao tratamento (tabela 2). A média do número de medicamentos anti-hipertensivo em uso entre os hipertensos com baixa adesão foi de 2,41 ($\pm 1,06$) medicamentos, enquanto os aderentes utilizavam em média 1,90 ($\pm 0,80$) medicamentos ($p=0,00$) (dados não apresentados em tabela). Quanto ao uso de outras classes farmacológicas associadas aos anti-hipertensivos, verificou-se diminuição da adesão com o aumento do número de medicamentos, porém sem relação estatística, conforme tabela 2.

Tabela 2. Análise bivariada e multivariada das variáveis exploratórias (tempo de tratamento, número de medicamentos para a hipertensão, número de medicamentos totais, dificuldade de acesso e leitura da embalagem dos medicamentos) com relação à adesão ao tratamento da hipertensão. RS. 2016. (n=156)

Variáveis	Baixa adesão	Alta adesão	Análise bivariada¹		Análises multivariada²	
	n (%)	n (%)	RP (IC 95%)	p-value	RP (IC 95%)	p-value
Tempo tratamento HAS						
>12 anos	27 (55,1)	45 (46,9)	0,72 (0,36- 1,43)	0,349	0,99 (0,46-2,12)	0,996
≤12 anos	22 (44,9)	51 (53,1)				
Número de Medicamentos HAS						
>2 medicamentos	26 (51,0)	25 (49,0)	3,65 (1,73-7,69)	0,000*	4,32 (1,78-10,45)	0,001*
≤2 medicamentos	23 (24,5)	71 (75,5)				
Número de medicamentos totais						
≥5 medicamentos	23 (46,9)	41 (42,7)	0,84 (0,42-1,68)	0,627	1,49 (,67-3,36)	0,328
<5 medicamentos	26 (53,1)	55 (57,3)				
Dificuldade de acesso aos anti-hipertensivos						
Sim	07 (14,3)	07 (07,3)	2,11 (0,69- 6,43)	0,177	1,42 (0,42-4,80)	0,569
Não	42 (85,7)	89 (92,7)				
Dificuldade de ler a embalagem dos medicamentos						
Sim	16 (32,7)	14 (14,6)	2,84 (1,24- 6,47)	0,011*	3,19 (1,32-7,68)	0,010*
Não	33 (67,3)	82 (85,4)				

¹ Teste de Qui-quadrado.

² Regressão logística.

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; RP: Razão de Prevalência; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

*p<0,005.

Em relação ao acesso aos medicamentos, 14 (9,65%) dos hipertensos relataram dificuldade de obter os medicamentos para a HAS, o que

representa 14,3% (07) dos hipertensos classificados como baixa adesão. Não houve associação entre essa variável e adesão ao tratamento.

A dificuldade de ler a embalagem dos medicamentos foi um dos fatores que impactaram para a não adesão ao tratamento. Dos hipertensos classificados com baixa adesão, 32,7% (16) relataram apresentar dificuldade de identificar o nome dos medicamentos e outras informações na embalagem, enquanto 14% (14) dos hipertensos aderentes apresentaram essa dificuldade ($p<0,00$) (tabela 2).

Quando considerado o número de fármacos para HAS, observou-se que o grupo com níveis pressóricos superiores ao desejado utilizavam associação de mais de dois medicamentos, com média de $2,31\pm 1,31$, passando para $2,05\pm 0,90$ entre os com níveis

pressóricos desejado ($p=0,006$) (dados não apresentados em tabela).

Ao analisar os valores pressóricos, observou-se que 84 (57,9%) hipertensos apresentaram níveis considerado ideal, e 61 (42,1%) acima do recomendado. Entre aqueles que foram classificados como baixa adesão, 39 (79,6%) apresentaram níveis pressóricos superiores ao recomendado. A adesão ao tratamento esteve associada ao controle pressórico com diferença estatística entre os grupos ($p=0,000$); ademais, os não aderentes ao tratamento apresentaram risco de não controlar a PA de 13 (IC: 5,61- 30,45) vezes, superior aos aderentes (tabela 3).

Tabela 3. Associação entre PA, número de fármacos anti-hipertensivos em uso e a classificação e domínios do Brief Medication Questionnaire (BMQ). RS. 2016. (n=156)

Variáveis	PA não controlada n (%)	PA normal n (%)	RP (IC 95%)	p- value
Número de fármacos para HAS				0,051
Dois ou mais fármacos	27 (44,3)	24 (28,6)	1,98 (0,99-3,97)	
Um fármaco	34 (55,7)	60 (71,4)		
Classificação adesão				
Baixa adesão	39 (63,9)	10 (11,9)	13,12 (5,65-30,45)	0,000*
Alta adesão	22 (36,1)	74 (88,1)		
Categorias de adesão BMQ				
Aderente	5 (8,2)	24 (28,6)	--	0,000*
Provável aderente	17 (27,9)	50 (59,5)		
Provável baixa adesão	35 (57,4)	9 (10,7)		
Baixa adesão	4 (6,6)	1 (1,2)		
Domínio Regime				
≥ 1 pontos	41 (69,5)	18 (21,4)	7,51 (3,56-15,85)	0,000*
0 ponto	20 (32,8)	66 (78,6)		
Domínio Crenças				
≥ 1 pontos	8 (13,1)	2 (2,4)	6,19 (1,26-30,27)	0,012*
0 ponto	53 (86,9)	82 (97,6)		
Domínio Recordação				
≥ 1 pontos	54 (88,5)	49 (58,3)	5,51 (2,24- 13,54)	0,000*
0 ponto	7 (11,5)	35 (41,7)		

*Teste de Qui-quadrado de Pearson. HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica. PA: Pressão Arterial; BMQ: Brief Medication Questionnaire.

Entre os hipertensos com alta adesão ao tratamento, a maioria apresentou PA dentro do ideal ($n=74$, 88,1%), com diferença significativa entre os grupos ($p=0,00$) (tabela 3). Em relação a médias da PA, o grupo com baixa adesão apresentou valores pressóricos mais elevados. A média da Pressão Arterial Sistólica (PAS) dos hipertensos com baixa e alta adesão foi respectivamente 151,43 ($\pm 22,3$) mmHg, 128,0 ($\pm 11,64$) mmHg ($p=0,00$). Em relação à pressão arterial diastólica (PAD), o grupo com baixa adesão apresentou média de 89,4 ($\pm 14,4$), e entre os hipertensos aderentes a média foi de 78,6 ($\pm 8,0$) ($p=0,00$).

Em relação aos domínios que compõem o BMQ, verificou-se que ocorreu relação entre os três domínios com o controle ou não da PA, indicando que a obtenção de escore ≥ 1 ponto pode estar influenciando para o não controle da PA. O domínio recordação obteve maior número de respostas positivas (escore ≥ 1 ponto) ($n=103$ - 71%), seguido do domínio regime ($n=59$ - 40,7%) e domínio crenças ($n=10$ - 6,9%).

Entre as questões abordadas no BMQ no domínio recordação, 90 (62,07%) hipertensos recebem um esquema posológico de duas ou mais vezes ao dia; desses, 47 (85,5%) estão com os níveis pressóricos elevados; ainda, 16 (11,03%) hipertensos relataram dificuldade em lembrar de tomar os medicamentos; desses, 12 (19,7%) apresentam valores pressóricos acima do recomendado.

Em relação ao domínio regime, 40 (27,58%) hipertensos destacaram a dificuldade em listar os medicamentos da HAS em uso, desses, 29 (47,5%) apresentaram PA não controlada. 24 (16,55%), relataram omissão de doses de algum medicamento, desses, 18 (29,5) apresentaram níveis pressóricos superiores ao recomendado, ainda, 8 (13,1%) relataram ter interrompido a terapia; desses, todos estavam com níveis pressóricos elevados. No domínio crenças, 6 (4,14%) hipertensos relataram que o medicamento utilizado para hipertensão não funciona bem, e 3 (4,9%) relataram algum incômodo relacionado com a medicação.

Discussão

A adesão ao tratamento farmacológico envolve diferentes elementos que constituem esse processo: o indivíduo, o tratamento, a doença, os serviços, os profissionais de saúde, bem como o meio social e cultural do usuário e de sua família. Para que a adesão seja alcançada, são necessários o alinhamento e a organização desses elementos^{9,11}. Neste estudo, mais da metade dos hipertensos foi classificada como aderentes ao tratamento, esses apresentaram melhores níveis pressóricos, quando comparado aos com baixa adesão. Em estudo realizado por Barreto, Matsuda e Marcon¹² com 392 hipertensos adstritos à uma UBS de um município do Sul do Brasil, identificou-se que 44,90% não adeririam ao tratamento, e destes, 88,02% não apresentavam valores pressóricos em níveis desejáveis, além disso, os indivíduos não aderentes ao tratamento tiveram 9 (IC95% 6,74 - 12,07) vezes mais chances de apresentar descontrole da PA.

Ainda, estudo internacional também demonstra que a PA é de difícil controle. Estudo realizado em Coimbra, Portugal, em unidades de saúde familiar, identificou que dos 972 participantes, 35,3% não obtiveram controle da HAS¹³. Nesse sentido, infere-se que a adesão ao tratamento é um dos fatores fundamentais para o controle pressórico, o que evidencia a sua importância no tratamento para o controle da PA e redução do risco cardiovascular e cerebrovascular¹⁴.

O BMQ, por estar estruturado em domínios, permite identificar as barreiras que diminuem a adesão ao tratamento. Neste estudo, questões relacionadas com as múltiplas tomadas de medicamentos, falha de dias e doses, e ter dificuldades em lembrar de tomar os medicamentos foram as mais frequentes. Além disso, os três domínios foram associados ao controle pressórico, desse modo, pode-se, por meio da aplicação desse instrumento, planejar ações. Assim, essa avaliação pode indicar quais usuários devem

receber reforços educativos, assistência farmacêutica e atendimento multidisciplinar e quais precisam de adequação nos esquemas terapêuticos⁶.

Um estudo realizado em Curitiba, Paraná, para avaliar a adesão ao tratamento farmacológico em adultos hipertensos, utilizando o mesmo instrumento deste estudo, identificou 59% da amostra com escore compatível com provável baixa adesão. A maioria das repostas positivas foi nos domínios recordação (61%), do domínio regime (55%) e crenças (9,33%) respectivamente¹⁵. Do mesmo modo, em estudo realizado por Vancini-Campanharo et al.¹⁶ com hipertensos no Serviço de Emergência do Hospital São Paulo, constatou-se que 56% dos usuários apresentaram adesão moderada ao tratamento, sendo que a principal barreira a essa adesão foi a recordação em relação ao uso do medicamento, encontrada em 67%.

Destaca-se que as características socioeconômicas exercem grande influência sobre a adesão ao tratamento da HAS. A baixa escolaridade e a renda podem interferir negativamente nesse processo; essas características são frequentes principalmente entre os idosos, o que ficou evidente na amostra estudada. Nesse sentido, Barreto et al.¹² verificaram que 63,51% dos entrevistados possuíam baixos níveis educacionais, e a não adesão à farmacoterapia foi significativamente mais frequente entre estes, ainda, indivíduos com HAS que possuíam 8 anos ou menos de estudo apresentaram chance 1,3 vez maior de não aderirem à farmacoterapia, dados que corroboram o presente estudo (*tabela 1*).

Em relação ao estado civil, os hipertensos com companheiro aderiram mais ao tratamento, com ocorrência de diferença entre os grupos. Em estudo realizado com idosos em um ambulatório de especialidades médicas em Vitória, Espírito Santo, verificou que ocorreu maior adesão ao tratamento entre os idosos que residiam com companheiro¹⁷.

Constata-se neste estudo que, com o

avancar da idade, a adesão ao tratamento diminui, assim como observado por Barreto, Matsuda e Marcon¹² em trabalho realizado com indivíduos hipertensos em tratamento ambulatorial na APS de um município da região Sul. Além disso, os idosos tendem a apresentar diversas vulnerabilidades, como declínio das capacidades físicas, mentais e cognitivas, o que dificulta a compreensão e a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico prescritos¹⁸.

No presente estudo, o tempo de tratamento não influenciou na adesão e não se revelou com risco aos usuários, mas foi observado que hipertensos com maior tempo de diagnóstico e tratamento foram menos aderentes, o que corrobora a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão¹⁰. Esses autores inferem que a diminuição da adesão ao tratamento da HAS aumenta com o tempo de tratamento, devido principalmente ao seu caráter crônico. Ainda, Mantovani et al.¹⁵ verificaram que um maior tempo de diagnóstico implica menor adesão. Nesse sentido, reforça-se a necessidade de acompanhamento dos hipertensos, independentemente do tempo de diagnóstico da HAS, uma vez que não há consenso em relação aos estudos analisados.

O uso de associação de fármacos para o controle da HAS mostrou-se relacionado com maiores níveis pressóricos, visto que o aumento do número de medicamentos contribuiu para diminuição da adesão, além disso, comorbidades e não adesão às medidas não farmacológicas podem contribuir para associação de medicamentos e não ser eficaz para o controle da PA. O estudo realizado por Barreto, Matsuda e Marcon¹² revelou que indivíduos com prescrições medicamentosas de três ou mais fármacos tiveram 1,2 (IC: 1,13 - 1,35) vez maior chance de apresentar baixo controle pressórico, quando comparados com aqueles que faziam uso de até dois medicamentos. Ainda, em um estudo que avaliou a adesão pelo método do BMQ, identificou-se alta correlação entre o número de fármacos utilizados e a barreira

de recordação, desse modo, quando é preciso associações de medicamentos, é necessário que a equipe busque estratégias juntamente com o paciente para diminuir a taxa de esquecimento¹⁶. Essas constatações demonstram a importância da realização de acompanhamento farmacoterapêutico no paciente hipertenso, especialmente naqueles que fazem uso de vários fármacos associados.

Combinações podem ser realizadas com fármacos em separado ou em associação fixa. Se por um lado o uso de combinações livres permite a escolha da dose de cada um dos componentes, por outro, verificou-se que o uso de associações fixas favorece a adesão à terapêutica, pelo uso de menor número de comprimidos¹⁰. Os achados apontam a necessidade de estratégias para garantir o acesso a tratamentos que possibilitem diminuir o número de medicamentos prescritos e o número de administrações diárias, uma estratégia importante seria a oferta pelo Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

Os resultados evidenciaram que o acesso aos medicamentos não está relacionado com a baixa adesão ao tratamento, desse modo, levam a crer que o SUS vem alcançando seus objetivos no que se refere ao acesso dos usuários aos fármacos¹⁹. O acesso gratuito a medicamentos tem sido garantido por vários programas, apesar disso, surge uma lacuna quando se avalia a adesão: muitos hipertensos, mesmo com acesso aos medicamentos, não sabem como utilizá-los corretamente, o que coloca em risco a efetividade do tratamento prescrito e contraria as políticas de uso racional de medicamentos²⁰.

Nesse sentido, recomenda-se, preferencialmente, que os usuários sejam acompanhados por equipe multidisciplinar e que seus familiares sejam envolvidos em todo o processo, o que aumenta as taxas de adesão e as chances de sucesso com o tratamento¹⁰. Um estudo realizado com hipertensos evidenciou que maiores conhecimentos em relação à gravidade da HAS podem resultar em maior adesão no domínio regime¹⁶. Desse

modo, o conhecimento sobre a doença se constitui em uma intervenção para melhoria da adesão, com ações educativas centradas nas crenças e inquietações sobre suas condições de saúde e de tratamento.

Ainda, recomenda-se que as ações educativas sejam desenvolvidas de modo multidisciplinar, com atuação de forma integrada na abordagem da avaliação de risco, adoção de medidas de promoção da saúde e atendimento aos usuários dos serviços de acompanhamento ambulatorial¹⁷. Nesse sentido, a elaboração de protocolos terapêuticos, com a padronização de ações que resultem em melhores cuidados e adesão ao tratamento é essencial.

Do mesmo modo que o acompanhamento farmacoterapêutico é fundamental para a gestão compartilhada do tratamento entre profissionais e usuários e possibilita a adoção de estratégias voltadas para necessidades individuais específicas e que envolvam o usuário como participante no manejo de sua saúde^{1,21}. Uma metanálise mostrou que as intervenções farmacêuticas podem melhorar significativamente a aderência à medicação, PAS, PAD e controle da PA em usuários com hipertensão²¹. Em ensaio clínico randomizado desenvolvido durante nove meses com hipertensos em Portugal, a intervenção farmacêutica resultou na redução significativa da PA sistólica e PA diastólica e aumento da proporção de hipertensos com PA controlada²².

Nessa perspectiva, a ESF configura-se como elemento-chave para a organização e implantação de ações que visem ao controle da HAS. Destacam-se a necessidade do trabalho multiprofissional e interdisciplinar para a abordagem ao hipertenso e o cuidado domiciliar como uma estratégia para maior adesão ao tratamento e controle da doença, para, assim, minimizar os seus impactos e os da não adesão tanto para o sistema de saúde quanto para os usuários²³. Para a compreensão das barreiras da não adesão ao tratamento da HAS, é necessário entender que a

maioria dos fatores vai além do individual, que envolve vários aspectos e que a adesão ao tratamento poderia ser mais efetiva se estratégias conjuntas fossem discutidas e implementadas por toda a equipe de saúde envolvida na terapêutica²⁴.

A partir da verificação da adesão ao tratamento da HAS e das barreiras envolvidas na adesão, é possível planejar ações que auxiliem a equipe de saúde a promover atividades direcionadas aos usuários não aderentes e que também reforcem as orientações aos aderentes. Nesse sentido, além do acompanhamento farmacoterapêutico, é necessário implementação de medidas que aumentem a adesão às medidas não farmacológicas. Desse modo, mudanças no estilo de vida, embora difíceis de alcançar, não só podem retardar a taxa de desenvolvimento da hipertensão, mas também apresentam benefício adicional em reduzir outros fatores de risco cardiovascular, no entanto, tais medidas preventivas continuam recebendo prioridade relativamente baixa, em que a ênfase principal ainda está sendo colocada no tratamento farmacológico da doença estabelecida²⁵.

Como limitações deste estudo, destaca-se que a aferição da PA foi realizada em um único momento, o que pode não representar a real condição do usuário. Além disso, o método de adesão empregado baseia-se em respostas autorreferidas, desse modo,

os resultados podem sofrer interferência de vieses como o de recordação e de desejabilidade social, especialmente quando se trata de questões relacionadas com o tratamento farmacológico da HAS.

Conclusões

A baixa adesão ao tratamento farmacológico da HAS foi constatada em menos da metade dos indivíduos acompanhados pela APS, o que irá comprometer o sucesso terapêutico, pois a não adesão está entre os fatores que afetam o controle pressórico, e, desse modo, tende a aumentar as complicações da HAS não controlada.

Os fatores relacionados com a diminuição da adesão ao tratamento foram: baixa renda, uso de dois ou mais anti-hipertensivos e ter dificuldades em ler a embalagem dos medicamentos. Não foi verificada associação entre a adesão ao tratamento e o acesso aos medicamentos, o que permite inferir que o acesso a eles não é um problema para o usuário, por outro lado, o uso correto dessa e de outras estratégias terapêuticas para o controle da HAS se fazem necessárias, o que evidencia a importância da organização e planejamento da equipe para a organização do cuidado a esses usuários, incluindo o acompanhamento farmacoterapêutico. ■

Referências

1. Tavares NUL, Bertoldi AD, Thume E et al. Fatores associados a baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2013 [acesso em 2016 jan 2]; 47(6):1092-101. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601092&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
2. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, et al. Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control Clinical Perspective. *Circulation* [internet]. 2016 [acesso em 2016 nov 5]; 134(6):441-50. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/lookup/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018912>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2013: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF: MS; 2014.
4. Malta DC, Santos NB, Perillo RD, et al. Prevalence of high blood pressure measured in the Brazilian population, National Health Survey, 2013. *São Paulo Med J* [internet]. 2016 [acesso em 2016 nov 8]; 134(2):163-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v134n2/1806-9460-spmj-134-02-00163.pdf>.
5. Pimenta FB, Pinho L, Silveira MF, et al. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2015 [acesso em 2016 out 5]; 20(8):2489-2498. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2489.pdf>.
6. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2012 [acesso em 2016 nov 5]; 46(2):279-89. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3357.pdf>.
7. Barreto MS, Cremonese IZ, Janeiro V, et al. Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2015 Fev [acesso em 2016 set 21]; 68(1):60-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672015000100060&lng=pt&nrm=iso&tlng=en.
8. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arteriale. *Rev Port Hipertens e Risco Cardiovasc* [internet]. 2014 Jan-Fev [acesso em 2016 out 17]; 39. Disponível em: https://www.sphta.org.pt/files/guidelines_31janeiro2014-final.pdf.
9. Reiners AAO, Seabra FMF, Azevedo RCS, et al. Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica. *Ciênc Cuid Saúde* [internet]. 2012 [acesso em 2016 set 17]; 11(3):581-587. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/16511/pdf>.
10. Malachias MVB, Souza WKSB, Rodrigues CIS, et al. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2016 [acesso em 2016 set 17]; 107(3):1-103. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO-ARTERIAL.pdf.
11. Motta PG, Carvalho GG, Faioli MA, et al. Adesão medicamentosa ao tratamento da hipertensão de pacientes do hiperdia em Ipatinga e Timóteo, Minas Gerais. *Rev Uningá* [internet]. 2014 [acesso em 2016 set 18]; 40(1):91-103. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140723_184536.pdf.
12. Barreto MS, Matsuda LM, Marcon SS. Fatores associados ao inadequado controle pressórico em pacientes da atenção primária. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [internet]. 2016 [acesso em 2016 nov 11]; 20(1):114-20. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20160016>.
13. Santiago LM, Pereirab C, Botasb P, et al. Pacientes com hipertensão arterial em ambiente de medicina geral e familiar: análise comparativa entre controlados e não controlados. *Rev Port cardiol* [internet]. 2014 [acesso em 2016 set 12]; 33(7-8):419-424. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/>

science/article/pii/S0870255114000353.

14. Souza FFR, Andrade KVF, Sobrinho, CLN. Adesão ao tratamento farmacológico e controle dos níveis pressóricos de hipertensos acompanhados na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Hipertens* [internet]. 2015 [acesso em 2016 nov 22]; 22(4):133-138. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/22-4.pdf>.
15. Mantovani MF, Mattei AT, Arthur JP, et al. Utilização do brief medication questionnaire na adesão medicamentosa de hipertensos. *Rev enferm UFPE* [internet]. 2015 [acesso em 2016 out 10]; 9(1):84-90. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10310/0>.
16. Vancini-Campanharo CR, Oliveira GN, Fernanda T, et al. Hipertensão Arterial Sistêmica no Serviço de Emergência: adesão medicamentosa e conhecimento da doença. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2015 [acesso em 2016 out 12]; 23(6). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01149.pdf.
17. Arruda DCJ, Eto FN, Velten APC, et al. Fatores associados a não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo. *Rev Bras Geriatr e Gerontol* [internet]. 2015; [acesso em 2016 out 12]; 18(2):327-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v18n2/1809-9823-rbagg-18-02-00327.pdf>.
18. Zavatini MA, Obreli-Neto PR, Cuman RKN. Estratégia saúde da família no tratamento de doenças crônico-degenerativas: avanços e desafios. *Rev Gaúcha Enferm* [internet]. 2010 [acesso em 2016 nov 12]; 31(4):647-54. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/13275/11845>.
19. Aziz MM, Calvo MC, Schneider IJC, et al. Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2011 [acesso em 2016 out 11]; 27(10):1939-1950. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n10/07.pdf>.
20. Motter FR, Teresa M, Olinto A, et al. Conhecimento sobre a farmacoterapia por portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. *Ciênc Saúde Colet* [internet]. 2013 [acesso em 2016 set 12]; 18(8):2263-2274. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/10.pdf>.
21. Morgado M, Rolo S, Castelo-branco M. Pharmacist intervention program to enhance hypertension control: a randomised controlled trial. *Int J Clin Pharm* [intener]. 2011 [acesso em 2016 out 16]; 33:132-140. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3042105>.
22. Morgado MP, Morgado SR, Mendes LC, et al. Pharmacist interventions to enhance blood pressure control and adherence to antihypertensive therapy: Review and meta-analysis. *Am J Heal Pharm* [intener]. 2011 [acesso em 2016 out 12]; 68:241-254. Disponível em: <http://www.ajhp.org/content/68/3/241.long?sso-checked=true>.
23. Ribeiro AG, Cotta RMM, Silva LS, et al. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. *Rev Nutr* [internet]. 2012 [acesso em 2016 nov 15]; 25(2):271-282. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732012000200009.
24. Silva AP, Avelino FVSD, Sousa CLA, et al. Fatores associados à não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. *Rev Pesqui Cuid Fundam (online)* [internet]. 2016 [acesso em 2016 out 12]; 8(1):4047-4055. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado_fundamental/article/view/5019/pdf_1834.
25. Chobanian AV. Guidelines for the Management of Hypertension. *Med Clin* [internet]. 2017 [acesso em 2016 out 21]; 101(1):219-227. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2016.08.016>.

Recebido em 06/07/ 2017
Aprovado em 08/02/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Avaliação da satisfação dos usuários atendidos por serviço pré-hospitalar móvel de urgência

Evaluation of satisfaction of users assisted by prehospital mobile emergency care service

Rodrigo Assis Neves Dantas¹, Daniele Vieira Dantas², Jessica Cristhyanne Peixoto Nascimento³, Sabrina Daiane Gurgel Sarmento⁴, Sara Porfírio de Oliveira⁵

RESUMO O objetivo deste estudo foi avaliar a satisfação dos usuários atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do estado do Rio Grande do Norte. Trata-se de pesquisa transversal, analítica e quantitativa, realizada de janeiro a junho de 2016, com 384 usuários. Obteve-se satisfação na estrutura e no processo. O indicador de estrutura que gerou mais insatisfação foi o conforto das ambulâncias, e o de processo foi o tempo resposta. Conclui-se que os usuários, em sua maioria, estão satisfeitos com o serviço do estado, porém, pesquisas de satisfação dos usuários são sempre necessárias para o monitoramento constante desse serviço.

PALAVRAS-CHAVE Satisfação do paciente. Assistência pré-hospitalar. Avaliação em saúde. Assistência centrada no paciente.

ABSTRACT The aim of this study was to evaluate the satisfaction of the users assisted by the Mobile Emergency Care Service of the state of Rio Grande do Norte. It is a transversal, analytical and quantitative research, carried out from January to June of 2016, with 384 users. Satisfaction was obtained in structure and process. The indicator of structure that generated more dissatisfaction was the comfort of ambulances, and of the process was the response time. It is concluded that users are, mostly, satisfied with the state service, however, user satisfaction surveys are always necessary for the constant monitoring of this service.

KEYWORDS Patient satisfaction. Prehospital care. Health evaluation. Patient-centered care.

¹Universidade Federal de Sergipe (UFS) – Aracaju (SE), Brasil. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Departamento de Enfermagem – Natal (RN), Brasil. rodrigoenf@yahoo.com.br

²Universidade Federal de Sergipe (UFS) – Aracaju (SE), Brasil. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Departamento de Enfermagem – Natal (RN), Brasil. daniele00@hotmail.com

³Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Departamento de Enfermagem – Natal (RN), Brasil. jessicacristhy@gmail.com

⁴Universidade Estácio de Sá – Natal (RN), Brasil. sabrinagurgelsarm@outlook.com

⁵Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Departamento de Enfermagem – Natal (RN), Brasil. sara_iasd@hotmail.com

Introdução

A satisfação do usuário pode ser conceituada como uma relação entre as expectativas e percepções do usuário sobre a assistência recebida por um serviço de saúde, o qual demonstra a avaliação cognitiva e afetiva daquele segundo experiências anteriores¹.

A prática de avaliar a qualidade dos serviços de saúde por meio de inquérito com os usuários difundiu-se a partir da década de 1970, na Europa e nos Estados Unidos, com o objetivo de conseguir melhores resultados clínicos, por meio da adesão ao tratamento, em três dimensões: comparecimento às consultas; aceitação das recomendações e prescrições; e uso adequado dos medicamentos².

Com o modelo de qualidade proposto por Donabedian³, a avaliação da satisfação do usuário foi acrescentada aos elementos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, ao lado da avaliação do médico e da comunidade. A qualidade passou a ser observada a partir desses três ângulos, de forma complementar e, ao mesmo tempo, independente. O conceito de qualidade desenvolvido por Donabedian³ permitiu avançar no sentido de incorporar os não especialistas (usuários) na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços.

A satisfação do usuário é uma maneira de se avaliar a qualidade do serviço e do atendimento, cujas informações podem servir para analisar a estrutura oferecida, os processos executados e os resultados alcançados¹.

No Brasil, as pesquisas sobre satisfação dos usuários na avaliação dos serviços de saúde, como parte dos processos de planejamento e avaliação, tornaram-se mais comuns a partir da segunda metade da década de 1990, com a consolidação do controle social na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a participação da população no curso de avaliação e planejamento⁴.

Nesse sentido, o País vem apresentando avanços nas políticas que tentam reestruturar e qualificar os serviços de saúde.

Entre elas, surge o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), que teve sua origem em 2004, a partir da ampliação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), com o objetivo de avaliar a totalidade dos serviços de saúde que foram beneficiados com recursos financeiros advindos de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde para investimento nas seguintes áreas: estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e satisfação do usuário com relação ao atendimento recebido dos serviços de saúde⁵.

Em diversos países, principalmente nos países em desenvolvimento, os setores de urgência e emergência são identificados como áreas deficientes e problemáticas dentro do sistema de saúde, nas quais as diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização estão pouco implementadas, atendendo além de sua capacidade instalada, o que representa um problema grave e relevante do sistema de saúde, principalmente, nos países em desenvolvimento. O agravamento progressivo desse quadro amplifica as discussões sobre os fatores relacionados com a situação caótica do atendimento de emergência no Brasil^{6,7}.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), como serviço ordenador da assistência nos casos de emergência, não se encontra fora dessa realidade. Os profissionais atuantes nesses serviços vivenciam a falta de materiais, falta de segurança, limitação financeira, oferta insuficiente de capacitação para as equipes, além dos fatores estressantes durante o processo de assistir as vítimas em diferentes situações de agravo, sejam elas clínicas e/ou traumáticas².

Entre os vários componentes do sistema de saúde no mundo, os serviços de urgência e emergência foram considerados como prioritários no processo de qualificação, por serem reconhecidos como uma das principais fontes de queixas da população. Estudos internacionais trazem a implantação de uma rede



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

estruturada de urgência e uso de ambulâncias com regulação médica à distância como eixos que podem minimizar esse fenômeno^{8,9}.

Desta forma, este estudo é relevante, uma vez que se acredita que esta avaliação poderá contribuir para a criação de estratégias gerenciais no sentido de potencializar a qualidade da assistência. Além disso, o fato de, até o momento, serem encontrados poucos estudos publicados que versem sobre tal temática no País também estimulou a sua execução. Portanto, este estudo tem como objetivo: avaliar a satisfação dos usuários atendidos por um Serviço Pré-hospitalar Móvel de Urgência do estado do Rio Grande do Norte.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa transversal, analítica, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados no Complexo Hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel (HMGW), especificamente, no Pronto-Socorro Clóvis Sarinho (PSCS), após o atendimento e a estabilização dos usuários pelos profissionais do Samu e do HMGW/PSCS.

O Samu atende cerca de 800 usuários ao mês, portanto, estima-se que esse serviço realiza cerca de 9600 atendimentos ao ano. Para o cálculo da amostra¹⁰, considerou-se

um erro amostral de 5%. A amostra foi composta por 384 usuários atendidos pelo Samu, conforme os seguintes critérios de elegibilidade: idade igual ou superior a 18 anos; e, no caso de coma, confusão mental, impossibilidade de comunicação verbal ou óbito, estar com seus acompanhantes legalmente responsáveis para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos os usuários e/ou acompanhantes que não tinham condições cognitivas para responder ao questionário.

Para coleta de dados, foi utilizado o instrumento já validado por especialistas, intitulado Instrumento de Avaliação da Satisfação de usuários atendidos pela Assistência Pré-Hospitalar (AS-APH)¹¹. O instrumento utilizado contém dados pessoais (sexo, faixa etária, procedência e grau de escolaridade), tipo de ocorrência (traumático ou clínico) e 12 indicadores de satisfação dos usuários, sendo 4 de estrutura (estado de conservação das ambulâncias, o conforto do usuário dentro da ambulância, acolhimento e segurança demonstrada pelos profissionais) e 8 de processo (acesso, privacidade, humanização, orientações sobre procedimentos, relacionamento entre usuário e equipe, tempo resposta, articulação multiprofissional e resolutividade no atendimento), conforme mostra o *quadro 1*.

Quadro 1. Instrumento de Avaliação da Satisfação de usuários atendidos pela Assistência Pré-Hospitalar (AS-APH). Natal (RN), Brasil, 2016

A. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO			
A2.	Sexo	1() Masculino	2() Feminino ()
A3.	Idade	_____anos	()
A4.	Procedência (cidade/bairro)	_____	
A5.	Cor/Raça	1() Branco	4() Amarelo ()
		2() Negro	5() Indígena
		3() Pardo	
A6.	Grau de escolaridade	1() Não alfabetizado	6() Ens. médio incompleto ()
		2() Ens. fund. I incompleto	7() Ens. médio completo
		3() Ens. fund. I completo	8() Ens. superior incompleto
		4() Ens. fund. II incompleto	9() Ens. superior completo
		5() Ens. fund. II completo	10() Pós-Graduação
A7.	Religião	1() Católica	4() Agnóstica ()
		2() Evangélica	5() Outra (especificar)
		3() Espírita	
A8.	Estado conjugal	1() Casado/União consensual	4() Viúvo ()
		2() Solteiro	5() Divorciado
		3() Separado	
A9.	Ocupação	_____	
A10.	Renda em salários mínimos	1() < 1 salário	3() 3 a 5 salários ()
		2() 1 a 2 salários	4() 6 a 10 salários
B. DADOS SOBRE O EVENTO			
B1.	Data do evento ____/____/____	Hora:_____	()
B2.	Data do atendimento ____/____/____	Hora:_____	()
B3.	Dia da semana em que ocorreu o evento	1() Domingo	5() Quinta-feira ()
		2() Segunda-feira	6() Sexta-feira
		3() Terça-feira	7() Sábado
		4() Quarta-feira	
B4.	Quem transportou a vítima até o hospital?	1() UBS	3() Unidade de Resgate (UR) ()
		2() USA	4() Helicóptero
B5.	Local da ocorrência (cidade / bairro)	_____ ()	
B6.	Horário da ocorrência	_____	
B7.	Classificação do evento sofrido	1() Traumático	3() Gineco-obstétrico ()
		Qual:_____	Qual:_____
		2() Clínico	4() Psiquiátrico
		Qual:_____	Qual:_____
B8.	Região(ões) corpórea(as) atingida(s) na ocorrência	1() Cabeça/pescoço	3() Abdome ()
		2() Tórax	4() MMSS/II e cintura pélvica

Quadro 1. (cont.)

C. AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO ATENDIMENTO RECEBIDO PELO SAMU 192				
Abaixo, estão elencados aspectos sobre a estrutura e o processo para avaliação do Samu 192. Este item deve ser preenchido segundo a qualificação do serviço, conforme parâmetro abaixo:				
1. Péssimo	2. Ruim	3. Regular	4. Bom	5. Excelente
C1.	O estado de conservação das ambulâncias é?			()
C2.	A ambulância era confortável, de acordo com suas necessidades de saúde?			()
C3.	O acesso ao Samu, pelo número 192, foi realizado de forma adequada?			()
C4.	A ambulância chegou em tempo considerável até o local onde você se encontrava?			()
C5.	O acolhimento dispensado pelos profissionais do Samu 192 foi?			()
C6.	Você acha que a equipe do Samu 192 transportou você para o local mais adequado, de acordo com a natureza da sua ocorrência?			()
C7.	A segurança demonstrada pela equipe durante o seu atendimento foi?			()
C8.	Durante o atendimento, sua privacidade foi preservada?			()
C9.	A humanização durante a assistência prestada pela equipe é?			()
C10.	As orientações sobre os procedimentos realizados e do seu estado de saúde foram fornecidas pela equipe do Samu 192?			()
C11.	O seu relacionamento com os profissionais do Samu foi?			()
C12.	Na sua opinião, você obteve resolutividade com o atendimento do Samu 192?			()
D. SUA SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO RECEBIDO PELO SAMU 192 DE 0 (ZERO) A 10 (DEZ)				
NOTA: _____				

A coleta de dados foi realizada nos meses de janeiro a junho de 2016. A abordagem dos pacientes se deu por conveniência, nos turnos matutino, vespertino e noturno, em todos os dias da semana. Para esta coleta de dados, foi necessária a contribuição de 12 alunos de iniciação científica, membros do Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudos e Pesquisas em Urgência, Emergência e Terapia Intensiva (Nepet), sob orientação dos pesquisadores. Foi realizado um treinamento para orientação sobre a abordagem aos usuários e a coleta propriamente dita.

Para a realização do tratamento estatístico descritivo e inferencial, foi necessário categorizar as variáveis de duas formas. Primeiramente, as respostas quanto a cada indicador foram apresentadas na forma de escala do tipo Likert, em cinco níveis: péssimo; ruim; regular; bom; e excelente. Na análise dos dados, as respostas: péssimo, ruim e regular foram consideradas

como uma nova variável qualitativa para 'insatisfeito', ao passo que bom e excelente, para 'satisfeito', referindo-se à avaliação da qualidade da assistência prestada, na visão dos usuários.

Além disso, as novas variáveis foram classificadas em categorias quantitativas para os indicadores de estrutura e processo. Para cada item considerado adequado, atribuiu-se um ponto. Como o instrumento continha 4 itens de estrutura e 8 itens de processo, o total da dimensão estrutura variou de 0 a 4, e o total da dimensão processo variou de 0 a 8. A escala total variou de 0 a 12. Nessa configuração, considerou-se que casos da dimensão estrutura seriam considerados 'satisfeitos' se obtivessem pontuação ≥ 3 ; já os casos com pontuação < 3 foram considerados 'insatisfeitos'; na dimensão processo, seriam considerados 'satisfeitos' se obtivessem pontuação ≥ 6 ; e casos com pontuação < 6 foram considerados 'insatisfeitos'. Quando se

analisaram as dimensões estrutura e processo, juntas, considerou-se que o usuário estaria 'satisfeito' para os escores ≥ 9 e 'insatisfeito' para

os escores < 9 , com base no Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde⁵ (*quadro 2*).

Quadro 2. Variáveis do estudo e análise estatística. Natal (RN), Brasil, 2016

VARIÁVEIS DO ESTUDO	CLASSIFICAÇÃO	
	QUANTITATIVA	QUALITATIVA
Estrutura	0 a 4	≥ 3 Satisfeito < 3 Insatisfeito
Processo	0 a 8	≥ 6 Satisfeito < 6 Insatisfeito
Estrutura e Processo	0 a 12	≥ 9 Satisfeito < 9 Insatisfeito
ANÁLISE ESTATÍSTICA		
Descritiva	Média e Desvio Padrão (DP)	Frequência absoluta e relativa
Inferencial	Teste de Mann-Whitney	Teste Qui-Quadrado

Os dados coletados foram digitados duplamente no programa Microsoft Excel e, depois, importados para o programa SPSS (versão 20.0 *for* Windows), no qual foram tabulados e analisados, a partir da estatística descritiva e inferencial, e apresentados sob a forma de tabelas.

Partindo do princípio de que a pesquisa envolveu seres humanos, esta seguiu a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde¹². Além disso, salienta-se que se obteve autorização prévia da instituição para coleta de dados, e que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), de Natal (RN), obtendo parecer favorável, CAAE: 0025.0.294.051-10.

Resultados

No que diz respeito à caracterização pessoal, a maioria dos usuários era do sexo masculino:

249; a idade dos usuários variou de 18 a 101 anos, com média de 52,14 (23,4%); quanto à procedência, 219 (57%) residiam na capital do estado, e 158 (41,1%) no interior do estado; e com relação ao grau de escolaridade, o ensino médio completo alcançou o maior percentual, com 82 (21,4%) dos usuários.

Com relação ao tipo de ocorrência dos atendimentos realizados pelo Samu, no período de janeiro a junho de 2016, há maior prevalência de ocorrências traumáticas, 225 (58,6%), e 159 (41,4%) de causas clínicas.

A avaliação dos indicadores de qualidade mostrou que o item conforto dentro da ambulância teve satisfação de 85,2%, o que difere dos demais indicadores, que apresentam uma satisfação maior que 90%. Os itens de processos mostram que dois indicadores, articulação multiprofissional e tempo resposta, tiveram satisfação menor que 86%, o que também difere dos demais indicadores, que apresentam uma satisfação maior que 90% (*quadro 3*).

Quadro 3. Avaliação da satisfação dos usuários com aspectos da estrutura e do processo de cuidado. Natal (RN), Brasil, 2016

INDICADORES DE SATISFAÇÃO	INSATISFATÓRIO n (%)	SATISFATÓRIO n (%)	p-valor*
ESTRUTURA			
Segurança demonstrada pela equipe profissional	9 (2,3)	375 (97,7)	0,794
Acolhimento	14 (3,6)	370 (96,4)	0,711
Estado de conservação da ambulância	36 (9,4)	348 (90,6)	0,676
Conforto dentro da ambulância	57 (14,8)	327 (85,2)	0,109
PROCESSO			
Privacidade do usuário	7 (1,8)	377 (98,2)	0,795
Resolutividade no atendimento	19 (4,9)	365 (95,1)	0,700
Humanização	25 (6,5)	359 (93,5)	0,805
Relacionamento entre profissional e usuário	25 (6,5)	359 (93,5)	0,805
Orientação sobre procedimento	34 (8,9)	350 (91,1)	0,783
Acesso ao serviço	37 (9,6)	347 (90,4)	0,824
Articulação multiprofissional	54 (14,1)	330 (85,9)	0,832
Tempo resposta	75 (19,5)	309 (80,5)	0,847

*Teste Qui-Quadrado.

Não houve diferença estatística significativa entre o evento sofrido na avaliação da qualidade dos indicadores de satisfação de estrutura e processo, ou seja, a maior parte dos usuários que sofreram eventos traumáticos e clínicos ficou satisfeita com a estrutura. Com relação ao

processo, também não houve diferença significativa. A análise conjunta da estrutura e do processo também não indicou diferença estatística significativa entre o evento ocorrido. Em sua maioria, os usuários ficaram satisfeitos com o serviço prestado pelo Samu (*tabela 1*).

Tabela 1. Avaliação da satisfação dos usuários com aspectos da estrutura e do processo de cuidado, segundo tipo de evento ocorrido. Natal (RN), Brasil, 2016

VARIÁVEIS		USUÁRIOS ACOMETIDOS POR EVENTOS TRAUMÁTICOS n (%)	USUÁRIOS ACOMETIDOS POR EVENTOS CLÍNICOS n (%)	p-valor*
Estrutura	Satisfeito	208 (92,4)	146 (91,8)	0,795
	Insatisfeito	17 (7,6)	13 (8,2)	
Processo	Satisfeito	209 (92,9)	148 (93,1)	0,621
	Insatisfeito	16 (7,1)	11 (6,9)	
Estrutura/Processo	Satisfeito	212 (94,2)	148 (93,1)	0,883
	Insatisfeito	13 (5,8)	11 (6,9)	
Total		225 (58,6)	159 (41,4)	

*Teste Qui-Quadrado.

Na avaliação dos escores médios, percebe-se que os usuários estão satisfeitos com a estrutura, uma vez que as médias foram superiores a três, independentemente do evento sofrido. Com relação ao processo, as

médias ficaram acima de sete, indicando satisfação dos usuários. Na avaliação conjunta de estrutura e processo, as médias estavam acima de nove, independentemente do evento ocorrido (*quadro 4*).

Quadro 4. Avaliação da qualidade da assistência, segundo as médias dos indicadores de estrutura e processo, conforme evento ocorrido. Natal (RN), Brasil, 2016

VARIÁVEIS	USUÁRIOS ACOMETIDOS POR EVENTO TRAUMÁTICO MÉDIA (DP)	USUÁRIOS ACOMETIDOS POR EVENTO CLÍNICO MÉDIA (DP)	p-valor*	MÉDIA (DP)
Estrutura	3,66 (0,70)	3,74 (0,71)	0,947	3,69 (0,70)
Processo	7,24 (1,09)	7,33 (1,37)	0,128	7,28 (1,21)
Estrutura/ Processo	10,91 (1,50)	11,07 (1,96)	0,093	10,97 (1,70)

*Teste de Mann-Whitney.

Discussão

As características pessoais dos usuários atendidos pelo Samu reforçam outra pesquisa realizada no Brasil, no que diz respeito ao sexo dos usuários atendidos. Estudo realizado no Samu detectou que, das 3.186 ocorrências, houve predominância do sexo masculino. Foram 2.012 (63,2%), enquanto o sexo feminino apresentou 1.140, ou seja, 35,8% dos casos atendidos¹³.

Com relação à faixa etária, em pesquisa sobre o perfil clínico epidemiológico dos usuários da Rede de Urgências no interior de Pernambuco, pode-se perceber que a idade variou de 30 a 39 anos, sendo esta a mais representativa, com 31% de toda a amostra. Logo em seguida aparece o intervalo de 40 a 49 anos, com 26%¹⁴.

Quanto ao nível de escolaridade dos usuários, em investigação sobre o perfil clínico epidemiológico dos usuários da Rede de Urgências no interior de Pernambuco, realizada com 119 usuários, a maioria possuía o ensino médio completo (67%)¹⁴.

Ao analisar o tipo de ocorrência, estudo realizado no mesmo estado, no ano de 2014, que analisou 3.186 ocorrências do serviço pré-hospitalar móvel de urgência, evidenciou que 1.473 (46,2%) ocorrências atendidas pelo serviço referiam-se a causas clínicas, e 1.454 (45,6%) a traumáticas¹³. Tais números divergem dos dados encontrados nesta pesquisa. A coleta de dados ocorreu em um hospital referência para trauma no estado, sendo esse achado esperado.

Analisando, descritivamente, os resultados relacionados à estrutura, destaca-se a avaliação positiva dos usuários, independentemente do tipo do evento sofrido, no que se refere à segurança demonstrada pelos profissionais, ao acolhimento e ao estado de conservação das ambulâncias.

A segurança demonstrada pela equipe profissional é um fator que determina a satisfação do usuário atendido pelo serviço de urgência, estando relacionado com as competências emocionais, técnicas e sociais dos profissionais, os quais, em situações de emergência, irão proporcionar diminuição

do nível de ansiedade ao paciente que se encontra em um contexto de forte impacto emocional, pela fragilidade da sua situação¹⁵.

O estado de conservação da ambulância auxilia nos cuidados prestados pelos profissionais para com os pacientes, podendo acarretar uma assistência inadequada ao usuário, o que pode refletir no seu grau de satisfação¹⁶.

Apesar da satisfação dos usuários com os aspectos estruturais em geral, o indicador conforto do usuário dentro da ambulância teve avaliação menos satisfatória (85%). Pesquisa realizada na Nova Zelândia confirma tal achado, demonstrando que 83% dos usuários atendidos pelo serviço pré-hospitalar estão satisfeitos com o conforto oferecido, pois proporciona uma sensação de relaxamento e diminui a ansiedade¹⁷.

Na análise dos indicadores de processo, os usuários deste estudo, em geral, também estão satisfeitos com o serviço oferecido. Os indicadores de processo que obtiveram melhor avaliação foram: privacidade, resolutividade no atendimento, humanização, relacionamento entre usuário e equipe, orientação sobre procedimento e acesso ao serviço.

Pesquisa realizada na Áustria revela que os usuários atendidos pelo serviço de atendimento pré-hospitalar estão satisfeitos com a privacidade durante a execução dos procedimentos realizados pela equipe¹⁵.

Em estudo com pacientes suspeitos de fratura, os procedimentos realizados no local do evento foram bem significativos para os usuários; o diálogo e o relacionamento entre os profissionais e usuários criou uma relação de bem-estar na visão dos usuários; a humanização foi bem avaliada¹⁸.

Segundo investigação, 50% da satisfação geral do usuário com o serviço prestado é dependente da relação do paciente com a equipe que o atende¹⁹. O relacionamento entre profissional e usuário refere-se ao reconhecimento do sujeito de maneira integral e holística, onde o usuário é levado em consideração em seus aspectos biológicos, de crenças e valores, com consequente benefício

ao estabelecimento de relação de respeito, bem como na tomada de decisões no âmbito do cuidado, entre profissionais e usuário²⁰.

Os indicadores de processo com avaliação menos satisfatória foram: tempo resposta (80,9) e articulação multiprofissional.

Estudo de Shankar, Bhatia e Schuur²¹ sobre a satisfação de pacientes idosos com serviço de emergência móvel verificou que quanto menor o tempo de espera, melhor é avaliado o serviço pelos usuários. Os usuários valorizam a resposta rápida de uma ambulância na cena, se eles estão em uma emergência ou não. Mesmo sendo curto o tempo de espera, para o usuário, é muito tempo, porque ele se encontra em um estado de pânico^{22,23}.

Pesquisas afirmam que o transporte do paciente ao serviço adequado influencia diretamente a sua satisfação com o serviço, proporcionando, assim, a continuidade da assistência e sua resolutividade^{24,25}. O transporte do paciente para um hospital que apresenta problemas de superlotação pode ter influenciado a avaliação negativa desse indicador.

Na avaliação conjunta da estrutura e do processo, notou-se que os usuários estão satisfeitos com o serviço oferecido pelo Samu do estado do Rio Grande do Norte, com média geral de 10,97.

Segundo estudo, é possível destacar a função assistencial e social do Samu, visto que sua intervenção orienta e informa o usuário, antecipa cuidados pelas equipes de socorro e estabelece diagnóstico precocemente, tendo resolutividade na cena ou removendo o usuário para uma porta da urgência de forma segura e ágil, o que é reconhecido pelos usuários. A escolha do usuário pelos serviços de urgência está fundamentada na expectativa de uma atenção rápida, segura e de maior confiança²⁶⁻²⁸.

Conclusões

Constatou-se que os usuários estão satisfeitos com a assistência prestada pelo Samu do

estado do Rio Grande do Norte, na dimensão estrutura e processo. Com relação à média geral da avaliação da estrutura e do processo, juntos, os usuários, independentemente do evento sofrido, também estão satisfeitos.

Apesar da satisfação geral, o indicador de estrutura que gerou mais insatisfação foi o conforto das ambulâncias, e o de processo foi o tempo resposta, demonstrando itens frágeis, que precisam ser mais bem reestruturados no serviço em análise.

Diante dessa análise, pode-se observar que, apesar de todos os desafios e dificuldades vivenciados pelo Samu, os profissionais estão conseguindo prestar uma assistência adequada para a população. É um serviço que veio para padronizar e regular um atendimento fundamental para salvar vidas, com eficácia comprovada.

Como limitação deste estudo, destaca-se a necessidade de se elaborar estudos quase experimentais sobre essa temática, quando um observador não participante deveria analisar em tempo real os indicadores de estrutura

e processo dentro da ambulância, no ato do socorro de urgência. Porém, essa experiência ainda não foi possível, em virtude do espaço interno reduzido das ambulâncias, podendo dificultar a execução do cuidado emergencial aos usuários.

Apesar dessa limitação, acredita-se que o estudo pode ser replicado em outras cidades e estados brasileiros, uma vez que o instrumento AS-APH utilizado foi validado por especialistas na área.

É evidente a necessidade de mais estudos que abordem essa temática, para que se possa conhecer a opinião do usuário sobre o serviço que está sendo oferecido, possibilitando uma melhor compreensão de suas necessidades e demandas pelos serviços de saúde.

Colaboradores

Os autores declaram que participaram igualmente da concepção, da análise e da interpretação dos dados do artigo. ■

Referências

1. Inchauspe JAF, Moura GMS. Aplicabilidade dos resultados da pesquisa de satisfação dos usuários pela Enfermagem. *Acta Paul Enferm* [internet]. 2015 [acesso em 2016 jan 14]; 28(2):177-182. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n2/1982-0194-ape-28-02-0177.pdf>.
2. Dantas RAN, Torres GV, Salvetti MG, et al. Instrument for assessing the quality of mobile emergency pre-hospital care: content validation. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2015 [acesso em 2016 set 4]; 49(3):381-387. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n3/pt_0080-6234-reeusp-49-03-0381.pdf.
3. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. Mexico: La Prensa Médica Mexicana; 1984.
4. Paes NA, Silva CS, Figueiredo TMRM, et al. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. *Rev Panam Salud pública* [internet]. 2014 [acesso em 2016 set 9]; 36(2):87-93. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v36n2/03.pdf>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde PNASS [internet]. Brasília, DF: MS; 2015 [acesso em 2016 set 9]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf.
6. Silva NC, Nogueira LT. Avaliação de indicadores operacionais de um serviço de atendimento móvel de urgência. *Cogitare enferm*. [internet]. 2012 [acesso em 2016 set 11]; 17(3):471-477. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/29287/19037>.
7. Moraes AS, Melleiro MM. A qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: a percepção do usuário. *Rev Eletrônica Enferm* [internet]. 2013 [acesso em 2016 set 1]; 15(1):112-120. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/15243>.
8. Melon KA, Branco DE, Rankin J. Beat the clock! Wait times and the production of quality in emergency departments. *Nurs philos* [internet]. 2013 [acesso em 2016 set 4]; 14(3):223-237. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nup.12022/ful>.
9. Finn JC, Fatovich DM, Arendts G, et al. Evidence-based paramedic models of care to reduce unnecessary emergency department attendance – feasibility and safety. *BMC emerg med* [internet]. 2014 [acesso em 2016 set 4]; 13(13):1-6. Disponível em: <https://bmcmemergmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-227X-13-13>.
10. Barbetta PA. Estatística aplicada às ciências sociais. 8. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.
11. Cavalcanti RL, Dantas DV, Martiniano DWL, et al. Avaliação da satisfação de usuários atendidos em serviços pré-hospitalares móveis de emergência: validação de instrumento. *Nursing (São Paulo)* [internet]. 2017 [acesso em 2018 jan 4]; 20(230):1796-1800.
12. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 12 Dez 2012.
13. Dias JMC, Lima MSM, Dantas RAN, et al. Perfil de atendimento do Serviço Pré-Hospitalar Móvel de Urgência Estadual. *Cogitare enferm* [internet]. 2016 [acesso em 2016 set 4]; 21(1):1-9. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/07/706/42470-171307-1-pb.pdf>.
14. Oliveira ANS, Lima KSB, Moura LA, et al. O perfil clínico epidemiológico dos usuários da rede de urgências no interior de Pernambuco. *Rev pesqui cuid fundam* [internet]. 2013 [acesso em 2016 set 1]; 5(2):3601-3607. Disponível em: seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/download/2006/pdf_729.
15. Baubin M, Neumayr A, Eigenstuhler J, et al. Patient satisfaction in out-of-hospital emergency care. *Notf Rett Med* [internet]. 2012 [acesso em 2016 set 22]; 3(1):225-233. Disponível em: <https://link.springer>.

com/article/10.1007/s10049-011-1466-4.

16. Booker MJ, Shaw ARG, Purdy S. Why do patients with 'primary care sensitive' problems access ambulance services? A systematic mapping review of the literature. *BMJ Open* [internet]. 2015 [acesso em 2016 set 24]; 1(5):1-10. Disponível em: <http://bmjopen.bmj.com/content/5/5/e007726>.
17. Swain AH, Al-Salami M, Hoyle SR, et al. Patient satisfaction and outcome using emergency care practitioners in New Zealand. *Emerg Med Australas* [internet]. 2012 [acesso em 2016 set 24]; 24(2):175-180. Disponível em: <http://www.wfa.org.nz/file/454/UCC-satisfaction---printed.pdf>.
18. Aronsson K, Bjorkdahl I, Sundström BW. Prehospital emergency care for patients with suspected hip fractures after falling – older patients' experiences. *J Clin Nurs* [internet]. 2014 [acesso em 2016 set 24]; 23(21-22):3115-3123. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24476341>.
19. Donabedian A. La calidad de la asistencia sanitaria. Roma: NIS; 1990.
20. Schimith MD, Simon BS, Brêtas ACP, et al. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. *Trab educ saúde* [internet]. 2011 [acesso em 2016 set 4]; 9(3):479-503. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n3/v9n3a08.pdf>.
21. Shankar KN, Bhatia BK, Schuur JD. Toward patient-centered care: a systematic review of older adults' views of quality emergency care. *Ann Emerg Med* [internet]. 2014 [acesso em 2016 set 24]; 63(5):529-550. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24051211>.
22. Moura LRM, Rocha ESB, Moura MEB, et al. of family health strategy users on emergency service. *Rev. pesqui cuid fundam* [internet]. 2013 [acesso em 2016 set 5]; 5(6):169-186. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3445>.
23. Togher FJ, O'Cathain A, Phung VH, et al. Reassurance as a key outcome valued by emergency ambulance service users: a qualitative interview study. *Health Expect* [internet]. 2015 [acesso em 2016 set 3]; 18(6):2951-2961. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25303062>.
24. Prada EEP, Domínguez NM, Domínguez AM, et al. Satisfacción con el funcionamiento del Sistema Integrado de Urgencias Médicas en la provincia de Guantánamo. *Medisan* [internet]. 2011 [acesso em 2016 set 3]; 15(6):820-827. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v15n6/san13611.pdf>.
25. Miranda JJ, Rosales-Mayor E, Quistberg DA, et al. Patient perspectives on the promptness and quality of care of road traffic incident victims in Peru: a cross-sectional, active surveillance study. *F1000Res* [internet]. 2013 [acesso em 2016 dez 23]; 2(167):1-12. Disponível em: <https://f1000research.com/articles/2-167/v1>.
26. Abreu KP, Pelegrinib AHW, Marques GQ, et al. Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. *Rev gaúch enferm* [internet]. 2012 [acesso em 2017 jun 23]; 33(2):146-156. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/21.pdf>.
27. Sarmento DGS, Dantas RAN, Dantas DV, et al. Profile of individuals with neurological disorders assisted by a prehospital mobile emergency care service. *Cogitare enferm* [internet]. 2017 [acesso em 2017 jun 28]; 22(2):1-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/cev22i2.49698>.
28. Dantas RAN, Dantas DV, Salvetti MG, et al. Quality of care indicators of a prehospital mobile emergency. *International Archives of Medicine* [internet]. 2016 [acesso em 2016 dez 30]; 9(302):1-9. Disponível em: <https://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1848/1884>.

Recebido em 09/10/2017

Aprovado em 08/02/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: artigo proveniente de projeto de pesquisa financiado pelo Edital 01/2016 – Universal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – Número do Processo: 403613/2016-7

Perdas evitáveis de imunobiológicos na instância local: reflexões acerca do processo de trabalho da enfermagem

Avoidable losses of immunobiologicals in the local instance: reflections on the nursing work process

Fernanda Crosewski¹, Liliana Müller Larocca², Maria Marta Nolasco Chaves³

RESUMO Objetivou-se identificar a ocorrência de perdas evitáveis de imunobiológicos em um município, no período de 2011 a 2015, e conhecer o processo de trabalho da equipe de enfermagem na Rede de Frio (RF). Trata-se de um estudo de caso do tipo exploratório documental e de campo, com abordagem quantitativa e qualitativa. Os dados foram extraídos dos Sistemas de Informações de Apuração de Imunobiológicos Utilizados (SI-AIU) e do Programa Nacional de Imunização (PNI) e coletados em 54 entrevistas com profissionais de enfermagem. Das ocorrências evitáveis, destaca-se a perda por validade vencida (83%). Algumas estratégias de enfrentamento foram propostas, com destaque para gerenciamento de lotes na instância superior.

PALAVRAS-CHAVE Enfermagem. Imunização. Refrigeração.

ABSTRACT The objective of this study was to identify the occurrence of avoidable losses of immunobiologicals in a municipality, in the period from 2011 to 2015, and to know the work process of the nursing team in the Cold Network. It is a case study of the documental exploratory and field type, with quantitative and qualitative approach. Data were extracted from the Information Systems of Verification of Immunobiological Used (SI-AIU) and from the National Immunization Program (PNI), and collected in 54 interviews with nursing professionals. Of the avoidable occurrences, it is highlighted the loss due to expired validity (83%). Some coping strategies were proposed, with emphasis on batch management in the higher instance.

KEYWORDS Nursing. Immunization. Refrigeration.

¹Universidade Federal do Paraná (UFPR), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Curitiba (PR), Brasil. Secretaria de Estado da Saúde (Sesa), Divisão de Vigilância do Programa de Imunização – Curitiba (PR), Brasil. nanda.cwk@gmail.com

²Universidade Federal do Paraná (UFPR), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (Nesc) – Curitiba (PR), Brasil. liliana@ufpr.br

³Universidade Federal do Paraná (UFPR), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (Nesc) – Curitiba (PR), Brasil. mnolascochaves@gmail.com

Introdução

O Ministério da Saúde instituiu, em 1973, o Programa Nacional de Imunizações (PNI), cujos técnicos são responsáveis por coordenar as atividades de imunização, utilizando-o tanto para estratégias básicas de vacinação de rotina como para campanhas anuais, contribuindo, assim, para o controle, a eliminação e/ou erradicação das doenças imunopreveníveis^{1,2}.

No decorrer das últimas décadas, as vacinas representaram para a saúde pública o método de proteção específica com a melhor relação custo-benefício. Em consequência, observou-se a mudança do perfil epidemiológico das doenças imunopreveníveis, com diminuição do número de casos, reduzindo, assim, custos com hospitalizações e tratamentos³.

A efetividade desse processo está diretamente ligada à Rede de Frio (RF) – processo de armazenamento, conservação, manipulação, distribuição e transporte dos imunobiológicos, onde são garantidas as condições adequadas de refrigeração, desde o laboratório produtor até sua administração. Quaisquer falhas podem representar perda dos produtos e deficiências na proteção dos indivíduos^{4,2}.

Toda a estrutura da RF possibilita que os imunobiológicos fiquem conservados a uma temperatura entre +2°C e +8°C na instância local ou -20°C em instância central. É importante destacar que as salas de vacinas das Unidades de Saúde (US) se constituem em instâncias locais, cuja responsabilidade técnica e as ações relacionadas, no sentido de manter a qualidade da conservação e da administração dos imunobiológicos, são exclusivas da equipe de enfermagem⁴.

Um dos problemas básicos do dia a dia dos profissionais que atuam na sala de vacinação é a perda de imunobiológicos, a qual pode ser classificada como técnica ou física. Neste estudo, enfatizamos as perdas físicas, consideradas evitáveis, por ocorrerem quando há

o descumprimento das normas e dos procedimentos adequados, como, por exemplo: quebra de frasco; procedimento inadequado (porta do refrigerador esquecida aberta, frascos de vacinas esquecidos na bancada, caixa térmica com vacinas mantidas de um dia para o outro, refrigerador sem termômetro para controle de temperatura etc.); falha no equipamento de refrigeração; falta de energia elétrica; validade vencida; falha no transporte; vandalismo etc.⁵.

As perdas físicas podem e devem ser reduzidas com capacitação frequente dos profissionais que atuam na RF, manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos de refrigeração, controle de lotes e validade das vacinas, entre outras ações⁵.

No Paraná, a utilização do Sistema de Informação de Apuração de Imunobiológicos Utilizados (SI-AIU) permite verificar imunobiológicos utilizados, a movimentação de estoque e as perdas (técnicas e físicas) em todas as instâncias. Em 2013, uma análise do SI-AIU identificou que foram desprezadas, por causas evitáveis, mais de 700 mil doses de imunobiológicos. Tal fato pode ocasionar o desabastecimento desses produtos e, consequentemente, acarretar baixas coberturas vacinais e um possível aumento de casos de doenças imunopreveníveis, com prejuízo direto à população².

Tal realidade nos remeteu à seguinte questão norteadora: como é o enfrentamento dos profissionais de enfermagem da instância local da RF de um município da 2ª Regional de Saúde – Metropolitana (2ª RS) – frente às perdas evitáveis de imunobiológicos?

Os objetivos da pesquisa foram: identificar o município da 2ª RS – Metropolitana do Paraná – com a maior ocorrência de perdas evitáveis de imunobiológicos notificada no período de 2011 a 2015; conhecer o processo de trabalho da equipe de enfermagem nas atividades relacionadas à RF de imunobiológicos na instância local do município com maior ocorrência de perdas evitáveis; e descrever as estratégias de enfrentamento às



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

perdas evitáveis de imunobiológicos realizadas pelos profissionais de enfermagem nas instâncias locais da RF no cenário estudado.

Métodos

Foi realizado um estudo de caso do tipo exploratório documental (1ª fase) com abordagem quantitativa, e de campo (2ª fase), com abordagem qualitativa. A primeira etapa configurou-se no reconhecimento do cenário a ser investigado, e a segunda num aprofundamento das singularidades e particularidades do cenário configurado como campo do estudo.

A pesquisa teve como base territorial a 2ª Regional de Saúde – Metropolitana do estado do Paraná –, constituída por 29 municípios. É a oitava região metropolitana mais populosa do Brasil, com 3.223.836 habitantes, e concentra 30,86% da população do estado, apresentando a maior movimentação e aplicação de imunobiológicos⁶.

Na 1ª fase, a pesquisa foi realizada utilizando-se dados secundários do SI-AIU e do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), relativos ao período de 2011 a 2015. Esses sistemas permitem o controle da movimentação de imunobiológicos a partir da sala de vacina, apurando a utilização, as perdas técnicas e as perdas físicas (consideradas evitáveis), com consolidação dos dados nas instâncias municipal, estadual e nacional, bem como o controle de distribuição e estoque⁷.

Os municípios escolhidos para este levantamento foram os seis maiores da Região Metropolitana de Curitiba (RMC), com mais de 100.000 (cem mil) habitantes. Entre esses seis municípios foi identificado o que mais apresentou ocorrências informadas nos SI-AIU e SI-PNI, que levaram a perdas evitáveis no período analisado.

Uma vez reconhecido o município, a 2ª fase foi realizada por meio de entrevistas coletivas/individuais em 21 das 23 US do

município visitado, ocorridas entre maio e julho de 2016 e agendadas por telefone de acordo com a disponibilidade das equipes de enfermagem, em ambos os turnos.

O instrumento com o roteiro utilizado nas entrevistas foi dividido em duas partes: a primeira, com caracterização do profissional, tempo de formação e de atuação no serviço e se havia passado por capacitação em Sala de Vacinação em algum momento de sua atuação profissional; na segunda parte, buscamos conhecer, por meio de entrevistas, o processo de trabalho da equipe de enfermagem na RF local (sala de vacina), com ênfase em perdas vacinais: última ocorrência que levou à perda de imunobiológicos, procedimento adotado e qual a estratégia adequada para o enfrentamento de perdas evitáveis de imunobiológicos.

O estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital do Trabalhador – Secretaria de Estado da Saúde (Sesa), credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) do Ministério da Saúde, aprovado em 30 de julho de 2015, por meio do Parecer Consubstanciado de número 1.180.966. Foram respeitadas todas as normativas contidas na Resolução nº 466/2012⁸.

Os critérios de inclusão na 2ª fase foram: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem de ambos os sexos, em atividade nas US e que desenvolvessem atividades gerenciais e/ou assistenciais na sala de vacinação das US, identificados por letras e números, de acordo com a categoria profissional.

Para análise dos dados da 1ª etapa (abordagem quantitativa), foram utilizadas planilhas do programa Microsoft Excel[®] contendo as variáveis: ano da ocorrência, local da ocorrência, imunobiológico, tipo de evento/perda, sendo, posteriormente, analisados por meio de estatística descritiva. Na 2ª etapa (abordagem qualitativa), os dados foram analisados por meio de análise de discurso, proposta por Fiorin⁹.

Resultados

Com relação à 1ª fase, após o levantamento nos bancos de dados, foram utilizados, para fins de análise, somente os números absolutos das perdas evitáveis de imunobiológicos, sendo então identificado o cenário da segunda fase: o município com o maior número de doses de imunobiológicos desprezados por perdas físicas (104.905 doses). No cenário estudado, tais perdas representaram 8,56% do total de doses recebidas (1.225.425 doses). As perdas evitáveis reconhecidas

foram: quebra de frascos (6.655); falha de energia elétrica (4.072); falha no equipamento de refrigeração (5.567); validade vencida (87.035); procedimento inadequado/perdas em frascos abertos (688); falha no transporte (0); e outros motivos (888).

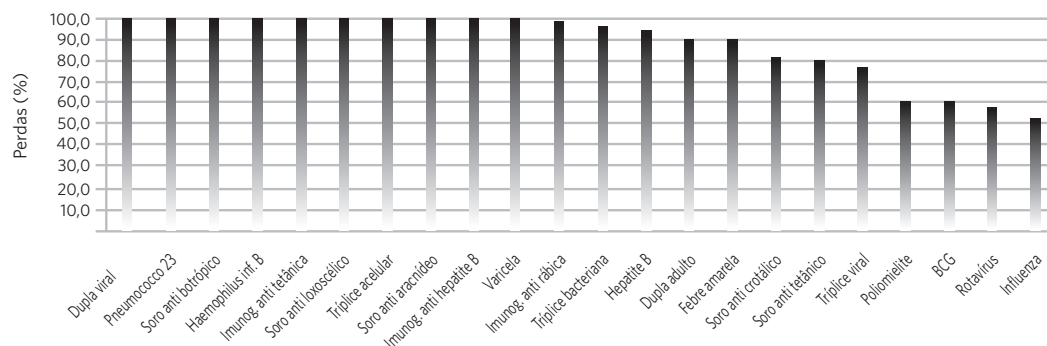
Quando analisados os motivos que levaram ao descarte de vacinas por causas evitáveis, observa-se que a perda por validade vencida representa 83% (87.035) do total de vacinas desprezadas. Em sete tipos de imunobiológicos, predominaram as seguintes ocorrências (*quadro 1*):

Quadro 1 - Identificação dos sete imunobiológicos desprezados por perdas evitáveis segundo causa - Quebra de Frasco (QF); Falha no Equipamento de refrigeração (FE); Procedimento Inadequado (PI); falha de Energia Elétrica (EE). Paraná, PR, Brasil, 2011 a 2015

IMUNOBIOLÓGICO	QF	FE	PI	EE
Soro antirrábico	42,90%	28,60%		
DTP+Hib (tetraivalente)		47,40%	36,80%	
Raiva celular vero	43,60%	33,20%		
Meningocócica conjugada C		43,00%		35,60%
DTP+HB+Hib (pentavalente)		28,40%		46,80%
Pneumocócica conjugada 10v.		32,20%		30,80%
Poliomielite inativada	17,15%			

Para os outros 22 imunobiológicos (53,7%), a ocorrência predominante foi validade vencida (*gráfico 1*).

Gráfico 1 - Proporção de perdas de imunobiológicos segundo ocorrência 'validade vencida'. PR., Brasil, 2016



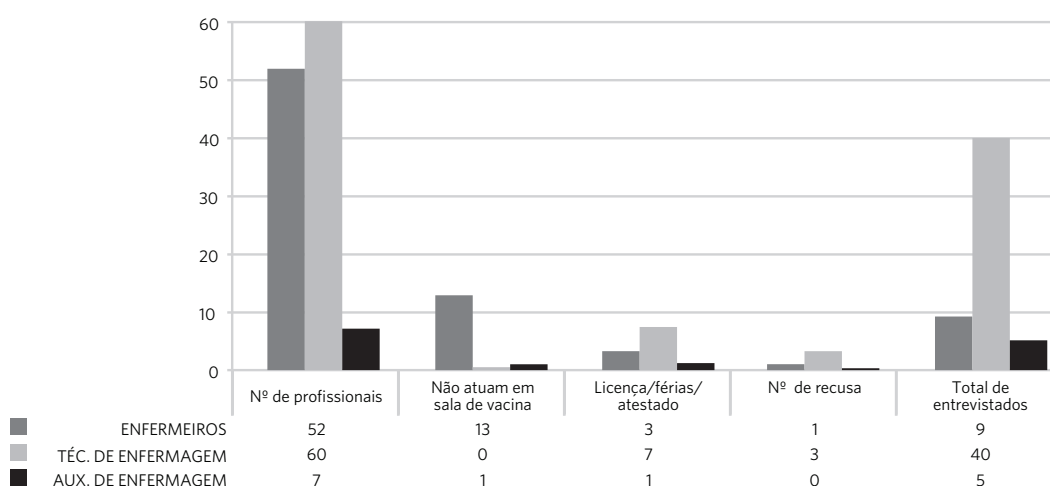
Na segunda fase, foram realizadas as entrevistas coletivas/individuais em 91% (21) das US no município 'caso'. Duas US não foram visitadas, uma por recomendação da própria Secretaria de Saúde, por se tratar de área de risco, e outra por ser localizada em área rural de difícil acesso, com pouca atividade de vacinação e apenas um técnico de enfermagem.

De acordo com a coordenação das equipes de enfermagem municipal, os profissionais de enfermagem somam um total de 119

profissionais. Destes, 52 são enfermeiros, 60 são técnicos de enfermagem e sete são auxiliares de enfermagem.

O total de participantes foi de 54 profissionais de enfermagem (entre os que estavam nas US no horário agendado), sendo que foram realizadas dez entrevistas coletivas, com três a quatro participantes por entrevista, e 15 entrevistas individuais, com uma duração média de dez minutos, permitindo a participação de todos da equipe, sem prejudicar o atendimento da unidade (gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição dos participantes entrevistados por categoria profissional. PR, Brasil, 2016



Dos enfermeiros, os nove entrevistados eram do sexo feminino. Destes, três estavam na faixa etária de 40 a 59 anos de idade e, na mesma proporção, apresentavam 21 anos ou mais de tempo de formação. Com relação ao tempo de sala de vacina, cinco dos enfermeiros atuavam entre 0 e 5 anos, e apenas dois relataram não terem sido capacitados em sala de vacinação.

Dos técnicos de enfermagem, foram entrevistados 40 profissionais, destes, somente dois eram do sexo masculino (5%). 42% (17)

estavam na faixa etária de 40 a 49 anos de idade, sendo que 30% (12) deles apresentaram tempo de formação de 11 a 15 anos. Quanto à atuação em sala de vacina, 42% (17) apresentavam de 0 a 5 anos, e 67% (27) profissionais foram capacitados há menos de um ano.

Dos cinco auxiliares de enfermagem entrevistados, apenas um (20%) era do sexo masculino, 80% (4) estavam na faixa etária de 40 a 59 anos de idade, e 80% (4) com 21 anos ou mais de formação. Com relação ao tempo de atuação em sala de vacina, 40% (2)

dos auxiliares de enfermagem atuavam entre 11 a 15 anos, e 40% (2) foram capacitados em sala de vacinação entre 4 a 5 anos.

Das 21 unidades visitadas, 15 (71,4%) possuíam refrigerador específico para guarda de imunobiológicos em sua RF. As seis (28,6%) restantes trabalhavam com o modelo de refrigerador de uso doméstico.

Após a identificação das ocorrências que levaram a perdas evitáveis de imunobiológicos e a caracterização dos profissionais entrevistados, foi realizada a leitura exaustiva das transcrições. Com relação à análise dos discursos, foram identificadas duas categorias: Processo de Trabalho (com duas figuras: organização da sala de vacina e aplicação de vacinas); e Perdas Evitáveis de Vacinas (com seis figuras: quebra de frasco, falta de energia elétrica, procedimento inadequado, falha no equipamento de refrigeração, depredação de patrimônio/outros e expiração do prazo de validade/validade vencida).

Abaixo, apresentamos as categorias, algumas frases temáticas e as figuras encontradas.

Categoria processo de trabalho

Figura: Organização da sala de vacinas

Hoje, temos um aparelho de refrigerador que dispensa o uso de colocar o gelo para temporizar e depois pôr a vacina dentro do isopor. [...]. (Téc. 10).

Quando chego, tiro a temperatura e o gelox para degelar, espero uns minutos para ele entrar na temperatura [...] começo pôr a vacina e vai até às 16 horas. [...]. (Téc. 06).

Figura: Aplicação de vacinas

[...] vai fazer a aplicação, você faz a lavagem das mãos, vai lá dentro da geladeira e pega a vacina [...]. (Téc. 05).

[...] chegou uma criança para tomar a vacina, a

gente pega, vai lá, retira o frasquinho, aspira a dose e guarda [...]. (Téc. 09).

Categoria perdas evitáveis de vacinas

Figura: quebra de frasco

Já quebrei um frasquinho de vacina [...]. (Aux. 01).

Às vezes, acontece quebra de um frasco, mas é muito pouco [...]. (Téc. 17).

Figura: falta de energia elétrica

[...] falta de energia, a gente teve perda de um lote muito grande [...], em torno de 300 doses. (Téc. 07).

Só falta de energia que é comum no bairro. Quando chove, acontece muito de ficar sem luz [...]. (Téc. 39).

Figura: procedimento inadequado

Aconteceu uma vez esquecimento da porta da geladeira aberta [...]. (Téc. 03).

[...] esquecimento no final do ano de repor as vacinas da caixa térmica na geladeira [...]. (Téc. 37).

Figura: falha no equipamento de refrigeração

[...] a geladeira, quando não era essa, ou esquentava demais ou gelava demais, e a gente perdia vacina [...]. (Téc. 09).

Figura: depredação do patrimônio público

[...] vândalos entraram, além de mexer em tudo, roubar nossas coisas, deixaram a geladeira aberta. (Téc. 05).

Já teve vandalismo, desligaram a luz [...]. (Téc. 03).

Figura: expiração do prazo de validade

[...] dentre todos estes, a validade do laboratório é o que mais acontece. A vacina vem para a gente muito próximo de vencer [...]. (Téc. 04).

[...] prazo de validade, porque chegou um lote próximo de vencer, e não conseguimos utilizar tudo [...]. (Téc. 36).

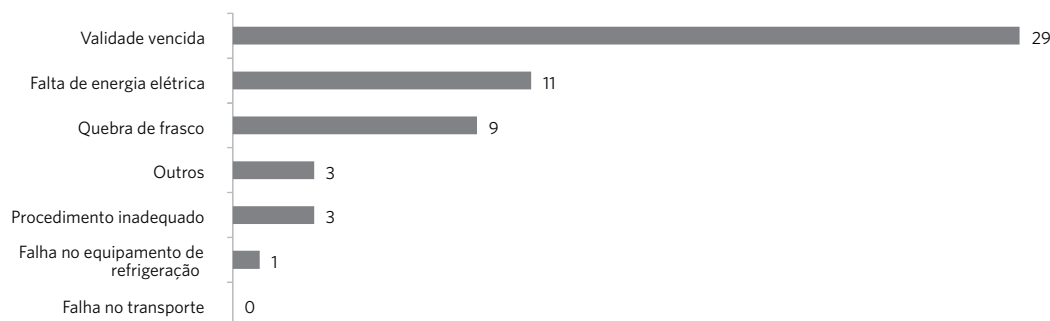
Quanto à primeira figura, 'Organização da sala de vacinas' (categoria Processo de Trabalho), foram diferenciados os discursos entre os profissionais que utilizavam diferentes tipos de refrigeradores, uma vez que os profissionais que trabalham com

o refrigerador do tipo doméstico relatam o tempo despendido entre o preparo da caixa térmica e o início das atividades de vacinação.

Para a segunda figura encontrada, 'Aplicação de vacinas', os discursos também mostram essa praticidade no processo de trabalho quando utilizados os refrigeradores específicos para o armazenamento de imunobiológicos.

Com relação à segunda categoria, 'Perdas evitáveis de vacinas', apresentamos, abaixo, as ocorrências (*gráfico 3*) relativas à pergunta: quais perdas evitáveis de vacina você já vivenciou durante seu trabalho na unidade de saúde?

Gráfico 3 - Tipos de perdas evitáveis de imunobiológicos vivenciadas em números absolutos. PR, Brasil, 2016



Pode-se observar que a centralidade dos discursos dos entrevistados está na vivência de perdas por validade vencida, a qual representou 52% do total de perdas evitáveis. Tal informação vai ao encontro dos dados levantados nos sistemas de informação, nos quais 83% do total das vacinas desprezadas foi por validade vencida. Os três registros de perda por procedimento inadequado ocorreram pelos seguintes motivos: caixa térmica esquecida fora do refrigerador no final do expediente; frasco da vacina BCG deixado aberto derramando nas demais vacinas;

porta do refrigerador esquecida aberta. Os três registros de perda por outros motivos ocorreram: dois por vandalismo e a outra porque uma criança tirou o cabo de energia do refrigerador da tomada.

Discussão

O enfermeiro é responsável pela supervisão e pelo monitoramento do trabalho desenvolvido na RF local, bem como pelo processo de educação permanente, tendo

responsabilidade técnico-administrativa pelas atividades realizadas na sala de vacinação, o que inclui o desenvolvimento de habilidades e competências da equipe. Os vacinadores, na maioria, técnicos ou auxiliares de enfermagem, são imprescindíveis ao processo, sendo que a quantidade de vacinadores varia de acordo com o porte do serviço e com o tamanho da população a ser assistida¹⁰.

Nos resultados encontrados, percebeu-se que a quantidade de profissionais e a capacitação técnica não estavam em consonância com normativas do PNI, uma vez que nem todos os vacinadores passaram por capacitação em sala de vacinas.

Estudos brasileiros avaliaram as condições de acondicionamento e refrigeração dos imunobiológicos, descrevendo a ocorrência do descumprimento de recomendações, sendo que falhas nesse processo foram significativas nas US, colocando em risco a eficácia da imunização. Entre estes estudos, destacamos dois: no Nordeste brasileiro, foram encontrados registros de temperatura dos refrigeradores das salas de vacina fora do preconizado¹¹, e em Campinas (SP), foram observadas inconformidades na organização interna dos refrigeradores, além de distorção da descrição técnica a respeito do degelo desses equipamentos¹².

Tais estudos não corroboram a realidade do cenário investigado, no qual, das ocorrências de perdas evitáveis de imunobiológicos identificadas, a que se destacou foi a perda por validade vencida, com mais de 87 mil doses desprezadas, dado confirmado nos discursos dos profissionais.

Segundo Aranda e Moraes¹³, conhecer como se desenvolve a prática cotidiana de enfrentamento das perdas evitáveis de imunobiológicos é imprescindível para análise do processo de trabalho nesse domínio, bem como para subsidiar os gestores da RF quanto à capacitação de pessoal em sala de vacinação, elaboração de manuais, exercícios práticos e abordagens técnicas sobre o calendário vacinal e a melhoria do serviço prestado.

Pode-se observar que a maioria dos vacinadores (67%) passou por capacitação técnica em sala de vacinas a menos de um ano, ação fundamental para se atuar na sala de vacinas, uma vez que, durante a formação profissional tanto de técnicos como de enfermeiros, não se aborda a imunização em todas as peculiaridades que ela exige. Embora os profissionais de enfermagem tenham formação curricular e amparo legal para exercer essa atividade, ao atuarem em imunização, devem aprofundar seus conhecimentos nas bases do PNI, adquirir boas práticas para administração e conservação de imunobiológicos, respeitando as recomendações pertinentes a cada uma delas¹⁴.

Outro ponto a ser discutido é a rotatividade dos profissionais. Nem sempre o profissional capacitado é aquele que está atuando na sala de vacinas. Por esse motivo, faz-se necessária a capacitação em imunização de todos os profissionais do serviço.

O programa de imunização é fundamentalmente exercido por profissionais de enfermagem na maioria dos municípios do Brasil, e a supervisão das atividades deve ser exercida sistematicamente pelo enfermeiro, incluindo os aspectos organizacionais e a capacitação profissional¹⁴.

Pode-se observar que 25% (13) dos enfermeiros não atuam na sala de vacinação do município, mesmo sendo os responsáveis pelas ações nela executadas. Muitos até relatam a necessidade de estarem mais presentes, porém, a demanda excessiva e a falta de profissionais fazem com que diminuam a participação nas atividades relacionadas à sala de vacinação.

O perfil dos participantes é de profissionais com mais de 20 anos de formação e com faixa etária predominante de 40 anos ou mais. Esses dados vão ao encontro dos levantados em um estudo que mostra que a maioria das ocorrências de erros em procedimentos de imunização acontece com profissionais que apresentam uma média de idade de 36,5 anos, com tempo de formação

entre um e dez anos¹³. Outro estudo, realizado no interior do estado de São Paulo, mostra uma realidade diferente: erros de medicação ocorrem com maior propensão entre profissionais experientes, pois se sentem convencidos de que seu julgamento e sua decisão são os mais corretos¹⁵.

No entanto, podemos observar que, no município estudado, o processo de trabalho da equipe de enfermagem nas salas de vacinas não está diretamente relacionado com o número de perdas evitáveis de imunobiológicos por validade vencida. Essa situação não está sob responsabilidade da instância local, uma vez que o lote de vacinas é recebido com curto prazo de validade, e o procedimento de distribuição, assim como o processo de aquisição de imunobiológicos, está sob a responsabilidade da instância estadual.

Vale destacar que as duas US não visitadas não afetam o resultado da pesquisa, uma vez que, conforme a Coordenação Geral das equipes de enfermagem, uma Unidade de Saúde é de área rural, com apenas uma técnica de enfermagem para o atendimento, havendo baixa movimentação de imunobiológico. Já a outra Unidade não foi recomendada para a visita por situar-se em área de risco, em virtude da presença constante de grupos relacionados ao tráfico de drogas e da consequente violência entre gangues rivais, onde o procedimento de vacinação é realizado por dois técnicos de enfermagem, e o movimento de imunobiológicos é baixo pelas próprias características da comunidade abrangente.

Algumas estratégias de enfrentamento para evitar a perda de vacinas por validade vencida foram propostas pelos profissionais, com destaque para o melhor gerenciamento de lotes na instância superior, o que possibilitaria a entrega das vacinas com maior prazo de validade para utilização. Tal perspectiva se faz primordial, uma vez que 46% dos participantes relataram vivenciar o descarte de vacinas por validade vencida.

Como podemos observar nos discursos, foram vivenciados praticamente todos os

tipos de perdas evitáveis de vacinas, com exceção das causadas por falha no transporte das vacinas. O tipo de perda menos vivenciada foi o procedimento inadequado, o que nos faz refletir se este tipo de perda realmente ocorre pouco ou se a equipe tem dificuldade em identificar a sua ocorrência.

A literatura registra uma ampla variedade de estudos a respeito de armazenamento, conservação, manipulação de vacinas, prática em RF, porém, pouco se conhece sobre perdas vacinais. Em geral, quando esse tema é abordado, há ênfase nas razões externas relacionadas aos sistemas de informação e ao PNI, e não ao processo de trabalho na sala de vacina¹⁶.

Um estudo realizado no Canadá demonstrou que o custo estimado de perdas de vacinas foi de três milhões de dólares ao ano, e que 20% dos serviços de saúde não cumprem as condições mínimas de armazenamento e manuseio das vacinas, sendo que cerca de 4% das vacinas são desprezadas por vencimento do prazo de validade¹⁶.

Destarte, foi possível perceber que as estratégias de enfrentamento das perdas vacinais se localizam para além das salas de vacina, o que nos leva a pensar em outras investigações necessárias para tal enfrentamento.

Conclusões

O planejamento no uso de recursos públicos para aquisição, distribuição e aplicação dos imunobiológicos impacta diretamente a eficácia da ação do PNI. O uso dos insumos desse programa, sem avaliação, em todo o processo pode levar ao desabastecimento de produtos essenciais ou à perda de produtos pela incapacidade de consumi-los nos prazos de validade, levando ao aumento de perdas por vários motivos.

O conhecimento adquirido acerca do processo de trabalho da equipe de enfermagem no cenário estudado poderá subsidiar novas

ações no gerenciamento dos imunobiológicos, que tanto minimizem perdas evitáveis de vacinas como possibilitem enfrentamento adequado das doenças imunopreveníveis.

Perdas vacinais são esperadas. A questão fundamental consiste no fato dessas perdas serem ou não evitáveis, para as quais cabe a adoção de medidas de prevenção. A perda de vacinas em frascos ainda fechados fica atribuída a problemas de gestão de estoque, o que pode ser rapidamente minimizado. Já as perdas em frascos abertos não podem ser eliminadas, porém, a adoção de políticas e práticas melhoradas em imunização podem reduzi-las substancialmente¹⁵.

São necessários novos estudos nesse domínio, uma vez há escassez de literatura fora das publicações oficiais acerca de perdas evitáveis vacinais.

A análise dos discursos trouxe vantagens: dar voz a um grupo por meio da identificação

das figuras que apareceram nas falas analisadas. Faz-se necessário ressaltar que as questões político-ideológicas afetas ao processo de trabalho (compra, estoque e distribuição) em sala de vacina foram pouco evidenciadas nos discursos emitidos pelos atores sociais envolvidos no estudo.

Tal realidade indica uma necessidade de desenvolver junto à equipe de enfermagem os outros componentes de processo de trabalho: administrar, ensinar, pesquisar e participar politicamente, sendo este último um elemento fundamental do trabalho, uma vez que a enfermagem precisa se instrumentalizar para minimizar as perdas vacinais por validade vencida.

Com relação às possíveis limitações do estudo, destacamos as prováveis subnotificações nos sistemas envolvidos nos registros de perdas vacinais, bem como uma baixa adesão às entrevistas. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
2. Oliveira VC, Caveião C, Crosewski F. Gerenciamento de enfermagem no controle de perdas evitáveis de imunobiológicos. *Cogitare Enferm.* 2014; 9(4):679-686.
3. Ponte CF. Vacinação, controle de qualidade e produção de vacinas no Brasil a partir de 1960. *Hist. Cienc.Saúde.* 2003; 10(supl.2):619-653.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Manual de Rede de Frio. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
5. Pereira DDS, Neves EB, Gemelli M, et al. Análise da taxa de utilização e perda de vacinas no programa nacional de imunização. *Cad. Saúde Colet.* 2013; 21(4):420-424.
6. Coordenação da Região Metropolitana de Curitiba [internet]. Região Metropolitana de Curitiba [acesso em 2015 set 15]. Curitiba: Comec; [data desconhecida]. Disponível em: <http://www.comec.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=123>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Apuração de Imunobiológicos Utilizados – SIAIU. Manual do Usuário. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União.* 12 Dez 2012.
9. Fiorin JL. Linguagem e ideologia. 8. ed. São Paulo: Ática; 2007.
10. Oliveira VC, Guimarães EAA, Cavalcante RB, et al. Conservação de vacina em unidades públicas de saúde: uma revisão integrativa. *Rev. Enf. Ref.* 2013; (9):45-54.
11. Luna GLM, Vieira LJES, Sousa PF, et al. Aspectos relacionados à administração e conservação de vacinas em centros de saúde no Nordeste do Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2011; 16(2):513-552.
12. Ribeiro DO, Castro F, Ferreira GC, et al. Qualidade na conservação e armazenamento dos imunobiológicos da rede básica do Distrito Sul de Campinas. *J Health Sci Inst.* 2010; 28(1):21-28.
13. Aranda CMSS, Moraes JC. Rede de frio para a conservação de vacinas em unidades públicas do município de São Paulo: conhecimento e prática. *Rev. bras. Epidemiol.* 2006; 9(2):172-185.
14. Rodrigues IC, Paschoalotto AA, Brunieira ELL. Procedimentos inadequados em sala de vacina: a realidade da região da São José de Rio Preto. *Bol. Epidemiol. Paul. (Online).* 2012; 9(100):16-28.
15. Silva BK, Silva JS, Gobbo AFF, et al. Erros de medicação: condutas e propostas de intervenção na perspectiva da equipe de enfermagem. *Rev. Eletrôn. Enfer. [internet].* 2007 [acesso em 2016 fev 15]; 9(3):712-723. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a11.htm>.
16. Samad SA. Perdas vacinais: razões e prevalências em quatro unidades federadas do Brasil [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2011. 85 p.

Recebido em 25/10/2017

Aprovado em 03/02/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Perfil de queixas técnicas relacionadas a seringas hipodérmicas de uso único comercializadas no Brasil após certificação compulsória

Profile of technical complaints related to single use hypodermic syringes marketed in Brazil after compulsory certification

Cristovão de Sousa Alves¹, Michele Feitoza Silva², Kátia Christina Leandro³, André Luís Gemal⁴

RESUMO A certificação metrológica é uma importante ferramenta de Vigilância Sanitária. O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil das notificações de queixas técnicas de seringas hipodérmicas realizadas no Notivisa/Anvisa (Sistema Nacional de Notificações de Eventos Adversos e Queixas Técnicas/Agência Nacional de Vigilância Sanitária) entre 2012 e 2015. As notificações foram analisadas individualmente e classificadas conforme os motivos relatados. Foram avaliadas 4181 notificações, e as queixas mais prevalentes foram: ‘produto quebrado na embalagem lacrada’ (22%) e ‘sujeidade/manchas no interior do produto/embalagem’ (15,8%). Não foram observadas alterações significativas no perfil das queixas após a certificação compulsória, que, embora imprescindível, não é capaz de substituir o monitoramento pós-comercialização.

PALAVRAS-CHAVE Certificação. Regulação e fiscalização em saúde. Seringas. Sistema de informação. Vigilância de produtos comercializados.

ABSTRACT Metrological certification is an important Sanitary Surveillance tool. The objective of this study was to evaluate the profile of notifications of technical complaints of hypodermic syringes performed in Notivisa/Anvisa (Sistema Nacional de Notificações de Eventos Adversos e Queixas Técnicas/Agência Nacional de Vigilância Sanitária) between 2012 and 2015. The notifications were analyzed individually and classified according to the reasons reported. 4181 notifications were evaluated and the most prevalent complaints were: ‘broken product in the sealed package’ (22%) and ‘dirt/stains inside the product/packaging’ (15.8%). There were no significant changes in the profile of the complaints after compulsory certification, which, although indispensable, is not capable of replacing post-marketing monitoring.

KEYWORDS Certification. Health care coordination and monitoring. Syringes. Information systems. Product surveillance postmarketing.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. cristovao.s.alves@hotmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. michele.feitoza@incqs.fiocruz.br

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. katia.leandro@incqs.fiocruz.br

⁴Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Química – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. andre.gemal@gmail.com

Introdução

As seringas hipodérmicas de uso único são produtos para saúde, também denominados produtos médicos, utilizados para a administração de preparações injetáveis, em procedimentos que envolvem prevenção, diagnóstico e anticoncepção. São fornecidas estéreis e isentas de pirogênios e não devem ser reesterilizadas ou reutilizadas¹⁻³.

De um modo geral, esse produto é composto por um corpo cilíndrico transparente em polipropileno grau médico, graduado, tendo um bico cônico ou rosqueado em uma extremidade, que permita o acoplamento a uma agulha ou outros dispositivos, e, na outra extremidade, um conjunto pistão/haste (êmbolo) de borracha atóxica, que desliza pelo interior do corpo cilíndrico. Os materiais usados na fabricação de seringas não estão especificados, pois sua seleção depende do projeto, do processo de produção e do método de esterilização empregados por cada fabricante. Cada seringa é apresentada com proteção individual para manter a esterilidade⁴⁻⁶.

Sendo assim, as seringas devem atender a requisitos mínimos de identidade e qualidade, tais como: não conter partículas e materiais estranhos por meio de verificação visual normal; não conter gotas de lubrificante nas superfícies interna e externa da seringa por meio de inspeção visual normal; não exceder 0,25 mg/cm² de lubrificante (exceto as seringas para insulina); possuir desenho da haste e da base da haste da seringa que assegure que o pistão não se desconecte; não haver vazamento de ar ou líquido através do pistão^{4,5}.

Devido à sua ampla utilização, desvios da qualidade desse produto podem ocasionar agravos em um elevado número de pessoas, causando grande impacto na saúde pública^{2,7}.

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) tem como principal atribuição a promoção e a proteção da saúde, além de promover o desenvolvimento de

mecanismos de vigilância pós-comercialização que permitam reunir informações sobre o desempenho e a segurança do produto em sua fase de utilização. Por conseguinte, o SNVS conta com a colaboração dos hospitais da Rede Sentinela e dos demais serviços de saúde, dos serviços de apoio a diagnóstico e terapêutica, dos profissionais de saúde, dos usuários e, também, dos próprios órgãos de Vigilância Sanitária (Visa)^{2,7-9}.

O Sistema Nacional de Notificações de Eventos Adversos e Queixas Técnicas (Notivisa) é o sistema informatizado desenvolvido para receber notificações de Eventos Adversos (EA) e Queixas Técnicas (QT) geradas pelos hospitais da Rede Sentinela, por empresas detentoras de registro, profissionais de saúde e, também, por cidadãos. As informações geradas por esse sistema auxiliam nas ações de regulação sanitária visando à minimização de riscos e problemas relacionados ao produto, que, muitas vezes, só são identificados no período de comercialização do produto^{2,9-11}. Ainda que as subnotificações e as não notificações fragilizem a robustez da informação, o Notivisa é um sistema extremamente útil na sinalização de ações em Visa.

Com o elevado número de notificações relacionadas a falhas e problemas da qualidade, e visando garantir as condições adequadas de segurança no momento da utilização de produtos, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) foi impulsionada à publicação, em 2011, de regulamentos específicos que tornaram compulsória a certificação metrológica de alguns produtos. Entre elas estava a Resolução RDC nº 3, de 4 de fevereiro de 2011, que estabeleceu requisitos mínimos de identificação e qualidade para seringas hipodérmicas⁵. E, com direcionamento para a regulamentação, o Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (Inmetro) publicou, em 29 de dezembro de 2011, a Portaria nº 503, que determinou a certificação metrológica compulsória¹² deste produto, com base na avaliação



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

da qualidade das seringas com relação aos parâmetros preconizados pela Norma ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas) NBR ISO nº 7886-1:20034.

A RDC nº 3/2011 determinou o prazo de 360 dias para adequação dos detentores de registro e a consequente obrigatoriedade da certificação dos seus produtos por organismos acreditados pelo Inmetro a partir de 2012, porém, esse prazo foi postergado para 30 de junho de 20135.

O presente trabalho é um estudo descritivo exploratório relativo ao período de 2012 a 2015, apresentado em série histórica que objetivou analisar o perfil das notificações de queixas técnicas relacionadas ao produto seringa, registradas no Notivisa, durante processo de certificação compulsória.

Metodologia

Todas as notificações relacionadas às seringas hipodérmicas de uso único registradas no Notivisa, no período de 2012 a 2015, foram solicitadas ao Núcleo de Gestão do Sistema Nacional de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (Nuvig/Anvisa).

Após o recebimento, por meio digital, os registros de notificações foram tratados em editor de planilhas, classificados e avaliados utilizando os seguintes filtros: período, nome do produto (seringa) e tipo de evento (queixa técnica). Para efeito deste estudo, foi escolhido o período de 2012 a 2015, pois a certificação compulsória para o produto em questão passou a valer a partir de 2013.

O número total de queixas técnicas registradas no Notivisa foi quantificado e analisado por ano no período proposto. As queixas técnicas originais foram analisadas individualmente e classificadas em 5 grupos (funcionalidade, embalagem, aspecto, registro e outros); e, posteriormente, visando uniformizar e organizar a diversidade de formas de notificação de um mesmo problema, as queixas técnicas originais foram

reclassificadas individualmente em subgrupos, construídos com base nos critérios de conformidade estabelecidos pela Resolução RDC nº 3, de 4 de fevereiro de 2011⁵. A partir da identificação e da quantificação dos problemas apontados, estabeleceu-se, assim, o perfil das notificações de queixas técnicas no período e os motivos de maior prevalência por ano.

Os detentores de registro, cujos produtos receberam notificações no sistema Notivisa, foram identificados, e as respectivas notificações foram quantificadas dentro do período em estudo. Dessa forma, foi possível avaliar os principais detentores tendo em vista o total de notificações do período e o número de notificações por ano. Para preservar a identidade de cada empresa, foram atribuídos a elas, em ordem alfabética, uma codificação alfanumérica constituída da letra 'D', seguida de um número sequencial de identificação.

Os resultados encontrados foram organizados em tabelas e gráficos para melhor apresentação e análise dos resultados.

Resultados e discussão

Entre 2012 e 2015, foram registradas, respectivamente, 1126 (2012), 1023 (2013), 950 (2014) e 1082 (2015) notificações, totalizando 4181 notificações de queixas técnicas associadas a seringas hipodérmicas registradas no sistema Notivisa. A notificação é voluntária para profissionais de saúde e a população em geral, e obrigatória para os detentores de registro e os serviços de saúde, sendo assim, a possibilidade de subnotificação não deve ser descartada^{13,14}. Existe, também, a possibilidade de que algumas ocorrências tenham sido investigadas e concluídas por órgãos de Visa estaduais ou municipais e não tenham sido incluídas no sistema Notivisa.

A *tabela 1* apresenta os diferentes tipos de notificações de queixas técnicas sobre seringas hipodérmicas de uso único

registradas no Notivisa durante o período estudado. A partir da classificação realizada pelos autores, segundo as normas vigentes, foram verificadas não conformidades relacionadas à funcionalidade (32,7%); à embalagem (37,6%); a aspecto (27,8%); somente 1

(uma) notificação para registro do produto junto à Anvisa; e outros (1,7%). Essa classificação foi de grande relevância devido à heterogeneidade das notificações e à pluralidade dos agentes notificantes.

Tabela 1. Registros de queixas técnicas relacionadas às seringas hipodérmicas de uso único no período de 2012 a 2015

Descrição das Queixas Técnicas	Número de notificações					
	2012	2013	2014	2015	Total	%
Funcionalidade						
Vazamento de líquido ou ar pelo cilindro da seringa	131	123	63	68	385	8,6
Êmbolo se desprende, com facilidade, do cilindro da seringa	61	88	101	73	323	7,2
Baixa resistividade ao manuseio	55	99	40	81	275	6,1
Problemas de encaixe ou conexão com agulha ou outros dispositivos	49	71	70	71	261	5,8
Seringa não aspira	6	13	46	7	72	1,6
Problemas com o dispositivo de segurança	25	25	16	11	77	1,7
Êmbolo não desliza ou desliza com dificuldade	16	10	16	35	77	1,7
Embalagem						
Embalagem defeituosa, prejudicando a abertura ou comprometendo a esterilidade	41	45	25	55	166	3,7
Ausência do produto ou de partes dentro da embalagem lacrada ou imediatamente aberta	118	94	134	138	484	10,8
Problemas na Rotulagem que dificultam a identificação do lote e da validade	3	19	10	16	48	1,1
Produto ou parte quebrada, na embalagem lacrada ou logo após a abertura	299	234	217	237	987	22,0
Aspecto						
Presença de sujidade, mancha ou corpo estranho no interior do produto ou no interior da embalagem	202	169	172	166	709	15,8
Problemas na graduação da seringa	64	49	64	137	314	7,0
Presença de excesso de lubrificante no interior da seringa	27	11	12	176	226	5,0
Registro						
Registro vencido na Anvisa	0	0	0	1	1	0,0
Outros	27	22	10	18	77	1,7
Total	1124	1072	996	1290	4482*	100

*Por vezes, houve mais de um tipo de não conformidade na mesma notificação, assim, o número total de queixas técnicas (4482) foi maior que o total de notificações realizadas no Notivisa (4181).

Posteriormente à classificação nos 5 grupos, as notificações foram reclassificadas em 15 subgrupos, construídos com base nos artigos presentes no regulamento técnico publicado pela Anvisa⁵, o que possibilitou, a partir dos critérios de qualidade

estabelecidos para seringas hipodérmicas de uso único, a avaliação com maior detalhamento dos problemas observados/relatados pelos notificadores.

Entre as queixas técnicas reclassificadas, o ‘produto ou parte dele quebrado, na

embalagem lacrada ou imediatamente após sua abertura' (22,0%), a 'presença de sujidade, mancha ou corpo estranho no interior do produto ou da embalagem' (15,8%) e a 'ausência do produto ou parte dele dentro da embalagem lacrada ou imediatamente após abertura' (10,8%) foram algumas das causas de maior prevalência observadas. Essas não conformidades podem estar associadas a problemas no controle do processo de fabricação e dos ambientes fabris, assim como aos procedimentos de armazenamento e empilhamento das seringas¹⁵⁻¹⁷.

Outros problemas com grande expressão em número de notificações foram: o 'vazamento de líquido ou ar pelo cilindro da seringa' (8,6%) e 'o êmbolo se desprende, com facilidade, do cilindro da seringa' (7,2%). Tanto o vazamento quanto o desprendimento do êmbolo são problemas graves de funcionalidade que podem estar relacionados a erros no processo de fabricação e denotam um risco potencial, principalmente ao profissional de saúde que manipula medicamentos ou produtos químicos. Em diversas situações, a ocorrência desses problemas pode causar lesões, como é o caso de alguns quimioterápicos vesicantes, além de ocasionar prejuízos com a perda de produto, muitas das vezes com alto valor comercial e que também exigem um controle rigoroso nas doses a serem administradas¹⁸⁻²². Com relação à ocorrência de vazamentos, observa-se, também, uma redução considerável, em torno de 50%, do número de notificações em relação aos anos de 2013 (123 notificações) e 2014 (63 notificações), tendência que se manteve em 2015 (68 notificações). Essa redução pode estar relacionada a uma possível adequação das empresas na solução desses problemas após a certificação compulsória.

Duas outras situações que chamaram a atenção foram o expressivo aumento do número de casos de 'problemas na graduação da seringa' e 'presença de excesso de lubrificante no interior da seringa', entre os

anos de 2014 e 2015, onde se observaram aumentos de mais de 200% e 1.000%, respectivamente. Esse expressivo aumento acende o alerta quanto aos mecanismos hoje utilizados na regulação e no controle da qualidade das seringas. Com relação a esses itens, vale a pena refletir sobre os processos de certificação compulsória, fiscalização (por parte dos órgãos competentes) e a efetividade dos parâmetros de aceitação estipulados na legislação vigente.

Apenas uma notificação, no ano de 2015, foi relacionada a um produto em uso cujo registro junto à Anvisa encontrava-se vencido. As notificações cujas não conformidades não se enquadraram nas classificações estipuladas, ou que não possuíam uma descrição clara do problema apresentado, foram classificadas como outros (1,7%), entre elas, grande parte estava relacionada a problemas com as agulhas: 'não fura', 'torta', 'obstruída', 'com jato duplo'.

Podemos observar uma proximidade entre os números totais de notificações nos anos avaliados, o que demonstra que, pelos dados contidos no Notivisa, não é possível, ainda, observar diferenças significativas após a implementação da certificação metroológica (2013), já que, em 2014, 996 notificações foram realizadas, o que representa um decréscimo de cerca de 7%, que em 2015 não se sustentou (aumento de 20% no número de notificações).

Na *figura 1*, estão apresentados os quatro motivos de maior prevalência no período estudado, por ano. Ao observar a tabela, é possível constatar que 'produto ou parte quebrada, na embalagem lacrada ou logo após a abertura' foi o motivo mais prevalente em todos os anos do estudo proposto. No ano da compulsoriedade da certificação metroológica para seringas hipodérmicas (2013), observou-se, ainda, um decréscimo (cerca de 20%) no número de notificações para esse motivo, o que, possivelmente, demonstra uma atenção por parte dos fabricantes.

Figura 1. Motivos de maior prevalência de notificações de queixas técnicas, relacionados a seringas hipodérmicas, por ano

2012			2013		
Classificação	Motivo	Total de Notificações	Classificação	Motivo	Total de Notificações
1º	Produto ou parte quebrada, na embalagem lacrada ou logo após a abertura	299	1º	Produto ou parte quebrada, na embalagem lacrada ou logo após a abertura	234
2º	Presença de sujidade, mancha ou corpo estranho no interior do produto ou no interior da embalagem	202	2º	Presença de sujidade, mancha ou corpo estranho no interior do produto ou no interior da embalagem	169
3º	Vazamento de líquido ou ar pelo cilindro da seringa	131	3º	Vazamento de líquido ou ar pelo cilindro da seringa	123
4º	Ausência do produto ou de partes dentro da embalagem lacrada ou imediatamente aberta	118	4º	Baixa resistividade ao manuseio	99

2014			2015		
Classificação	Motivo	Total de Notificações	Classificação	Motivo	Total de Notificações
1º	Produto ou parte quebrada, na embalagem lacrada ou logo após a abertura	217	1º	Produto ou parte quebrada, na embalagem lacrada ou logo após a abertura	237
2º	Presença de sujidade, mancha ou corpo estranho no interior do produto ou no interior da embalagem	172	2º	Presença de sujidade, mancha ou corpo estranho no interior do produto ou no interior da embalagem	176
3º	Ausência do produto ou de partes dentro da embalagem lacrada ou imediatamente aberta	134	3º	Vazamento de líquido ou ar pelo cilindro da seringa	166
4º	Baixa resistividade ao manuseio	5	4º	Baixa resistividade ao manuseio	138

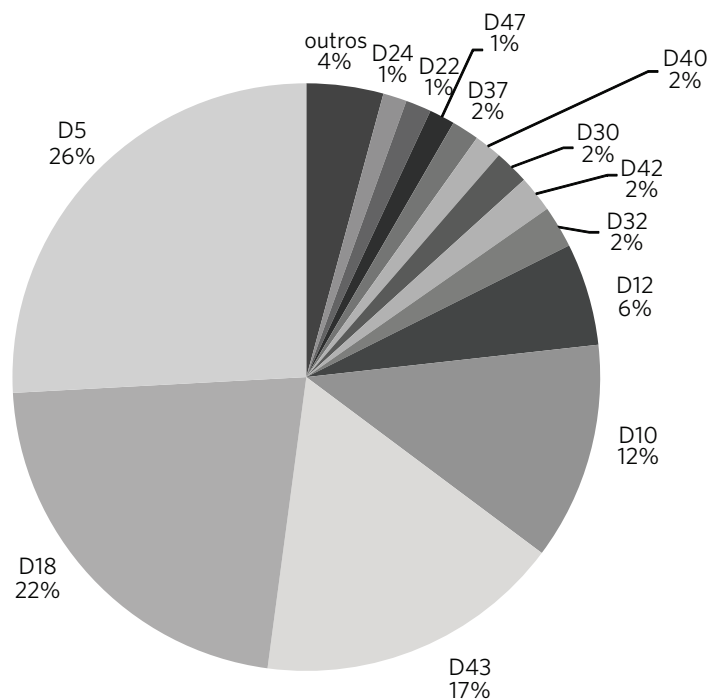
Também foi observado decréscimo relacionado ao segundo motivo mais prevalente em três dos quatro anos estudados ('Presença de sujidade, mancha ou corpo estranho no interior do produto ou no interior da embalagem'), de cerca de 16% e 15% para 2013 e 2014, respectivamente. No ano de 2015, esse motivo não aparece como segundo maior, mas também não foi observado decréscimo significativo de 2014 para 2015 (172 e 166 notificações, respectivamente).

Outra observação relevante está vinculada ao grande número de notificações relacionadas à 'presença de excesso de lubrificante no interior da seringa' no ano de 2015, que ocorreu devido a um programa

de monitoramento realizado pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), em parceria com o Ministério da Saúde, onde 174 amostras foram analisadas.

Com base nas análises das QTs, verificou-se, ainda, que 49 empresas detentoras de registro tiveram seus produtos apontados com suspeita de defeitos/falhas. Dessas, 36 empresas apresentaram quantitativo de QTs, em relação ao valor absoluto de notificações no período de 2012 a 2015, inferior a 1%, e, para facilitar a representação em gráfico dos resultados, as notificações foram reunidas e reclassificadas como 'outros', representando, assim, 4% do total no período (4181), conforme *gráfico 1*.

Gráfico 1. Percentual de notificações de queixas técnicas por detentor de registro de seringas hipodérmicas de uso único registradas no Notivisa no período de 2012 a 2015

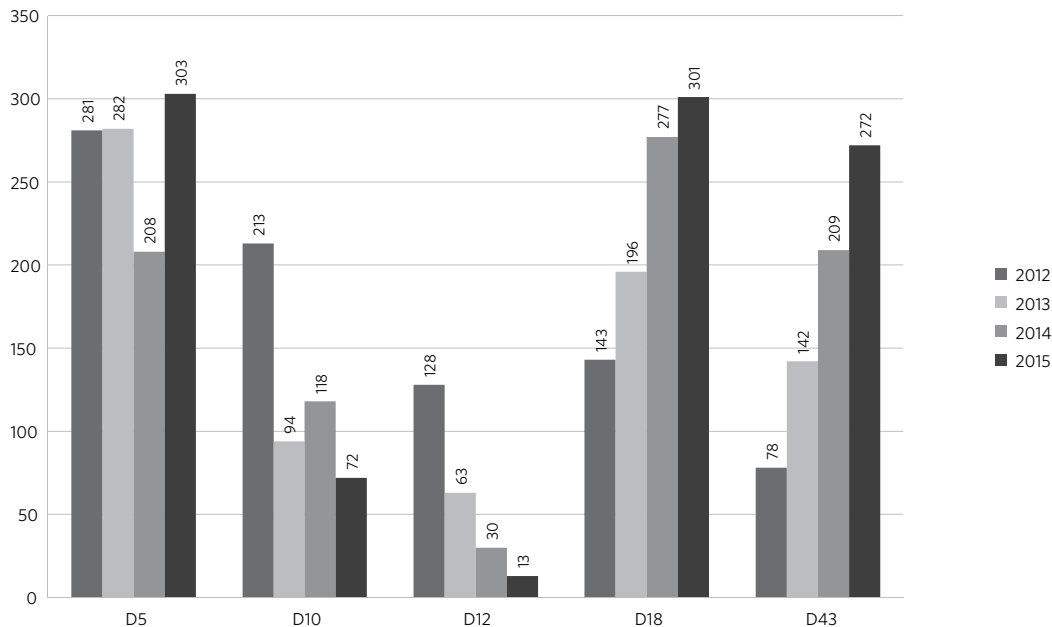


Conforme observado no *gráfico 1*, as cinco empresas com maior número de notificações, D5 (1074), D18 (917), D43 (701), D10 (497) e D12 (234), no período estudado, respectivamente, representaram mais de 80% do total de QTs. Entre elas, as empresas D5 (26%) e D18 (22%), juntas, representaram percentual próximo a 50% do total de notificações. Mas não podemos atribuir esse elevado percentual somente a questões relativas à qualidade

do produto, pois quanto maior a quantidade comercializada, maior é a probabilidade de problemas e notificações relativas ao produto, assim como maiores são os riscos de danos aos usuários.

No *gráfico 2*, foram apresentados os quantitativos de QTs por ano das cinco empresas com maior índice de notificações quanto à suspeita de defeitos/falhas.

Gráfico 2. Número de notificações de queixas técnicas por detentor de registro por ano, registradas no Notivisa, no período de 2012 a 2015



Para a empresa com maior número de notificações, D5, o quantitativo de queixas manteve-se estável nos anos de 2012 e 2013, período compreendido como de adequação às normas de qualidade estabelecidas para os produtos, com uma queda em torno de 25%, em 2014, em relação ao ano anterior, e, em 2015, um aumento de cerca de 45% nas queixas em relação a 2014. Para a segunda empresa com maior número de notificações, D18, o perfil apresentado foi diferente do da empresa D5, onde se observa um aumento a cada ano, chegando a mais que dobrar o número de notificações entre 2012 e 2015. O mesmo perfil de D18 pode ser observado em D43, terceira empresa com maior número de notificações, porém, o aumento do número de notificações com relação a 2012 e 2015 foi superior ao triplo. Já as empresas D10 e D12, respectivamente, quinta e quarta empresas com maior número de notificações, apresentaram um perfil decrescente no número de notificações por ano, de cerca de 66% e 90%, respectivamente, podendo indicar que

a certificação metrológica possivelmente impactou os processos da qualidade.

A partir desses dados, podemos inferir que as empresas detentoras de registro não estão cumprindo os critérios de qualidade estabelecidos⁵, tampouco desenvolvendo um adequado gerenciamento de risco dos seus produtos. É importante ressaltar que as seringas hipodérmicas são produtos para saúde de enorme utilização e que, embora seu risco, determinado pela RDC nº 185, de 22 de outubro de 2001, seja baixo, desvios na sua qualidade podem acometer um elevado número de pessoas, e, além disso, a existência de falhas no produto pode ter como impacto um aumento de gastos com insumos hospitalares¹. Cabe ao SNVS o monitoramento, a análise e a investigação desses desvios de qualidade, ainda que existam limitações quanto aos recursos humanos, para atuação exclusiva em análises pós-comercialização, e de laboratórios estruturados e acreditados para análises desses produtos^{7,9}.

É importante ressaltar que a

responsabilidade quanto à garantia da qualidade do produto é da empresa detentora do registro, cabendo a ela as medidas de correção e prevenção de recorrência de falhas identificadas, assim como, se necessário, a alteração de seus projetos, de modo a garantir a segurança dos usuários²³.

Os dados apresentados mostram, também, a importância da participação social, neste contexto, representada pelos profissionais de saúde, serviços de saúde e usuários, por intermédio das notificações que auxiliam no acompanhamento da qualidade dos produtos pós-comercialização, assim como do sistema de notificação, o Notivisa, que permite essa integração entre os Órgãos de Visa e a sociedade, servindo como uma importante ferramenta no auxílio das tomadas de medidas tanto por parte do SNVS quanto da própria empresa^{7,24}.

Como uma medida preventiva de segurança, nos casos de queixas técnicas relacionadas a um produto, o estabelecimento de saúde deveria segregar todas as unidades do mesmo lote. Contudo, essa medida pode levar ao desabastecimento do produto, sobretudo em unidades públicas de saúde, onde a aquisição é feita por meio de processo licitatório, que é realizado em diversas etapas e que, por vezes, não permite uma rápida aquisição/reposição.

Sendo assim, os estabelecimentos, por parte dos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, de critérios de pré-qualificação de seus fornecedores, nos editais de aquisição de produtos, a fim de favorecer a qualidade, sem detrimento do custo, poderão colaborar para a aquisição de produtos seguros e eficazes.

Conclusões

No período do estudo, foram notificadas 4181 queixas técnicas para o produto seringa hipodérmica de uso único, sendo que o ano de maior número de notificações foi 2015,

talvez devido a um programa realizado em parceria entre o Ministério da Saúde e o INCQS, que não ocorreu nos anos anteriores (174 amostras).

As queixas técnicas de maior prevalência foram relacionadas a: quebra do produto (22%), presença de sujidade/manchas (15,8%) e ausência de partes na embalagem primária (10,8%). Vale chamar a atenção para o motivo ‘presença de excesso de lubrificante’, que foi o 2º maior motivo de notificações somente no ano de 2015.

A classificação proposta em cinco grupos (funcionalidade, embalagem, aspecto, registro e outros) facilitou a avaliação individual das notificações, que, devido ao grande número de problemas relacionados ao produto e, ainda, pela grande diversidade de notificações, são apresentadas de forma não organizada.

Não foi possível identificar diferenças significativas no número de notificações realizadas no Notivisa, após a implementação da certificação metrológica (2013), para seringas hipodérmicas de uso único.

A certificação metrológica vem sendo apontada como uma ferramenta para o SNVS, no entanto, não pode substituir o monitoramento do mercado. O Notivisa é, também, uma ferramenta e, assim como tantas outras, não pode ser utilizada sozinha.

Por fim, evidenciam-se estudos relacionados a queixas técnicas e eventos adversos de produtos de âmbito sanitário à necessidade da construção de programas de monitoramento que possibilitem reforçar ações de vigilância pós-comercialização. Ações que devem ser compreendidas como responsabilidade de todos os entes do SNVS.

A análise de dados oriundos do sistema Notivisa, apesar das fragilidades das subnotificações (notificações incompletas e sem ajustes de classificação), pode, sim, ser uma norteadora para as ações de Visa.

No que se refere ao impacto das certificações compulsórias (não só para as seringas hipodérmicas, mas, também, para outros materiais médicos certificados no Brasil), a

avaliação dos dados notificados nos proporcionando duas importantes reflexões: o que se espera com o processo de certificação metrológica e quais passos estão sendo construídos para o monitoramento racional desses produtos?

O que realmente independe das respostas desses dois pontos apresentados é que trata-se de dois processos/caminhos diferentes, paralelos, e que principalmente o monitoramento no local de uso não pode ser substituído.

Colaboradores

Cristovão de Sousa Alves – contribuiu

substancialmente para a concepção, o planejamento, a análise, a interpretação dos dados e a elaboração do rascunho.

Michele Feitoza Silva – contribuiu substancialmente para a concepção, o planejamento, a análise, a interpretação dos dados, a elaboração do rascunho e a aprovação final do manuscrito.

Kátia Christina Leandro – contribuiu substancialmente para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados.

André Luís Gemal – contribuiu substancialmente para a revisão crítica do conteúdo e a aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução RDC nº 185, de 22 de outubro de 2001. Dispõe sobre regulamento técnico para registro, alteração, revalidação e cancelamento do registro de produtos médicos na Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União. 6 Nov 2001.
2. Feitoza-Silva M, Fernandes BS, Carvalho SFR, et al. Certificação compulsória e qualidade de agulhas e seringas em um Hospital Sentinela. Vigil Sanit Debate. 2016; 4(2):21-26.
3. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial. Programa de análise de produtos: relatório sobre análise em seringas e agulhas hipodérmicas estéreis de uso único. [Rio de Janeiro]: Inmetro; 2010 [acesso em 2017 abr 4]. Disponível em: http://www.inmetro.gov.br/consumidor/produtos/seringas_agulhas.pdf.
4. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR ISO 7886-1:2003: Seringa hipodérmica estéril para uso único. Parte 1: Seringa para uso manual. Rio de Janeiro: ABNT; 2011.
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução RDC nº 3, de 4 de fevereiro de 2011. Estabelece os requisitos mínimos de identidade e qualidade para as seringas hipodérmicas e agulhas gengivais. Diário Oficial da União. 7 Fev 2011.
6. British Pharmacopeia. London: Her Majesty's Stationery Office; 2016.
7. Branco NMC, Lopes RGA, Silva MF, et al. NOTIVISA e os Laboratórios de Saúde Pública: A interface da informação em Vigilância Sanitária. Vigil Sanit Debate. 2015; 3(3):130-134.
8. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Cartilha de notificações em tecnovigilância. Rio de Janeiro: Anvisa; 2003 [acesso em 2017 abr 4]. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/site/index/library/id/38>.

9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de tecnovigilância: abordagens de vigilância sanitária de produtos para saúde comercializados no Brasil. Rio de Janeiro: Anvisa; 2010 [acesso em 2017 abr 4]. Disponível em: <http://search.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/lil-576426>.
10. Moraes LO. Avaliação da qualidade de seringas agulhas comercializadas no Brasil [monografia]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2009. 90 p.
11. Moraes LO, Friedrich K, Melchior SC, et al. Eventos adversos e queixas técnicas relacionados ao fio para sutura cirúrgica comercializado no Brasil. *Vigil Sanit Debate*. 2013; 1(2):35-43.
12. Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia. Portaria Inmetro nº 503, de 29 de dezembro de 2011. Aprova os requisitos de avaliação da conformidade para seringas hipodérmicas estéreis para uso único. *Diário Oficial da União*. 29 Dez 2011.
13. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 67, de 21 de dezembro de 2009. Dispõe sobre normas de tecnovigilância aplicáveis aos detentores de produtos para a saúde no Brasil. *Diário Oficial da União*. 22 Dez 2009.
14. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 2, de 25 de janeiro de 2010. Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. *Diário Oficial da União*. 26 Jan 2010.
15. Galmadez EVC, Carpinetti LCR. Aplicação das técnicas de planejamento e análise de experimentos no processo de injeção plástica. *Gest Produção*. 2004; 11(1):121-134.
16. Junior ELC. Gestão do processo produtivo. Curitiba: Ibpex; 2008.
17. Nickel EM, Ferreira MGG, Forcellini FA, et al. Modelo multicritério para referência na fase de Projeto Informacional do Processo de Desenvolvimento de Produtos. *Gest Produção*. 2011; 17(4):707-720.
18. Silva MF, Santos FP, Silva KF, et al. Exposição ocupacional a medicamentos antineoplásicos em clínicas veterinárias no município do Rio de Janeiro. *Vigil Sanit Debate*. 2012; 1(1):34-42.
19. Kronhout H, Hoek F, Uitterhoeve R, et al. Postulating a dermal pathway for exposure to anti-neoplastic drugs among hospital workers. Applying a conceptual model to the results of three workplace surveys. *Ann Occup Hyg*. 2000; 44(7):551-560.
20. Martins I, Rosa HVD. Considerações toxicológicas da exposição ocupacional aos fármacos antineoplásicos. *Rev Bras Med Trab*. 2004 Abr-Jun; 2(2):118-125.
21. Minoia C, Perbellini L, organizadores. Monitoraggio ambientale e biologico dell'esposizione professionale a xenobiotici: chemioterapici antitumorali. Milano: Morgan Edizioni Tecniche; 2000.
22. Rocha SD. Identificação dos riscos ocupacionais de equipes de saúde que atuam na administração e manipulação de quimioterápicos [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal de Ciências da Saúde; 2014. 70 p.
23. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 16, de 28 de março de 2013. Dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas de Fabricação de Produtos Médicos e Produtos para Diagnóstico de Uso In Vitro e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 29 Mar 2013.
24. Vicente MG. Vigilância pós-comercialização de produtos para a saúde: A Tecnovigilância como uma prática de Saúde Pública. *Bol Inform Tecnovigilância*. 2012 Ago-Set; 3(3) [acesso em 2017 abr 4]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/boletim_tecno/boletim_tecno_julho_2012/PDF/bit3.pdf.

Recebido em 11/08/ 2017
Aprovado em 20/01/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil

Palliative care in home care for cancer patients in Brazil

Adriana Tavares de Moraes Atty¹, Jeane Glaucia Tomazelli²

RESUMO A organização de serviços de saúde deve considerar o cuidado integral do indivíduo com câncer, garantindo, quando necessário, os cuidados paliativos. O objetivo do trabalho foi descrever o perfil dos usuários oncológicos em cuidados paliativos na atenção domiciliar. Realizou-se estudo descritivo dos casos de câncer registrados na atenção domiciliar no período 2013-2015 no País. Somente os estados de Roraima, Sergipe e Espírito Santo não registraram casos. Entre os dez tipos de neoplasias mais recorrentes estavam as mais incidentes, entre homens, de próstata, e entre mulheres, de mama. Mas, na estratificação por faixa etária, observaram-se diferenças entre os tipos mais prevalentes de tumores. Em homens <40 anos, encéfalo foi o tipo mais recorrente, e entre os >60 anos, foi próstata. Nas mulheres, com exceção das <40 anos, o câncer de mama foi o mais recorrente. A descrição do perfil dos usuários com neoplasias malignas assistidos na atenção domiciliar permite conhecer melhor o fluxo desses usuários na rede, possibilitando o monitoramento da linha de cuidado.

PALAVRAS-CHAVE Cuidados paliativos. Serviços de assistência domiciliar. Sistema de informação em saúde. Neoplasias.

ABSTRACT *The organization of health services must consider the integral care of the individual with cancer, ensuring, when necessary, palliative care. The objective of this study was to describe the profile of oncology users in palliative care in home care. A descriptive study was carried about the cancer cases registered in home care during the period 2013-2015 in the Country. Only the states of Roraima, Sergipe and Espírito Santo did not register cases. Among the ten most recurrent types of neoplasias were the most incidental, among men, of prostate, and among women, of breast. However, in stratification by age group, differences between the most prevalent types of tumors were observed. In men <40 years, encephalon was the most recurrent type, and among the >60 years, it was prostate. In women, with the exception of <40 years, breast cancer was the most recurrent. The description of the profile of users with malignant neoplasias assisted in the home care allows a better understanding of the flow of these users in the network, allowing the monitoring of the care line.*

KEYWORDS *Palliative care. Home care services. Health information systems. Neoplasias.*

¹Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. aatty@inca.gov.br

²Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. jtomazelli@inca.gov.br

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹, cuidados paliativos são um tipo de abordagem que tem por finalidade melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias diante do risco de morte associado a uma doença.

Para garantir qualidade de vida, bem-estar, conforto e dignidade humana, os cuidados paliativos devem ser centrados na pessoa, valorizando as necessidades do paciente de forma que este receba informações adequadas e culturalmente apropriadas sobre seu estado de saúde e o seu papel nas tomadas de decisões sobre o tratamento recebido².

É importante que os cuidados paliativos façam parte da linha de cuidado, que sejam incluídos em todos os níveis de atenção, em especial, na atenção básica². A rede deve estar integrada e articulada para assegurar ao paciente, sob tais cuidados, a internação numa unidade de cuidados paliativos, os exames de investigação diagnóstica e o seu acompanhamento, proporcionando segurança ao paciente e aos seus familiares e compartilhando as decisões para o final da vida³. A integração inadequada dos cuidados paliativos na rede de saúde contribui para a falta de acesso equitativo aos cuidados de saúde², comprometendo a integralidade do cuidado.

Uma política pública de saúde que considere mecanismos de financiamento, a formação de profissionais de saúde nessa área e a garantia de medicamentos é fundamental para o desenvolvimento de cuidados paliativos⁴. No Brasil, em 2012, apenas três faculdades de medicina incluíam de forma obrigatória, no seu programa de ensino, cuidados paliativos. A disponibilidade de medicamentos para controle da dor (opioides) ainda enfrenta dificuldades pelo controle exercido sobre esse tipo de medicação, o que, associado à formação incipiente de profissionais e à desinformação, configura obstáculo ao tratamento da dor⁵. Como aponta Silva e

Hortale⁶, a estrutura de cuidados paliativos oncológicos no Brasil ainda é incipiente, sendo necessário implementar iniciativas centradas no cuidar solidário, entendendo a morte como processo natural e irremediável.

Contudo, a fragilidade em ofertar cuidados paliativos não é um problema inerente ao Brasil. Observa-se que, embora a maior taxa de adultos em cuidados paliativos por 100 mil/hab. esteja em países de alta renda, a maioria daqueles que precisam de cuidados paliativos (78%) vive em países de baixa e média renda⁴.

E, com envelhecimento populacional, as doenças crônicas não transmissíveis representam um grande desafio à prestação dos cuidados paliativos. Em 2011, cerca de 29 milhões de pessoas no mundo morreram precisando desses cuidados, e, destas, 38,5% morreram de doenças cardiovasculares e 34% de câncer⁴.

A OMS^{1,7} estima que apenas 14% das pessoas que precisem de cuidados paliativos os recebam e que, pelo menos, 80% dos pacientes com câncer terminal necessitem de cuidados paliativos, sendo eles especialmente importantes nas localidades em que grande proporção de pacientes é diagnosticada com câncer em estádios avançados e com pouca chance de cura.

Desta forma, a importância epidemiológica do câncer e a sua magnitude como problema de saúde pública exigem políticas que visem a contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e, em especial, cuidados paliativos.

O Ministério da Saúde do Brasil (MS), com a intenção de implementar políticas nas áreas de cuidados paliativos e de assistência aos pacientes com dor, instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em 2002, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, através da Portaria MS/GM nº 198. Esta foi revogada pela Portaria MS/GM nº 3.150/20069, que



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

instituiu a Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos e passou a responder pelas diretrizes nacionais sobre controle da dor e cuidados paliativos, pela estruturação de redes de atenção nesse âmbito e pela formação e qualificação de profissionais para atuação em controle da dor e cuidados paliativos, entre outros assuntos. Segundo Ugarte³, a Portaria de 2002 não induziu a oferta de cuidados paliativos, como esperado, nos serviços da rede pública.

De acordo com Rodrigues¹⁰, os cuidados paliativos podem ser prestados através de três modelos assistenciais: hospitalar, domiciliar e ambulatorial. Cada um deles tem suas vantagens e desvantagens, entretanto, a atenção domiciliar se diferencia por permitir o acolhimento do usuário em seu próprio lar, próximo à família e sem a obrigatoriedade de se adequar à rotina hospitalar.

A atenção domiciliar está definida na Portaria nº 963/2013 como uma

nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde¹¹.

Visando organizar a atenção domiciliar no País, essa Portaria descreve os tipos de equipes de atenção domiciliar: Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (Emad) (tipo 1 e tipo 2) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (Emap); e as suas modalidades de organização: atenção domiciliar tipo 1 (AD1), tipo 2 (AD2) e tipo 3 (AD3).

Cada modalidade de atenção domiciliar tem as suas especificidades de acordo com o perfil do usuário e, consequentemente, com a equipe responsável pela prestação do cuidado. Assim, a AD1 destina-se aos usuários que demandam cuidados de menor complexidade, ficando, desse modo, a cargo das

equipes da atenção básica. As modalidades AD2 e AD3 destinam-se aos usuários que, em virtude de sua condição física, exigem cuidados mais frequentes e acompanhamento contínuo. Ambas deverão ser prestadas por Emap ou Emad, e o que as distingue é o período de permanência do usuário em cuidados domiciliares. Na AD2, a permanência pode ser contínua e, caso a situação de saúde do usuário fique mais estável, ele poderá ser encaminhado para AD1. Já a modalidade AD3 caracteriza-se pela permanência contínua do usuário, dada a sua condição de saúde. Destaca-se, portanto, que os cuidados paliativos se enquadram nas modalidades de atenção AD2 e AD3¹².

Ainda em 2013, a atual Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC)¹³ reafirma que os cuidados paliativos fazem parte do cuidado integral ao paciente oncológico e assegura que todo hospital habilitado em oncologia tem a obrigação de garantir esses cuidados, que poderão se dar na própria estrutura hospitalar ou poderão ser referenciados à rede de atenção à saúde. E inclui a atenção domiciliar como um ponto de atenção importante na prestação dos cuidados paliativos, desde que formalizada a referência entre os hospitais habilitados e as equipes.

A partir da competência de abril de 2012, a modalidade de atendimento Atenção Domiciliar (AD) foi incluída na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) do SUS¹⁴, permitindo monitorar as ações realizadas por esse tipo de atendimento, dada a estruturação do banco de dados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) (SAD – Serviço de Atenção Domiciliar), que passou a consolidar a produção realizada por essa modalidade de cuidado, a partir de novembro de 2012.

Assim sendo, o presente estudo pretende descrever o perfil dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos na atenção domiciliar.

Métodos

Trata-se de estudo descritivo, com dados secundários do SIA/SUS disponíveis no sítio do Departamento de Informática do SUS (Datasus) (www.datasus.gov.br), para o Brasil, no período de 2013 a 2015. O período de estudo foi definido considerando que as informações já estariam consolidadas em 2013 e pelo último ano disponível no momento do estudo, 2015.

Foram avaliados os registros da modalidade de atendimento atenção domiciliar e consideradas apenas a produção realizada por Emap e Emad (tipo 1 ou tipo 2). Tal restrição justifica-se pelo fato dessas equipes, por definição, estarem aptas a prestar atendimento nas modalidades AD2 e AD3, nas quais os cuidados paliativos estariam incluídos.

As variáveis consideradas para descrever o perfil dos usuários foram:

- Diagnóstico principal: neoplasias malignas, de acordo com Classificação Internacional de Doenças – CID-10 (CID C00-C97);
- Sexo;
- Idade: categorizada nas faixas etárias: menor de 40 anos, 40 a 59 anos, 60 a 79 anos; 80 anos ou mais;
- Origem do encaminhamento (ponto da rede responsável pelo encaminhamento do usuário aos cuidados paliativos);

- Unidade da Federação (UF) de residência do paciente;

- Região de residência do paciente;

Os dados foram analisados utilizando os programas Tabwin e o Excel 2010.

As informações registradas no sistema de informação foram avaliadas e descritas comparativamente entre as regiões do País, entre as neoplasias e entre as faixas etárias. O estudo isenta-se de ser submetido ao comitê de ética por utilizar dados secundários de acesso irrestrito.

Resultados

Destaca-se neste estudo a quantidade de pacientes oncológicos informados em cuidados paliativos na atenção domiciliar no período considerado, variando de 3.748, em 2013, a 8.651, em 2015, o equivalente a um aumento de 131% (*tabela 1*).

Entre os estados do Brasil, apenas Roraima, Sergipe e Espírito Santo não registraram casos de pacientes em cuidados paliativos para câncer em todo o período estudado. E o estado do Amapá e o Distrito Federal registraram uma redução de mais de 50% de pacientes em cuidados paliativos de 2013 a 2015. Em todas as regiões do País, houve aumento na taxa de pacientes em cuidados paliativos por 100.000 habitantes, com destaque para a região Norte, com um aumento acima de 300%, enquanto a região Sul registrou o menor aumento (*tabela 1*).

Tabela 1. Taxa de pacientes com câncer em cuidados paliativos na atenção domiciliar por 100.000 habitantes, por ano, Unidade de residência da Federação. Brasil e Regiões, 2013-2015

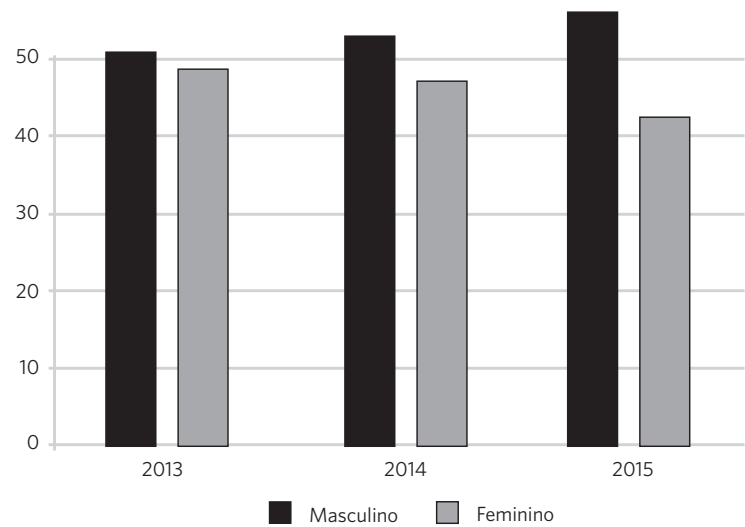
Região e UF	Total de pacientes			Taxa por 100.000 habitantes		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
NORTE	55	174	255	0,32	1,01	1,46
Acre	-	8	23	0,00	1,01	2,86
Amapá	17	2	4	2,31	0,27	0,52
Amazonas	1	16	41	0,03	0,41	1,04
Pará	18	60	108	0,23	0,74	1,32
Rondônia	12	72	67	0,69	4,12	3,79
Roraima	-	-	-	0,00	0,00	0,00
Tocantins	7	16	12	0,47	1,07	0,79
NORDESTE	756	1664	1878	1,35	2,96	3,32
Alagoas	94	191	217	2,85	5,75	6,50
Bahia	228	635	554	1,52	4,20	3,64
Ceará	83	191	337	0,95	2,16	3,78
Paraíba	30	93	82	0,77	2,36	2,06
Pernambuco	270	476	561	2,93	5,13	6,00
Piauí	1	33	50	0,03	1,03	1,56
Rio Grande do Norte	-	8	30	0,00	0,23	0,87
Sergipe	-	-	-	0,00	0,00	0,00
Maranhão	50	37	47	0,74	0,54	0,68
CENTRO OESTE	240	458	656	1,60	3,01	4,25
Distrito Federal	192	212	57	6,88	7,43	1,96
Goiás	37	150	187	0,58	2,30	2,83
Mato Grosso	-	-	2	0,00	0,00	0,06
Mato Grosso do Sul	11	96	410	0,43	3,66	15,46
SUDESTE	2099	3804	4787	2,49	4,47	5,58
Minas Gerais	159	433	769	0,77	2,09	3,68
Espírito Santo	-	-	-	0,00	0,00	0,00
Rio de Janeiro	300	553	518	1,83	3,36	3,13
São Paulo	1640	2818	3500	3,76	6,40	7,88
SUL	598	788	1075	2,08	2,72	3,68
Paraná	225	256	326	2,05	2,31	2,92
Rio Grande do Sul	309	435	578	2,77	3,88	5,14
Santa Catarina	64	97	171	0,96	1,44	2,51
BRASIL	3748	6888	8651	1,86	3,40	4,23

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

Nota: '-' sem informação.

Em todo o período, houve uma predominância do sexo masculino em cuidados paliativos na atenção domiciliar, com aumento ao longo dos anos, chegando a representar 55% dos casos em 2015 (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Proporção de pacientes com neoplasias malignas em cuidados paliativos atendidos na atenção domiciliar por sexo e ano, Brasil, 2013-2015



Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

Das principais neoplasias que demandaram cuidado paliativo no atendimento domiciliar em homens, a de próstata foi a mais recorrente, seguida pela neoplasia dos pulmões, em 2013 e 2015, e cólon e reto, em 2014. Para as mulheres, a mais frequente nos três anos foi neoplasia maligna de mama, seguida da de encéfalo, em 2013, e de cólon e reto, em 2014 e 2015 (*quadro 1*).

Quadro 1. Neoplasias malignas mais frequentes de pacientes em cuidados paliativos atendidos na atenção domiciliar por sexo e ano, Brasil, 2013-2015.

2013	
HOMENS	MULHERES
Próstata	Mama
Brônquios e dos pulmões	Encéfalo
Cólon e reto	Cólon e reto
Laringe	Brônquios e dos pulmões
Encéfalo	Colo do útero
Estômago	Outra neoplasia maligna da pele
Esôfago	Estômago

Quadro 1. (cont.)

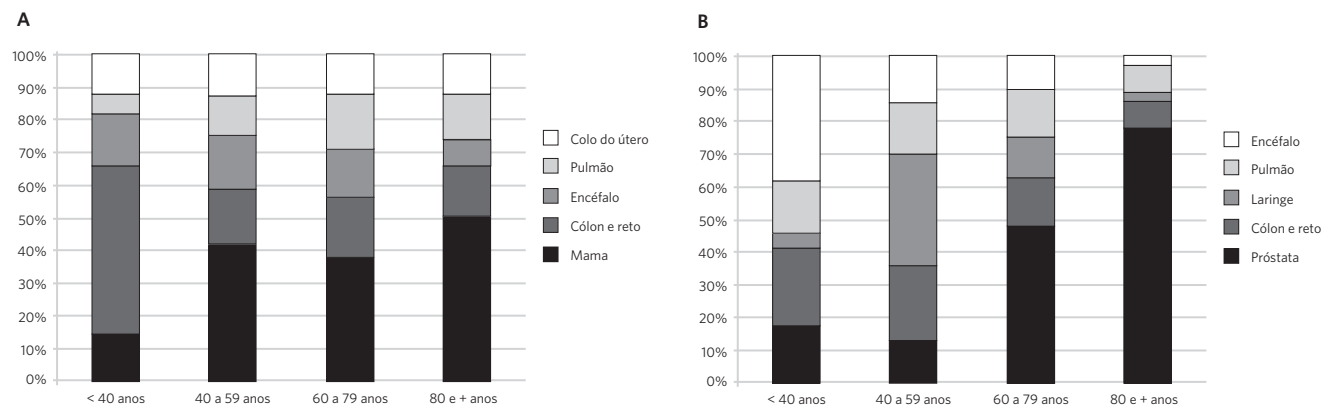
Mieloma múltiplo e neoplasia maligna de plasmócitos	Esôfago
Intestino delgado	Ovário
Outra neoplasia maligna da pele	Pâncreas
2014	
HOMENS	MULHERES
Próstata	Mama
Cólon e reto	Cólon e reto
Laringe	Encéfalo
Brônquios e dos pulmões	Brônquios e dos pulmões
Encéfalo	Colo do útero
Esôfago	Estômago
Estômago	Fígado vias biliares intra-hepática
Orofaringe	Outra neoplasia maligna da pele
Medula espinhal, nervos cranianos e outras partes do sistema nervoso central	Laringe
Intestino delgado	Intestino delgado
2015	
HOMENS	MULHERES
Próstata	Mama
Brônquios e dos pulmões	Cólon e reto
Cólon e reto	Brônquios e dos pulmões
Laringe	Colo do útero
Encéfalo	Encéfalo
Estômago	Estômago
Esôfago	Esôfago
Mieloma múltiplo e neoplasia maligna de plasmócitos	Fígado vias biliares intra-hepática
Intestino delgado	Ovário
Outra neoplasia maligna da pele	Mieloma múltiplo e neoplasia maligna de plasmócitos

Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

Na distribuição das cinco neoplasias mais frequentes em homens e mulheres em cuidados paliativos no atendimento domiciliar por faixa etária observa-se que o tumor mais frequente muda de acordo com a faixa etária. Nas mulheres com menos de 40 anos, a neoplasia mais recorrentes foi de cólon e reto. A partir dos 40 anos, passou a ser o câncer de mama, enquanto os casos de câncer de colo do útero se mantiveram constantes nas

quatro faixas etárias. Já entre os homens, percebe-se aumento da ocorrência dos casos de câncer de próstata com o envelhecimento, chegando a ser o mais prevalente a partir dos 60 anos. Entre os com menos de 40 anos, as neoplasias mais frequentes em cuidado paliativo foram encéfalo, seguida de cólon e reto. E na faixa etária de 40 a 59 anos, a mais frequente foi a de laringe (*figura 1*).

Figura 1. Neoplasias mais frequentes por faixa etária em mulheres (a) e em homens (b) em cuidados paliativos para atenção domiciliar, Brasil, 2013-2015

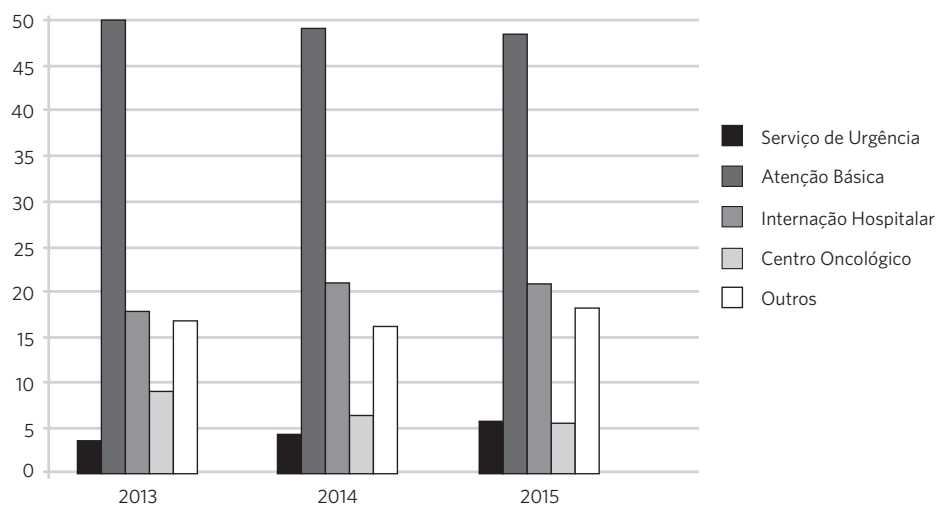


Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

Nos três anos analisados, mais de 45% dos encaminhamentos em cuidados paliativos para atenção domiciliar foram realizados pela atenção básica. Observa-se, também,

pequeno aumento dos encaminhamentos oriundos das internações hospitalares e uma diminuição dos encaminhamentos feitos por centros oncológicos (gráfico 2).

Gráfico 2. Ponto da rede responsável pelo encaminhamento dos pacientes com neoplasia maligna em cuidados paliativos para atenção domiciliar, Brasil, 2013-2015



Fonte: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

Discussão

As neoplasias mais frequentes em pacientes em cuidados paliativos na atenção domiciliar vão ao encontro das que mais acometem homens e mulheres no País: câncer de próstata e mama, respectivamente, excluído o câncer de pele não melanoma¹⁵.

Os cânceres de pulmão, laringe e esôfago – que estão entre os dez mais incidentes em homens – também foram recorrentes entre os pacientes em cuidados paliativos na atenção domiciliar. Esses tumores malignos têm em comum o tabaco como principal fator de risco^{16,17}. Ainda que pesquisas¹⁸ apontem para uma diminuição no consumo aparente do tabaco, ele continua sendo um importante fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis, principalmente entre indivíduos com menor escolaridade e renda¹⁹.

Entre as mulheres, a frequência de casos em cuidados paliativos por câncer de colo do útero também está em acordo com os dados de incidência dessa neoplasia, que é a segunda mais frequente após o câncer de mama¹⁵. Contudo, por ser um câncer passível de prevenção pela detecção precoce de lesões precursoras²⁰, através de um exame simples e disponibilizado em toda atenção básica do País, é preocupante que tantos casos evoluam a ponto de necessitarem de cuidados paliativos.

Comparando o quadro que apresentou por ano as neoplasias mais recorrentes com o gráfico que estratificou por idade, percebe-se que considerar a faixa é uma estratégia importante para que se atinjam os objetivos pretendidos com as ações de controle da doença e de detecção precoce e para a programação dos cuidados, ainda que nem todas as neoplasias relacionadas entre as cinco mais recorrentes por faixa etária sejam passíveis de ações de detecção precoce, como, por exemplo, encéfalo e pulmão²¹.

O perfil do ponto da rede responsável pelo encaminhamento dos pacientes com neoplasia maligna em cuidados paliativos para

atenção domiciliar chama atenção, na medida em que os centros de oncologia surgem com pouca representatividade se comparados à atenção básica. Considerando que a atenção domiciliar efetuada pela equipe de atenção básica pressupõe cuidados de menor complexidade, uma possível explicação para esse resultado é a possibilidade de essas equipes estarem efetuando o cuidado em localidades onde a implantação das equipes AD2 e AD3 ainda não esteja a contento. Assim sendo, pacientes encaminhados pelos centros oncológicos para cuidados paliativos poderiam estar sendo encaminhados para permanência em cuidados paliativos pela atenção básica. Todavia, essa é uma hipótese que necessita de investigação para melhor compreensão, visto que a unidade hospitalar especializada é que deve ser a responsável pela gestão desse cuidado¹³.

O acesso às informações dos cuidados prestados na atenção domiciliar abre uma nova possibilidade de análise da rede de atenção à saúde, que merece ser explorada, dada a importância dessa modalidade de cuidado. Haja vista o percentual de casos em estádios avançados (estádio III e IV) entre os cinco tipos de tumores mais frequentes (mama, colo do útero, cólon e reto, pulmão e próstata) presentes nos Registros Hospitalares de Câncer no período de 2007 a 2011, que, possivelmente, necessitarão de cuidados paliativos no País²².

Os dados aqui apresentados não devem ser interpretados como uma descrição da realidade assistencial de cada estado do Brasil quanto ao cuidado prestado aos usuários oncológicos na atenção domiciliar, já que foram extraídos de um sistema de informação ainda pouco maduro, por ser recente e por apresentar todas as fragilidades existentes em dados secundários. Contudo, acredita-se que eles possam suscitar o interesse de equipes locais em acompanhar o itinerário terapêutico dos usuários oncológicos até o fim de vida, se for o caso, bem como em zelar pela qualidade das informações inseridas

nos sistemas de informação, para que estes possam cada vez mais subsidiar o monitoramento das redes de atenção à saúde.

Conclusões

O presente estudo apresenta resultados de interesse para vigilância da evolução dos diferentes tipos de câncer e para o monitoramento da linha de cuidado, principalmente dos cânceres passíveis de detecção precoce.

Ainda que apresente como limitação a impossibilidade de afirmar que todos os pacientes oncológicos em cuidados domiciliares por Emap e Emad estejam de fato em cuidados paliativos, a análise realizada é uma iniciativa que visa a contribuir para o monitoramento do cuidado integral desses pacientes.

Além disso, destaca a importância dos sistemas de informação do SUS, ao possibilitarem uma aproximação do cenário epidemiológico e assistencial, ainda que essa não seja a finalidade primeira desses sistemas.

Espera-se que, além de estimular o conhecimento do fluxo do cuidado integral do usuário oncológico, o estudo contribua para a prática do monitoramento e da avaliação

da rede de atenção à saúde no que tange os cuidados paliativos.

Colaboradores

Adriana Tavares de Moraes Atty: participou substancialmente do delineamento do estudo; da aquisição, da análise e da interpretação dos dados do trabalho, da elaboração do resumo e da aprovação final da versão do resumo a ser publicada. E assume a responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, no sentido de garantir que as questões relacionadas à exatidão ou à integridade de qualquer parte da obra sejam devidamente investigadas e resolvidas. Aprovou a versão final do manuscrito.

Jeane Gláucia Tomazelli: participou substancialmente do delineamento do estudo; da aquisição, da análise e da interpretação dos dados do trabalho, da elaboração do resumo e da aprovação final da versão do resumo a ser publicada. E assume a responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, no sentido de garantir que as questões relacionadas à exatidão ou à integridade de qualquer parte da obra sejam devidamente investigadas e resolvidas. Aprovou a versão final do manuscrito. ■

Referências

1. World Health Organization. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 5. Geneva: World Health Organization; 2007.
2. World Health Organization. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of care [internet]. World Health Organization; 2014 [acesso em 2017 mar 3]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_R7-en.pdf.
3. Ugarte O. Contexto normativo dos cuidados paliativos no SUS [monografia]. [Brasília, DF]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
4. Connor SR, Bermedo MCS. Worldwide Palliative Care Alliance, World Health Organization. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. 2014.
5. Pastrana T, Lima L, Wenk R, et al. Atlas de cuidados paliativos na America Latina. Primeira. Houston, USA: AHPC Press; 2012. 37 p.
6. Silva RCF, Hortale VA. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(10):2055-66.
7. World Health Organization. Noncommunicable diseases and their risk factors – Palliative Care [internet]. [acesso em 2017 mar 3]. Disponível em: <http://www.who.int/ncds/management/palliative-care/en/>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 19, de 03 de janeiro de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. 2002 Jan 3.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 3.150, de 12 de dezembro de 2006. Institui a câmara técnica em controle da dor e cuidados paliativos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 2006 12 dez; Seção 1. p. 111.
10. Rodrigues LF. Modalidades de atuação e modelos de assistência em Cuidados Paliativos. In: *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. Ampliado e atualizado. 2 ed. 2012. 86-93 p.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM no 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013 Maio 27 [acesso em 2018 mar 2]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Vol. 1. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM no 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 2013 Maio 29.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS no 276, de 30 de março de 2012. Institui o sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS). 2012 Mar 30.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva; 2015. p. 122.
16. Menezes AM, Horta BL, Oliveira ALB, et al. Risco de câncer de pulmão, laringe e esôfago atribuível ao fumo. *Rev Saúde Pública*. 2002 Abr; 36(2):129-34.
17. Moura MAS, Bergmann A, Aguiar SS, et al. The magnitude of the association between smoking and the risk of developing cancer in Brazil: a multicenter study. *BMJ Open*. 2014 Fev; 4(2):e003736.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva da CONICQ. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco [internet]. 2016 [acesso em 2017 mar 2013]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/prevalencia-de-tabagismo.
19. Bazotti A, Finokiet M, Conti IL, et al. Tabagismo e pobreza no Brasil: uma análise do perfil da população tabagista a partir da POF 2008-2009. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016 Jan; 21(1):45-52.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília, DF: MS; 2010.
21. World Health Organization. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 3. Geneva: World Health Organization; 2007.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Informativo Vigilância do Câncer. Perfil da assistência oncológica no Brasil, de 2007 a 2011 [internet]. INCA; 2015 [acesso em 2017 mar 13]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/informativovigilancia2015.pdf>.

Recebido em 17/01/ 2017
 Aprovado em 27/11/2017
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve

Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB

Public management at the SUS: considerations on the PMAQ-AB

Gabriela Mendes da Silva Flôres¹, Leni Dias Weigelt², Maristela Soares de Rezende³, Rosimeri Telles⁴, Suzane Beatriz Frantz Krug⁵

RESUMO O estudo teve como objetivo investigar as percepções dos gestores municipais de saúde na 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul quanto aos impactos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) na organização do trabalho e assistência à saúde, bem como os aspectos que traduzem as percepções e o envolvimento deles com o Programa. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com 11 gestores de saúde, com análise de dados a partir da Análise de Conteúdo. Os resultados apresentam aspectos positivos e negativos acerca do PMAQ-AB, evidenciam deficiências no envolvimento dos gestores com o programa, todavia, demonstram impactos positivos para a gestão e assistência em saúde da região em estudo.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde. Programas nacionais de saúde. Gestão em saúde.

ABSTRACT *The objective of the study was to understand the perception of the municipal health managers in the 28th Health Region of Rio Grande do Sul on the impacts of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB) in the organization of work and health assistance, as well as the aspects that translate their perceptions and involvement in the Program. It is a qualitative research with 11 health managers and the data were analyzed through Content Analysis. The results show positive and negative aspects of the Program, and detail deficiencies of the managers involvement with it, however the results point to positive impacts on the health management and assistance in the studied region.*

KEYWORDS *Health evaluation. National health programs. Health management.*

¹Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc) - Santa Cruz do Sul (RS), Brasil. silva_mendesgabriela@hotmail.com

²Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Departamento de Enfermagem e Odontologia - Santa Cruz do Sul (RS), Brasil. lenid@unisc.br

³Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Departamento de Enfermagem e Odontologia - Santa Cruz do Sul (RS), Brasil. mrezende@unisc.br

⁴Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde - Santa Cruz do Sul (RS), Brasil. rositelles@gmail.com

⁵Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Departamento de Enfermagem e Odontologia e Programa de Pós-Graduação Mestrado em Promoção da Saúde - Santa Cruz do Sul (RS), Brasil. skrug@unisc.br

Introdução

A gestão pública em saúde possui uma forte influência política, devido a isso, desde a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que ocorreu nas décadas de 1970-1980, luta-se pela dignidade humana por intermédio de melhorias na saúde e de políticas que beneficiem a população, por meio da democratização na saúde, a qual deve ser primordial no cotidiano institucional do Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

O cenário da saúde pública brasileira vem sendo moldado por diversas influências sociais, políticas e econômicas vivenciadas ao longo de décadas. Na perspectiva de aprimoramento do SUS, o governo federal, com o intuito de ampliar o acesso e a qualidade na Atenção Primária à Saúde (APS), criou, em 19 de julho de 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, a fim de alcançar um nível de qualidade semelhante em todas as regiões do País².

O principal objetivo do programa é ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção básica, fator esse que contribuirá para o desenvolvimento de um padrão de qualidade comparável em todo o País. Além disso, o PMAQ-AB possui o objetivo de satisfazer os usuários, por meio da facilitação do acesso à unidade de saúde e pela qualidade dos serviços prestados. Para isso, o programa objetiva fortalecer a gestão da Atenção Básica (AB), a qual deve promover a autoavaliação e a educação permanente³.

O PMAQ-AB possui o intuito de impactar as formas de gestão, trazer uma nova cultura à atenção prestada em saúde e aprimorar a implementação de políticas anteriores com a mesma perspectiva de qualificar a AB⁴. Ele também contribui financeiramente para municípios que atingem melhorias no padrão de qualidade das equipes da AB.

O programa é dividido por ciclos (hoje se encontra em seu terceiro ciclo, com duração

média de 24 meses); fases: fase 1: Adesão e contratualização, fase 2: Certificação (na qual está a avaliação externa, que não deve ser encarada como algo punitivo, mas de reconhecimento do trabalho desenvolvido pela equipe de AB e por gestores), fase 3: Recontratualização; e por um conjunto de ações desenvolvidas durante todo o ciclo chamado de Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento, composto por cinco pilares: autoavaliação; apoio institucional; monitoramento de indicadores de saúde; educação permanente e cooperação horizontal³.

Para que o PMAQ-AB seja efetivo nos municípios do Brasil, é necessário, entre outros aspectos, gestão pública de qualidade. Segundo Souza e Viana⁵, gestão em saúde é definida como um processo que cria políticas sanitárias, elege programas que viabilizem tais políticas, além de prover recursos, fiscalizar e avaliar os programas e ações em saúde. A gestão municipal de saúde deve planejar, acompanhar e avaliar todas as ações referentes aos serviços de saúde, possibilitando ações que qualifiquem os serviços, garantindo atuação eficaz dos gestores⁶.

Sendo assim, o artigo destaca a importância de analisar a visão dos gestores municipais de saúde diante do desafio da melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, já que estes possuem atuação na adesão e desenvolvimento do PMAQ-AB. Ressalta a necessidade de compreensão do papel dos gestores de saúde ante os programas e políticas desenvolvidas no âmbito da APS e do aprimoramento do conhecimento e da assistência por parte dos profissionais de saúde. Por fim, tem o intuito de colaborar para o fortalecimento das diretrizes que norteiam o PMAQ-AB, as quais enfatizam a importância do envolvimento, mobilização e responsabilidade da gestão pública de saúde em todas as fases do programa a fim de alcançar seus propósitos.

Este estudo tem como objetivo investigar as percepções dos gestores municipais



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

de saúde sobre o PMAQ-AB na 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul quanto aos impactos na organização do trabalho e na assistência à saúde, bem como os aspectos que traduzem as percepções e o envolvimento desses administradores com o programa.

Metodologia

Este estudo é um recorte da pesquisa 'Aplicação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): um olhar avaliativo dos profissionais de saúde', desenvolvida por pesquisadores do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde (Geps) da Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Rio Grande do Sul. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório descritivo. Fizeram parte do estudo 11 gestores municipais de saúde (também podendo ser denominados como secretários de saúde), sendo um gestor de cada um dos 11 municípios da 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, que aceitaram participar da pesquisa. Para critério de inclusão no estudo, o município deveria ter aderido ao PMAQ-AB.

A 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul é composta por 13 municípios, situados na região central do estado, com cerca de 330.098 mil habitantes. Essa região apresenta uma área geográfica heterogênea, com extensas áreas rurais, destacando as áreas da agricultura e da pecuária, sendo o tabaco o principal produto cultivado. Nas áreas urbanas, destacam-se as atividades industriais e de comércio. A região é composta por 22 Unidades Básicas de Saúde, 54 Estratégias Saúde da Família e 9 hospitais gerais, 13 secretarias municipais de saúde das quais 11 aderiram ao PMAQ-AB⁷.

A coleta de dados ocorreu nos locais de trabalho de cada gestor municipal de saúde, após contato prévio. Os dados foram coletados mediante entrevistas semiestruturadas gravadas, com questões norteadoras.

Para analisar os dados, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade Análise Temática⁸. Na primeira fase, de pré-análise, organizaram-se os dados, iniciando com leituras sucessivas. Na segunda fase, de exploração do material, realizaram-se a codificação e a enumeração dos dados, na qual criaram-se três categorias de análise: Percepções acerca do PMAQ-AB; Impactos do PMAQ-AB na organização do trabalho e na assistência em saúde; Envolvimento dos gestores municipais de saúde com o programa. Na terceira fase, de tratamento dos resultados, inferência e interpretação dos dados coletados, as falas foram organizadas conforme as categorias elaboradas na fase anterior. Após, os resultados foram analisados e interpretados a partir de embasamentos teóricos relacionados com o tema.

Os princípios éticos desta pesquisa foram fundamentados pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual dispõe sobre pesquisas realizadas com seres humanos⁹. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul sob protocolo 1.171.974/15. Para manter o anonimato dos sujeitos, classificaram-se as entrevistas em Entrevistado Gestor (EG), seguido de ordem numérica.

Resultados e discussão

Dos 11 gestores municipais de saúde participantes do estudo, 6 eram mulheres, com idades variando de 30 a 68 anos, prevalecendo a faixa etária dos 40 aos 50 anos. Entre os entrevistados, 8 eram casados. Para Grossmann e Nunes¹⁰, a participação feminina possui a competência de humanizar a gestão, a fim de alcançar a dignidade da pessoa humana. Assim, tal predominância do sexo feminino entre os gestores pode demonstrar o empoderamento feminino em relação aos cargos de

gestão e/ou políticos do País.

No que diz respeito à escolaridade, oito sujeitos possuem ensino superior completo, um possui ensino superior incompleto e dois possuem ensino médio completo. As formações de nível superior são na área de administração (4), fisioterapia (1), medicina (3). Cinco gestores possuem especialização na área de gestão, sendo quatro na área da saúde. Embora o cargo de gestor municipal de saúde seja um cargo político, é importante que tal profissional possua conhecimento técnico-científico na área. Percebe-se que a minoria dos gestores possui graduação na área de saúde, o que pode comprometer o conhecimento e envolvimento deles no planejamento e desenvolvimento das ações em saúde.

O tempo de trabalho variou de menos de 1 ano (3 sujeitos), de 1 a 3 anos (2 sujeitos) e de 4 a 6 anos (6 sujeitos). Por não ser cargo de carreira, a rotatividade desses profissionais é inevitável, o que pode dificultar a continuidade das ações em saúde, para isso é necessário um planejamento conciso das ações e grande envolvimento de todos os profissionais de saúde.

Todos os gestores residem no município em que atuam. Oito dos gestores cumprem 40 horas semanais, um gestor 35 horas semanais, um gestor cumpre 44 horas semanais e um não tem horário fixo de trabalho.

O PMAQ-AB na percepção dos gestores municipais de saúde

Nesta categoria, são abordadas as concepções a respeito do programa, sob a ótica dos gestores municipais de saúde. A maioria deles relata percepções positivas acerca do PMAQ-AB, sem, no entanto, especificá-las. Entre os que apontaram percepções positivas, destaca-se, principalmente, o potencial do programa na motivação dos trabalhadores decorrente do incentivo financeiro que este proporciona, de acordo com o desempenho da equipe:

Eu acho bem interessante, [...] é alguma coisa assim para o pessoal ter mais vontade de trabalhar, que como vem o recurso, às vezes o pessoal fica naquela eu queria fazer tal coisa, mas eu não posso, porque não tenho dinheiro, então assim, é muito interessante, como município, como gestor a gente fica bem tranquilo com essa questão do PMAQ. (EG4).

Barreto¹¹ aborda que o recurso financeiro pode ser uma importante ferramenta motivacional, evidenciando que esse método é mais eficaz em ações pontuais e em mudanças de curto prazo, portanto, em ações mais complexas, que precisam de avaliações frequentes e de um monitoramento eficiente das ações. É necessário que os gestores desenvolvam um planejamento de qualidade para aprimorar as ações do PMAQ-AB e o recurso financeiro possa ser mais um motivador aos profissionais para desempenhar um trabalho eficiente na busca pela qualificação da AB.

Percebeu-se ainda que o PMAQ-AB é considerado pelos gestores como uma importante ferramenta de avaliação das ações em saúde, capaz de proporcionar à gestão um olhar crítico sobre elas:

Eu acho que é bom, por que às vezes a gente não consegue fazer a avaliação, e assim tu podes avaliar a rede como um todo desde o que o usuário está sentindo e como a gente está oferecendo o serviço, é bem importante. (EG1).

A avaliação tem se tornado essencial para a gestão a fim de que ocorram mudanças efetivas na atenção em saúde. É preciso avaliar as ações realizadas com um olhar ampliado, construindo reflexões acerca dos nós críticos encontrados e sistematizando as ações a serem implementadas. Dessa forma, a avaliação possui grande potencial na identificação dos problemas, na organização das ações, a fim de possibilitar bons resultados na gestão em saúde¹².

Segundo Cruz et al.¹³, mais de 82% das

equipes de AB das regiões Nordeste, Sudeste e Sul fazem uso do instrumento de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) para a realização da autoavaliação, porém, a grande maioria das equipes interpreta as ações de planejamento e de avaliação como rotina burocrática e não como ferramenta potencial de mudanças. Tal interpretação inviabiliza a eficácia dos serviços, pois, a qualificação das equipes da AB ocorre por meio da percepção da relação entre a avaliação e o planejamento das ações, sendo possível a construção das ações em saúde de forma não fragmentada.

Por outro lado, foram citadas percepções negativas acerca do PMAQ-AB devido ao desconhecimento de aspectos do programa, o que leva os gestores a se sentirem pouco instrumentalizados:

Eu acho que os instrumentos assim que é dado é razoável, [...] a gente trabalha mais ou menos sozinha, porque eles vêm uma vez, como o governo não está perto a gente que resolve aplicar dessa maneira. (EG7).

A gestão municipal possui um importante papel como disparador do apoio institucional às equipes de saúde da AB, mas muitas delas encontram-se desassistidas, colocando em risco a eficácia do programa. Tal situação foi percebida em 2014 no estudo de Melo et al.¹⁴ quando a maioria dos gestores da AB das capitais brasileiras encontrava dificuldades em prestar apoio institucional às equipes. Isso evidenciou, segundo os autores do estudo, a necessidade de maior apoio das demais esferas de gestão por intermédio da estruturação da gestão municipal com táticas que buscassem ultrapassar o caráter normativo e de incentivo financeiro.

Tal situação pode remeter a deficiências na comunicação e articulação entre a gestão municipal de saúde e os demais entes federativos. Segundo o Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2016)³, o PMAQ-AB aborda o apoio

institucional como um compromisso federal, estadual e municipal, a fim de potencializar as ações na qualificação da atenção básica; este apoio é fundamental para transformar a gestão verticalizada em uma gestão horizontal na qual fortalece as relações, considerando as demandas de cada localidade.

Participação e envolvimento com o programa

Nesta categoria de análise, abordam-se aspectos que traduzem estratégias e ações de envolvimento dos gestores municipais de saúde com o programa. De forma geral, percebe-se que tal envolvimento ocorre por meio de reuniões com as equipes da AB a fim de apresentar o programa, suas fases e as ações a serem desenvolvidas. Além disso, os gestores atuam mais precisamente no gerenciamento do programa, por meio do controle das ações, avaliação das equipes e resultados a serem atingidos:

[...] a gente tem uma participação indireta no processo, a gente deixa mais a equipe que tá lá no trabalho e de acordo com os recursos que a gente recebe do PMAQ que é esse programa de melhoria de qualidade do acesso e a gente desenvolve ações, mas baseadas nas informações que a gente recebe. Então a participação realmente do gestor no processo é uma participação indireta de controle, não é? E dar liberdade ampla para que eles desenvolvam os trabalhos necessários para melhorar o acesso e a qualidade. (EG6).

No estudo de Feitosa et al.¹⁵, os profissionais e gestores de Grossos, Rio Grande do Norte, apontam que as potenciais mudanças provocadas pelo programa só são alcançadas por meio do envolvimento de todos os profissionais e gestores em saúde em todas as fases do programa.

Mesmo que a participação seja indireta, como relata EG6, é necessário que o gestor faça parte dos processos de desenvolvimento do programa, pois sua participação efetiva

fortalece os mecanismos de articulação, a fim de que os resultados do programa provoquem mudanças efetivas nas equipes, nas unidades de saúde e atenção à saúde da população. Por outro lado, alguns gestores relatam não ter se envolvido em todas as fases do programa, sendo que a participação se deteve mais na adesão e no acesso ao portal do gestor:

Não, nada. Eu até acessei esses dias, porque tinha que acessar, pedia um acesso, daí eu respondi, fiz uma resposta vaga, porque precisava de uma resposta, então eu acessei o programa, uma vez só, ali precisava porque era uma prévia, mas muito vaga porque eu precisava fazer isso até tal dia, mas não recebi nenhum tipo de orientação também. (EG2).

É observado nessa fala certo desconhecimento das ações do programa, o que dificulta o seu envolvimento de forma mais efetiva em todas as fases do programa, e não apenas na sua adesão. Diante dessa situação, é importante salientar que somente 4 dos 11 gestores possuem graduação na área da saúde, o que pode ser um importante fator dificultador na condução das ações do programa.

Para os gestores, a falta de orientações e a pouca vivência em saúde pública dificultam esse envolvimento com o programa, tal situação não traduz uma situação isolada, sendo essa percebida em outros estudos, como o de Gomes et al.¹⁶, para o qual o despreparo técnico dos gestores e a alta rotatividade deles influenciam diretamente no planejamento e desempenho das ações.

Por outro lado, identifica-se que a deficiência no envolvimento dos gestores nas diversas fases do programa também decorre do curto período de permanência deles à frente da gestão em saúde:

Tô esperando, não participei aqui ainda, não peguei a fase do PMAQ aqui [...], faz pouco tempo que estou como secretária, minha vivência era só auditoria, mas longe da atenção básica. (EG13).

As frequentes substituições de gestores municipais de saúde, pode comprometer a execução do programa.

[...] teve momentos que houve uma lacuna nessa minha caminhada, que eu saí da secretaria e era outro gestor [...] na época (da adesão) o gestor era a fulana e depois a fulana né, depois quando eu voltei pra cá quem estava coordenando este trabalho era a enfermeira fulana, não está mais conosco, era um cargo de confiança que nós tínhamos também do governo, com ela que eu conversei mais incisivamente pra ver já os resultados finais, aí ficou um pouco abaixo do esperado da nossa expectativa também. (EG10).

O estudo de Lopes, Scherer e Costa¹⁷ corrobora tal situação aqui mencionada, pois eles abordam a descontinuidade do desenvolvimento de melhorias no processo de trabalho devido à transferência de profissionais da equipe de saúde, o que interfere diretamente nos resultados do programa.

Tal cenário é um dos desafios a serem enfrentados pelo programa, que requer maior envolvimento dos gestores municipais. Todavia, entende-se que a descontinuidade das ações em saúde, em decorrência das repetidas substituições dos gestores municipais, contribui para que a gestão municipal do programa seja desenvolvida em parceria com outros profissionais.

Em algumas situações, entretanto, percebe-se que tal relação compromete o envolvimento do gestor em todas as fases do programa:

Olha o que eu vou te dizer, na realidade como eu comecei agora eu estou com a menina do administrativo que ela cuida diretamente disso, eu estou mais no gerenciamento geral, mas o PMAQ tá mais direto com ela, até seria interessante tu conversar com ela também. (EG5).

Essa situação traduz a fragmentação das ações em saúde, colocando em risco o andamento dos processos de qualificação da AB.

Para Arendt¹⁸, o fato de gerir e coordenar as ações em saúde não presume que o gestor centralize o poder da decisão unicamente em si.

Por intermédio do PMAQ-AB, busca-se uma gestão horizontal, saindo do modelo verticalizado, no qual as ações não devem ser exercidas unicamente pelo gestor, mas também por todos os profissionais de saúde, pois o empenho e engajamento de todos influenciam diretamente nelas. Portanto, a busca por uma gestão horizontal não exige o gestor de suas responsabilidades, pois seu envolvimento com os programas e ações em saúde é essencial para a eficácia dos processos.

Por outro lado, percebe-se na fala de alguns entrevistados que tais substituições não são obstáculos para o envolvimento do gestor com o programa.

[...] a gente está fazendo reuniões semanais pra mim poder me inteirar de todos os assuntos, pra mim tentar ver o que foi pedido na última vez, [...] eu me inteirei do assunto, vi o que precisa, o que o PMAQ faz, qual é o tipo de avaliação, o que vai precisar, o que precisa melhorar. Essa autoavaliação a gente tem que ter no primeiro momento que é o AMAQ, isso daí a gente tá fazendo [...]. Então eu não participei de nenhuma das outras fases, gora que eu estou participando. (EG4).

Tal cenário revela a mobilização dos gestores provocada pelo programa. A busca pelo conhecimento do desempenho do programa e a interação entre gestores e profissionais de saúde fortalecem os processos de mudança na AB. Essa interação foi percebida no estudo de Gomes et al.¹⁶, que analisa a prática da gestão em um município do Espírito Santo, no qual se percebeu que muitas gestões sofrem interferências externas, como: influências políticas, rotatividade de gestores, *deficit* de capacitações, entre outras. Contudo, há gestores que buscam trabalhar em equipe com a formação do vínculo gestor-equipe de saúde.

Impactos do PMAQ-AB na organização do trabalho e assistência em saúde

Nesta categoria, é abordada a visão dos gestores municipais de saúde sobre os impactos do PMAQ-AB na organização do trabalho das equipes de AB e na assistência à saúde da população. Todos os gestores apontaram que o programa provocou impactos positivos, já que, para a grande maioria dos entrevistados, o programa contribuiu para melhorias nas estruturas físicas das unidades e possibilitou a aquisição de novos materiais e equipamentos. Tais mudanças têm auxiliado na acessibilidade para os usuários e profissionais e no desempenho das ações em saúde: “[...] *até essa rampa de acesso, que não tínhamos acessibilidade nesse prédio, foi utilizado com esse recurso*” (EG8).

[...] equipamentos né, uma coisa a mais que se possa substituir, as vezes que tem que se comprar novo daí se usa esse recurso, a gente substitui frequentemente esses materiais das unidades os estetos, esfigmos, se precisam de substituição também é utilizado parte desse recurso, como ela disse, daí pode colocar um Split numa unidade, em algum lugar que não tenha, a gente usa desse recurso, não é muito mas dá pra alguma coisa. (EG11).

Percebe-se que mudanças nas estruturas físicas contribuem para a qualidade de acessibilidade dos usuários dos serviços, os quais podem ser acolhidos na unidade independentemente de suas limitações físicas. Tal impacto não contribui apenas para o bem-estar físico das pessoas, mas também para a dignidade e cidadania delas, contribuindo para o desempenho das ações realizadas pelos trabalhadores. Para Lopes, Scherer e Costa¹⁷, as condições de estrutura física e materiais implicam na resolutividade das ações, o que influencia diretamente na qualificação da AB.

Além disso, para os gestores, a implantação

da prática do acolhimento foi um dos grandes impactos do PMAQ-AB. Tal fato reflete diretamente na assistência à saúde mediante mudanças na organização do trabalho, contribuindo para melhorias no acesso dos usuários ao serviço.

[...] nós tivemos a exclusão das fichas, então passamos a trabalhar com classificação de risco, triagem a prontuário eletrônico, [...], eles tiveram tipo um 'baque' assim, muita coisa eles achavam impossível assim de realizar. Influenciou até na motivação da equipe eu acredito, porque modernizou muito, modernizou o serviço com certeza. (EG3).

Segundo Medrado, Casanova e Oliveira¹⁹, o acolhimento facilita o acesso dos usuários à AB, sendo fundamental na organização dos processos de trabalho e nos cuidados com os pacientes. Em estudo realizado pelos autores com profissionais e gestores da saúde em regiões do estado do Rio de Janeiro, o acolhimento foi apontado como uma das principais mudanças no processo de trabalho a partir da adesão ao PMAQ-AB, evidenciando que a grande maioria das equipes trabalha com esta ferramenta. Tal resultado se assemelha com o presente estudo no qual o acolhimento, segundo os entrevistados, é um dos principais resultados positivos da adesão ao PMAQ-AB, sendo evidenciado em todos os municípios que aderiram ao programa na 28ª Região de Saúde.

Outro impacto positivo, identificado por alguns gestores, diz respeito as estratégias de qualificação dos profissionais, garantindo a eficácia das ações em saúde:

[...] quando eles têm que fazer uma qualificação, alguma coisa que eles trazem que tira de área, um curso, a gente ajuda eles, porque é bem interessante né, eu acho que o profissional tem que se qualificar, ele não pode ficar parado no tempo, todo ano tem coisa nova, está sempre surgindo coisa nova, então ele tem que se qualificar e ver o que é melhor. (EG4).

Este resultado positivo do programa foi observado também no estudo de Machado et al.²⁰, no qual é evidenciado, por meio da avaliação do PMAQ-AB, o desenvolvimento de práticas educativas entre os profissionais da saúde de Mato Grosso do Sul, sendo estas desenvolvidas na maioria das equipes de saúde do estado. Por outro lado, é importante ressaltar o estudo de Lopes, Scherer e Costa¹⁷, que aborda a existência de práticas de educação permanente que não correspondem às necessidades locais das equipes de AB, o que acaba colocando em risco as transformações das práticas em saúde e a eficácia delas.

A ampliação das ações das Estratégias Saúde da Família também foi evidenciada por alguns gestores como impacto do programa na assistência à saúde, pois possuem o intuito de ir ao encontro das realidades sociais e das necessidades da população local:

[...] há um plano de melhora através de oficinas terapêuticas que eles também fazem junto à comunidade, e então enfim, eles conseguem lá depois direcionar as melhorias que estão sendo feitas. (EG6).

Lopes, Scherer e Costa¹⁷ também apontam em seu estudo mudanças nas práticas de promoção à saúde, como a formação de grupos e a criação de vínculo entre equipe de saúde e comunidade. Tais mudanças vão ao encontro dos princípios da AB, para os quais, segundo o Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2016)³, é preciso compreender o usuário na sua singularidade, considerando seus aspectos socioculturais, a fim de promover a saúde por meio de ações integradas.

Estudo realizado em Grossos, Rio Grande do Norte, em 2014, por Feitosa et al.¹⁵, analisou as mudanças do PMAQ-AB a partir da visão dos profissionais de saúde e de gestores responsáveis pela coordenação do programa. Tal pesquisa evidenciou resultados semelhantes ao presente estudo, pois, segundo os autores, as principais mudanças provocadas pelo programa foram melhorias

na organização do trabalho, na estrutura física das unidades e disponibilidade de materiais e organização dos registros das ações em saúde. Para os autores, tais mudanças remetem ao alcance do padrão de qualidade estipulado pelo programa e demonstram a contribuição da sua implementação.

Considerações finais

A gestão pública em saúde é responsável pelo gerenciamento do pleno desenvolvimento das ações em saúde, a fim de que estas sejam efetivas, porém, muitos obstáculos são encontrados, o que acaba gerando fragilidades em tais ações. Nesse sentido, é necessária a busca por mudanças nos processos de trabalhos, na assistência aos usuários e na gestão dos recursos em saúde, a fim de que a AB seja qualificada e equiparada em todo território nacional. Nesse sentido, o PMAQ-AB tem sido um importante agente de mudanças, com potencial para a melhoria da qualidade dos serviços, dos processos de trabalho e ações em saúde.

Neste estudo, foi possível perceber que o PMAQ-AB provocou mudanças nos aspectos de gestão. Para alguns gestores, o programa tem sido uma importante ferramenta de avaliação dos serviços em saúde, modificando efetivamente a gestão e assistência em saúde. Além disso, o PMAQ-AB é visto como um programa que motiva os profissionais por meio do incentivo financeiro, favorecendo a eficácia das ações.

Quando evidenciado o desconhecimento do programa por parte de alguns gestores, percebem-se deficiências na comunicação entre as três esferas governamentais de gestão em saúde, restringindo mudanças esperadas com o PMAQ-AB, o que impossibilita o pleno desenvolvimento do programa. É importante que a gestão municipal de saúde busque estratégias de comunicação eficientes entre as três esferas de gestão em saúde e informações de programas, projetos

e políticas públicas do Ministério da Saúde, os quais gerem incentivo financeiro para a AB do município.

A participação ativa dos gestores nas ações de saúde do município e a busca pelo conhecimento das políticas públicas de saúde são essenciais para a qualificação da AB; as políticas não são eficazes por si só, é necessário o engajamento de todos os profissionais para que esta gere efeitos nas equipes de saúde e na comunidade. Ficou evidente neste estudo o envolvimento da maioria dos gestores municipais de saúde com o programa, porém, ainda é necessário que alguns deles se apropriem mais dos processos e ações do PMAQ-AB, sendo fundamental que a gestão possua um olhar ampliado sobre as ações em saúde na busca dos princípios e diretrizes do SUS. Além disso, é importante que profissionais de saúde contribuam para a gestão dos programas e políticas públicas de saúde, com conhecimento teórico-prático, a fim de que as fragilidades encontradas no envolvimento dos gestores municipais de saúde sejam minimizadas.

O programa possui o intuito de qualificar a AB, visto que é possível perceber nas falas dos gestores os impactos por intermédio do recurso financeiro, o que possibilita melhorias nas estruturas físicas das unidades, aquisição de equipamentos, qualificação dos profissionais, além de gerar mudanças nos processos de trabalho evidenciadas com a implementação da prática de acolhimento aos usuários nas unidades de saúde. Percebe-se que o PMAQ-AB gerou impactos positivos nas gestões municipais da 28ª Região de Saúde, o que demonstra a importância do envolvimento dos gestores e dos profissionais na execução do programa.

Pelo exposto, portanto, é necessário o envolvimento de todos os gestores e profissionais de saúde. Nesse sentido, salienta-se que, a partir do presente estudo, é possível perceber considerações positivas e negativas acerca do PMAQ-AB sob a ótica dos gestores, o que contribui para uma reflexão a

respeito de uma gestão pública no SUS. É importante salientar que este estudo reflete uma realidade local da gestão pública no SUS ante o PMAQ-AB, sendo de relevância a busca por tais aspectos em outras localidades do território nacional, a fim de que o programa seja desenvolvido de acordo com a realidade local de cada região, em prol do fortalecimento dos princípios e diretrizes da AB.

Colaboradores

A elaboração deste artigo foi realizada pela graduanda em enfermagem Gabriela

Mendes da Silva Flôres, que realizou a concepção e planejamento da pesquisa, coleta de dados, análise e interpretação dos dados, sob orientação da enfermeira, docente do Departamento de Enfermagem e Odontologia e do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Suzane Beatriz Frantz Krug. Ambas contribuíram significativamente para a elaboração da pesquisa e para a revisão crítica do conteúdo. A aprovação final do manuscrito foi realizada pela banca examinadora, na qual a enfermeira Suzane Beatriz Frantz Krug fez parte. ■

Referências

1. Guizardi FL, Cavalcanti FO. A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. *Interface Comun. Saúde Educ.* [internet]. 2010 Jul-Set [acesso em 2016 nov 3]; 14(34):633-645. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300013.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica-PMAQ/Manual Instrutivo [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 2016 ago 25]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2016) [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 2016 out 17]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf.
4. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde debate*. 2014 Out; 38(esp):358-372.
5. Souza LEPPF, Viana ALD. Gestão do SUS: Descentralização, Regionalização e Participação Social. In: Paim JS, Almeida Filho N. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014.
6. Brasil. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica – NOB 1/96 do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 5 Nov 1996. [acesso em 2016 out 14]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html.

7. Datasus. Departamento de Informática do SUS. Estabelecimentos de Saúde [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2016 out 20]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=6906>.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016.
9. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [internet]. Diário Oficial da União. 12 Dez 2012. [acesso em 2016 out 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
10. Grossmann LA, Nunes JBA. A importância da participação política das mulheres para a Construção de uma nova cidadania. In: Anais do 11º Seminário Internacional de demandas sociais e políticas públicas na sociedade contemporânea. Santa Cruz do Sul: Edunisc; 2014.
11. Barreto JOM. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. Ciênc. Saúde Colet. 2015; 20(5):1497-1514.
12. Santos TC, Ozorio JC, Ferreira AV, et al. PMAQ-AB e os pactos do SUS: função dispositivo ou repetição. In: LB, Barbosa MG, Ferla AA, organizadores. Atenção Básica: olhares a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB). Porto Alegre: Rede Unida; 2016, p. 75-99.
13. Cruz MM. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. Saúde debate. 2014 Out; 38(esp):124-139.
14. Melo LMF, Martiniano CS, Guimarães J, et al. Análises das diretrizes para o apoio institucional das gestões da Atenção Básica das capitais brasileiras. Saúde debate. 2016 Jan-Mar; 40(108):8-22.
15. Feitosa RMM, Paulino AA, Lima Junior JOS, et al. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Saúde Soc. 2016; 25(3): 821-829.
16. Gomes LB, Barbosa MG, Ferla AA, organizadores. Atenção Básica: olhares a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB). Porto Alegre: Rede Unida; 2016.
17. Lopes EAA, Scherer MDA, Costa AM. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e a organização dos processos de trabalho. Tempus (Brasília, DF). 2015; 9(2):237-250.
18. Arendt H. A condição humana. 12. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 2014.
19. Medrado JRS, Casanova AO, Oliveira CCM. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. Saúde debate. 2015; 39(107):1033-1043.
20. Machado JFFP, Carli AD, Kodjaoglanian VL, et al. Educação Permanente no cotidiano da Atenção Básica no Mato Grosso do Sul. Saúde debate. 2015; 39(104):102-113.

Recebido em 13/07/2017

Aprovado em 17/01/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

A disseminação cultural das garrafadas no Brasil: um paralelo entre medicina popular e legislação sanitária

The cultural dissemination of garrafadas in Brazil: a parallel between popular medicine and sanitary legislation

Márcia Maria Barros dos Passos¹, Rayane da Cruz Albino², Michele Feitoza-Silva³, Danilo Ribeiro de Oliveira⁴

RESUMO Garrafadas, em geral, são combinações de plantas medicinais veiculadas em bebidas alcoólicas, utilizadas com diversas finalidades na medicina popular. O presente estudo apresentou um panorama das garrafadas, relacionando-as à regulamentação sanitária no Brasil. Para tal, foi realizada uma pesquisa descritiva exploratória das garrafadas divulgadas na internet, bem como das notificações de queixas técnicas e eventos adversos junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). A pesquisa mostrou que as garrafadas são amplamente divulgadas na internet. Concluiu-se que as garrafadas são comercializadas em todo País, sem nenhuma barreira, sendo órfãs de regulamentação sanitária específica, mas legitimadas pela cultura popular.

PALAVRAS-CHAVE Garrafadas. Plantas medicinais. Preparações farmacêuticas. Legislação sanitária.

ABSTRACT Garrafadas, in general, are combinations of medicinal plants conveyed in alcoholic beverages, used for a variety of purposes in popular medicine. The present study presented an overview of the garrafadas, relating them to sanitary legislation in Brazil. For this, an exploratory descriptive research was carried out on garrafadas advertised on the internet, as well as notifications of technical complaints and adverse events with Anvisa (National Agency of Sanitary Inspection). The research has shown that garrafadas are widely spread on the internet. It was concluded that garrafadas are commercialized throughout the Country, without any barriers, being orphaned by specific sanitary legislation, but legitimized by popular culture.

KEYWORDS Garrafadas. Medicinal plants. Pharmaceutical preparations. Sanitary legislation.

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Faculdade de Farmácia – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. mmbpassos@gmail.com

²Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Faculdade de Farmácia – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. rayanealbino@gmail.com

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. michele.feitoza@incqs.fiocruz.br

⁴Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Faculdade de Farmácia – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. danilopharma@gmail.com

Introdução

As garrafadas são produtos complexos que, de modo geral, consistem em combinações de plantas medicinais veiculadas em bebidas alcoólicas, sendo o vinho a mais utilizada, podendo-se, ainda, utilizar mel, vinagre ou água como veículos. Essas preparações, amplamente difundidas entre a população, são utilizadas com finalidades terapêuticas diversas. São geralmente administradas por via oral, mas é possível também encontrar garrafadas para administração por via tópica e inalatória^{1,2}. As garrafadas constituem soluções extrativas compostas por uma variedade de espécies vegetais em um líquido extrator, geralmente hidroalcoólico³. Segundo Camargo, garrafada é definida como

uma fórmula medicinal preparada com componentes de origem vegetal, mineral e animal, complementada com elementos religiosos próprios dos sistemas de crenças vigentes no Brasil¹⁽³⁵⁾.

Dantas et al.² consideram as garrafadas como soluções constituídas basicamente por dois componentes distintos, o solvente e os solutos. O solvente utilizado é geralmente vinho, cachaça, água, mel ou 'Água Rabelo'; e o soluto, uma combinação de plantas medicinais, podendo ser também acrescentados elementos de origem animal ou mineral. As partes de vegetais podem ser cascas, frutos, folhas, raízes ou flores, secas ou frescas. O produto da mistura fica em maceração por, no mínimo, três dias. Muitos raizeiros, curadores e benzedeiros têm por prática enterar a garrafada preparada. Alguns autores destacam as garrafadas como remédios ou fórmulas com finalidades terapêuticas específicas, como, por exemplo: garrafada para problemas de rim, de fígado, de coração, de bronquite, de fraqueza sexual, como depurativo do sangue, entre outros.

Acredita-se que as garrafadas sejam diretamente derivadas da formulação jesuíta

Triaga Brasilica, uma panaceia à base de vinho, mel e ingredientes 'secrets' que surgiu por volta do século XVI, no Brasil. Na época, acreditava-se que manter o segredo das formulações era essencial à eficácia das triagas, que eram vistas como remédios divinos, mágicos. Percebe-se que o elemento religioso/espiritual ainda permanece fortemente atrelado à medicina popular contemporânea, o que remete à popularidade dessas preparações, que prometem 'curas milagrosas'¹.

Com o passar dos séculos, as garrafadas continuaram sendo consideradas preparações de fundamental importância no arsenal terapêutico de diversas comunidades brasileiras. Na comunidade quilombola de Olho D'água dos Pires (Piauí), a planta conhecida como mussambê é frequentemente empregada no preparo de uma garrafada indicada para gripes e tosse, o que faz dela a espécie com maior valor de uso no estudo realizado por Franco e Barros⁴. Na Amazônia, garrafadas para tratamento de malária também são tradicionalmente usadas entre índios que residem na região do Rio Negro⁵.

Mas não é apenas na medicina tradicional brasileira que as garrafadas têm destaque. As *botellas* (garrafas, em espanhol), formulações muito semelhantes às garrafadas, são famosas na República Dominicana, sendo utilizadas, principalmente, para problemas respiratórios, geniturinários e para saúde reprodutiva⁶. Merece destaque a *mamajuana*, uma garrafada afrodisíaca típica, feita com base em ervas locais, que, além de muito empregada tradicionalmente pela população dominicana, é amplamente comercializada como uma poderosa bebida tônica para os turistas estrangeiros.

É possível encontrar as garrafadas disponíveis para a venda em feiras livres e mercados populares em várias regiões do Brasil^{7,8}, mas é no mercado Ver-o-Peso, em Belém do Pará, onde as garrafadas ganham destaque⁹. Nesses locais, esses produtos, preparados e mantidos por grupos culturais, como raizeiros, rezadores, curandeiros e vendedores de



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

plantas medicinais, são vendidos livremente^{10,11}. Mais recentemente, a divulgação e o comércio das garrafadas têm se expandido através da internet.

Não existe regulamentação sanitária acerca desse tipo de produto. Quando se busca o termo ‘garrafada’ no *site* da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), este nos remete a seguinte informação: ‘Produtos sem registro ou notificação na Anvisa’. Isso ocorre porque as garrafadas não são reconhecidas como medicamentos nem como plantas medicinais ou qualquer outro tipo de produto para saúde pela autoridade sanitária no Brasil.

Enquanto o ‘medicamento’ é definido como “produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico”¹², as ‘plantas medicinais’ “são aquelas capazes de aliviar ou curar enfermidades e que possuem tradição de uso como remédio em uma população ou comunidade”¹². Para usá-las, é preciso conhecer a planta, saber onde obtê-la e como prepará-la, sendo, no Brasil, permitida a comercialização de plantas medicinais em farmácias e ervanarias que atendam às normas sanitárias vigentes, incluindo o farmacêutico responsável técnico pelo estabelecimento¹².

Apesar disso, as plantas medicinais não são consideradas medicamentos, portanto, não podem ter indicação terapêutica na embalagem, assim como posologia e restrição de uso. Desta forma, embora sua comercialização esteja prevista pela regulação sanitária, não há legislação específica sobre sua obtenção e produção¹³.

Os fitoterápicos, por sua vez, passaram a ser regulamentados a partir dos anos 1990, com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a criação da Anvisa, tanto para que fossem caracterizados pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso como, também, pela constância de sua qualidade, sendo necessário apresentar critérios similares de qualidade, segurança

e eficácia requeridos pela Anvisa para os demais medicamentos¹⁴.

Já as garrafadas, apesar de amplamente utilizadas e reconhecidas pela população como remédio, não são submetidas a nenhum teste de segurança, eficácia e qualidade. Dessa forma, não se enquadram na definição de medicamentos ou de fitoterápicos e tampouco de plantas medicinais.

Algumas dúvidas ficam iminentes quando se pensa em garrafadas: quais são as garrafadas mais comercializadas e divulgadas? Como se dá o comércio e a disseminação desses produtos? Qual é a atuação da vigilância sanitária frente ao comércio desses produtos? Há apreensões de garrafadas pelos órgãos sanitários? Há notificações de queixas técnicas e eventos adversos sobre as garrafadas?

Portanto, o objetivo deste trabalho é apresentar um panorama dos produtos denominados garrafadas, relacionando-os à regulamentação sanitária vigente no Brasil, além de propor uma nova definição, mais abrangente e atual, para essa categoria de produto.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com o intuito de analisar as informações sobre garrafadas divulgadas na internet. Foi realizada uma busca da palavra-chave ‘garrafada’ em *site* de busca (Google), em bases de dados (Google Scholar, Science Direct, Pubmed) e em *sites* especializados em vendas pela internet (Mercado Livre e OLX). A busca no Google foi realizada em janeiro de 2017, enquanto a busca nas demais bases de dados foi realizada em fevereiro de 2017. Deve-se considerar que os dados apresentados têm limitações inerentes ao próprio mecanismo de pesquisa do Google, que determina a relevância dos resultados de maneira personalizada para cada usuário com base em mais de 200 fatores¹⁵.

Para registro e posterior análise dos dados, foram criadas as seguintes variáveis: fonte

acessada, *links*, tipo de garrafada, indicações, posologia, composição (nome popular), veículos, via de administração, restrições e riscos, se é comercializada ou só divulgada.

Foi utilizado, ainda, o banco de dados do Sistema de Informação sobre Notificação Voluntária da Anvisa, buscando identificar as resoluções de recolhimento de garrafadas publicadas pela Anvisa, e as notificações sobre garrafadas realizadas no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (Notivisa), no período de 2006 a 2016. A busca foi realizada utilizando os seguintes descritores de busca: garrafada; preparado; suco; preparação; elixir; composto; planta; concentrado; leite; licor; pinga; vinho; e extrato. O motivo fixado em toda a busca foi ‘medicamento’, e o intervalo de tempo foi de 01 de janeiro de 2006 até 31 de dezembro de 2016.

Após o acesso individualizado aos dados, realizou-se uma avaliação minuciosa de cada

notificação registrada no sistema associada aos descritores definidos para elaboração da análise proposta.

Resultados

Foram encontrados cerca de 212.000 registros de páginas da web contendo a palavra-chave ‘garrafada’ no Google. Destes, foram analisados os 100 primeiros endereços de páginas da Web (*links*) verificados na busca, e, destes, 48 correspondiam a páginas contendo informações sobre as garrafadas. Buscando compreender o que vem sendo difundido como garrafada no Brasil, foram analisadas as principais características das garrafadas encontradas na amostra estudada, considerando sua indicação, composição, seu veículo e sua forma de utilização (*quadro 1*).

Quadro 1. Caracterização das garrafadas encontradas em pesquisa no Google, no Brasil, em 2017

Conteúdo	Composição	Veículo	Via de administração	Posologia	Contraindicação / Riscos
1 Garrafada para engravidar funciona? Veja aqui como fazer a sua					
http://portalbebes.net/garrafada-para-engravidar/					
Garrafada para engravidar (receita)	Ovo de pata, canela, cravo da Índia	Biotônico Fontoura, vinho de mesa branco seco, leite condensado	Oral	Sim	Sim
Garrafada para engravidar (receita)	Babosa	Mel, conhaque	Oral	Sim	Sim
Garrafada para engravidar (receita)	Romã, gengibre	Vinho branco seco ou suave	Oral	Sim	Sim
2 Garrafada para engravidar!					
http://brasil.babycenter.com/thread/560069/garrafada-para-engravidar					
Garrafada para engravidar (receita)	Unha de gato, uxi amarelo, agoniada, barbatimão	Vinho branco seco ou suave	Oral	Sim	Não
3 Garrafada para engravidar funciona ou não?					
https://www.trocandofraldas.com.br/garrafada-para-engravidar-funciona-ou-nao/					
Garrafada para engravidar (receita)	Açúcar mascavo, inhame, uxi amarelo, unha de gato, romã, cravo da Índia	Vinho branco seco	Oral	Sim	Sim
4 Garrafada para engravidar - funciona? Receita e como fazer					
http://www.naoconsigoengravidar.com/garrafada-para-engravidar/					
Garrafada para engravidar (receita)	Romã, gengibre	Vinho branco seco ou suave	Oral	Sim	Sim

Quadro 1. (cont.)

5 Uso de ervas medicinais divide especialistas: chás e garrafadas precisam ser tomados com cuidado

<http://extra.globo.com/noticias/saude-e-ciencia/uso-de-ervas-medicinais-divide-especialistas-chas-garrafadas-precisam-ser-tomados-com-cuidado-7656418.html#ixzz4YollkY8k>

Garrafada para engravidar (receita)	Anis estrelado, pé-de-perdiz, rosa branca, sal-saparrilha, ipê-roxo, marapuama, urtiga, dente de leão	Vinho branco suave ou vinagre de maçã	Oral	Sim	Não
Garrafada afrodisíaca (receita)	Noz de cola, nó de cachorro, marapuama, gengibre, maca, ginseng, guaraná, Tribulus terrestres, catuaba, genciana, pimenta-de-macaco, damiana, feno grago, canela, pimenta da Jamaica	Vinho branco suave	Oral	Sim	Não

6 Garrafada para engravidar funciona?

<http://www.mae.blog.br/garrafada-para>

Garrafada para engravidar (receita)	Romã, gengibre	Vinho branco seco ou suave	Oral	Sim	Sim
-------------------------------------	----------------	----------------------------	------	-----	-----

7 Garrafada para emagrecer - Receita secreta!

<http://emagrecerjadicas.com.br/garrafada-para-emagrecer-receita-secreta/>

Garrafada para emagrecer (receita)	Pepino, beterraba, limão, hortelão, gengibre, canela	Água	Oral	Sim	Não
------------------------------------	--	------	------	-----	-----

8 Garrafada do Norte para engravidar (fonte: <http://comidinhasdochef.com/garrafada-do-norte-para-engravidar/>)

Garrafada para engravidar (receita)	Romã, gengibre	Vinho branco seco ou suave	Oral	Sim	Sim
-------------------------------------	----------------	----------------------------	------	-----	-----

9 Garrafada para engravidar funciona?

<http://gravidezbebe.com.br/garrafada-para-engravidar/>

Garrafada para engravidar (receita)	Uxi amarelo, unha de gato, barbatimão, agoniada	Vinho branco seco ou suave	Oral	Sim	Sim
-------------------------------------	---	----------------------------	------	-----	-----

10 Garrafadas

<http://ervaindigenas.webnode.com.br/garrafadas/>

Garrafadas diversas (venda)	Não	Não	-	Não	Não
-----------------------------	-----	-----	---	-----	-----

11 Todas as receitas caseiras para impotência

<https://www.vegetall.com.br/receita-caseira/receitas-caseiras-para-impotencia-garrafada/>

Garrafada para impotência (receita)	Cascas de catuaba	Vinho	Oral	Sim	Não
-------------------------------------	-------------------	-------	------	-----	-----

12 Garrafada da prosperidade

<https://blog.marciafernandes.com.br/garrafada-da-prosperidade/>

Garrafada para prosperidade (receita)	Moeda de 5 centavos, milho, feijão, arroz, pimenta, canela, cravo da Índia, noz moscada, vela preta	Água	Tópica	Sim	Não
---------------------------------------	---	------	--------	-----	-----

13 Garrafada antitumoral - cura mais de 100 tipos de doenças tumorais & Quimioterapia natural - cura todos os tipos de câncer de tecidos moles e órgãos, pele e articulações

https://pt-br.facebook.com/permalink.php?story_fbid=880111258790379&id=100003745402603

Garrafada antitumoral (receita)	Unha de gato, ipê-roxo, picão preto, uxi amarelo	Vinho seco	Oral	Sim	Não
Garrafada antitumoral (receita)	Alho, cebola roxa, canela, ginseng, gengibre	Mel, extrato de própolis	Oral	Sim	Não

15 Garrafada ervas naturais

<https://pt-br.facebook.com/garrafadaervasnaturais>

Garrafadas diversas (venda)	Não	Não	Oral	Sim	Sim
-----------------------------	-----	-----	------	-----	-----

Quadro 1. (cont.)

16 Mix de ervas: saúde do útero - 150g

<http://www.damazonianaturaisecia.com.br/saude-do-utero-composto-de-ervas-medicinais-faca-sua-garrafada-150g.html>

Garrafada para engravidar (venda)	Açoita-cavalo, barbatimão, calêndula, ipê roxo, uxi amarelo, tanchagem	Água	Oral	Sim	Sim
-----------------------------------	--	------	------	-----	-----

17 Garrafada

<http://www.maemartadeoba.com.br/seguro/garrafadas.htm>

Garrafada energética (receita)	Testículo de boi, ovo de codorna, pixuri, noz moscada	Vinho moscatel	Oral	Sim	Sim
Garrafada para impotência (receita)	'Birro' de macaco, pixuri, noz moscada, ovo de pata, guaraná	Vinho moscatel, mel	Oral	Sim	Sim

19

<http://lista.mercadolivre.com.br/garrafada-para-engravidar>

Resultado da busca por 'garrafada para engravidar' no Mercado Livre (venda)	-	-	-	-	-
---	---	---	---	---	---

20 Garrafada

<https://angicoesuaslendas.blogspot.com.br/2015/09/garrafada.html>

Garrafada para engravidar (receita)	Açúcar mascavo, inhame, uxi amarelo, unha de gato, romã, cravo da índia	Vinho branco seco	Oral	Sim	Sim
-------------------------------------	---	-------------------	------	-----	-----

21 Dica #1 - Garrafada energética

<http://www.cydagodoxyama.com.br/dica-1-garrafada-energetica/>

Garrafada energética (receita e venda)	Marapuama, nó de cachorro	Vinho tinto seco ou suave	Oral	Sim	Não
--	---------------------------	---------------------------	------	-----	-----

22 Garrafadas com ervas medicinais

<http://naturalsaudefbeleza.blogspot.com.br/2015/05/garrafadas-com-ervas->

Garrafada para bronquite (receita)	Casca de angico, ramo da macel	Cachaça	Oral	Sim	Não
Garrafada para hemorroida (receita)	Nó de pinho picados, folhas de erva de bicho, eucalipto, rubim	Cachaça de alambique	Oral	Sim	Não
Garrafada para vermes (receita)	Alho, erva de santa maria, hortelã, mamão macho, babosa, sementes de abóbora, folha amarela de mamão, semente de limão	Vinho branco	Oral	Sim	Não
Garrafada para menopausa (receita)	Agoniada, erva cidreira, açoita cavalo, calêndula, maracujá, erva moura, margarida branca, parreirinha do mato, parreira, trapoeraba, sálvia, pariparoba, mentruz, louro, erva tostão, hortelã, melissa	Vinho tinto	Oral	Sim	Não
Garrafada para hepatite (receita)	Alcachofra, alfazema, azedinha, cabelo de milho, carqueja, cipó mil-homens, dente de leão, erva cidreira, erva tostão, hortelã, guanxuma, jurubeba, losna, marcela, pariparoba, raiz de picão preto, raiz de salsa, folha de ameixa, rosa vermelha, espinafre, açúcar mascavo	Água	Oral	Sim	Não
Garrafada para infecção (receita)	Açoita cavalo, artemísia, camomila, cipó mil homens, calêndula, cavalinha, canela, noz-moscada ralada, hortelã, malva, semente de urucum, tansagem, açúcar mascavo	Água	Oral	Sim	Não

23 Casa do chá e garrafada

<http://www.tribunadonorte.com.br/noticia/casa-do-cha-e-garrafada/180900>

Garrafada para engravidar (venda)	-	-	-	Não	Não
-----------------------------------	---	---	---	-----	-----

Quadro 1. (cont.)

24 Garrafada para engravidar: Amem Ervas						
http://diariodeumaaguardante.blogspot.com.br/2013/01/garrafada-para-engravidar-amem-ervas.html						
Garrafada para engravidar (venda)	-	-		Não	Não	
25 Garrafada para engravidar - esclarecimentos e dicas						
http://gventuerieri.blogspot.com.br/2011/08/popularidade-dos-chas-e-das-infusoes.html						
Garrafada para engravidar (receita)	Ovo caipira, açúcar, noz moscada, pichilin, canela, erva doce, café de abutua	Vinho tinto suave	Oral	Sim	Sim	
Garrafada para engravidar (receita)	Uxi amarelo, unha de gato, barbatimão, agoniada	Vinho branco seco ou suave	Oral	Sim	Sim	
Garrafada para engravidar (receita)	Ovo de pata, canela, cravo da índia	Biotônico Fontoura, vinho de mesa branco seco, leite condensado	Oral	Sim	Sim	
Garrafada para engravidar (receita)	Noz moscada, canela, erva doce, ruibarbo, salsa parreira, romã, pé de perdiz	Vinho branco	Oral	Sim	Sim	
26 O que é uma garrafada mágica?						
http://otemplointeriordabruaria.blogspot.com.br/2013/07/o-que-e-uma-garrafada-magica.html						
Garrafada para sorte (receita)	Aveia, cravo, erva doce, erva cidreira, limão, trevo de 4 folhas, alecrim, madressilva, anis estrelado 2. Para proteção contra inveja: alho, sal grosso, olho grego, pimentas e espinhos de roseira branca	Álcool de cereais	Não se aplica	Não se aplica	Não	
Garrafada para proteção contra inveja (receita)	Alho, sal grosso, olho grego, pimentas e espinhos de roseira branca	Não especificado	Não se aplica	Não se aplica	Não	

Foi encontrada uma grande variedade de garrafadas para diferentes indicações. Dos 48 links, 7 páginas promoviam a venda de garrafadas, e 19 correspondiam a páginas que divulgavam receitas de garrafadas para as seguintes indicações: para engravidar (15 citações), dar energia (2 citações), contra impotência (2 citações), como afrodisíaca (1 citação), emagrecedora (1 citação), para tratamento de câncer (2 citações), bronquite (1 citação), hemorroida (1 citação), vermes (1 citação), menopausa (1 citação), hepatite (1 citação), infecção (1 citação), prosperidade (1 citação), sorte (1 citação) e proteção contra inveja (1 citação) (*quadro 1*).

Quanto às composições, inicialmente, buscou-se verificar quais eram os principais veículos empregados. Foi visto que 81,25% das receitas analisadas indicavam o emprego de algum tipo de bebida alcoólica, como vinho tinto ou branco (seco ou suave), conhaque, cachaça e álcool de cereais. O vinho

foi o principal veículo utilizado, recomendado em 21 das 32 receitas divulgadas em 19 links. Veículos não alcoólicos também foram empregados, como: vinagre de maçã, água, mel e leite condensado. Alguns veículos, por falta de definição, foram classificados como não alcoólicos, como o extrato de própolis e o Biotônico Fontoura®.

Quanto aos insumos ativos vegetais, foi verificado o emprego de um grande número de plantas medicinais, sendo as garrafadas, na maioria das vezes, compostas por misturas complexas, contendo de duas até 21 plantas. Nas receitas de garrafadas para engravidar, tipo de garrafada mais divulgada entre as analisadas, as plantas medicinais que mais se destacaram foram o uxi amarelo e a unha de gato (5 citações cada), e o romã (4 citações).

Com relação à via de administração, a via oral foi a principal para a maioria das garrafadas analisadas, sendo recomendada em 92,6% das receitas. Apenas uma receita

(3,1%) indicava a administração da garrafada pela via tópica. Houve, ainda, duas receitas para as quais a determinação de via de administração não se aplicava, uma vez que a garrafada em questão deveria apenas ser carregada com a pessoa, como um amuleto (*quadro 1* – item 26).

Entre as 32 receitas de garrafadas identificadas, 17 (53,1%) não traziam quaisquer informações sobre riscos e contraindicações ao uso. Em meio às páginas que continham informações para venda de garrafadas, 3 (42,9%) também não traziam essas informações ao consumidor. Uma das páginas que promoviam a venda de garrafada para engravidar (*quadro 1* – item 24) destacava até mesmo que ‘não há nenhuma contraindicação’ e que ‘qualquer pessoa pode fazer uso’ do produto, apenas mencionando que o uso deve ser suspenso após a constatação de gravidez.

Ao se pesquisar ‘garrafada’ em possíveis sites de venda, no site Mercado Livre, foram encontrados 8 resultados de garrafadas e/ou concentrados de plantas para as seguintes indicações: saúde do homem (3), saúde da mulher (1), afrodisíaco (1), azia e má digestão (1), energético (1) e extrato emagrecedor (1). Para as indicações ‘saúde do homem’, duas garrafadas eram reguladores hormonais e uma diurética e antisséptica. A garrafada para ‘saúde da mulher’ tratava-se de um produto depurativo e analgésico. Apenas a garrafada com indicação afrodisíaca continha a sua composição discriminada (jenipapo, catuaba e mel de caju). No site OLX não foi encontrado nenhum registro com o termo garrafada.

No Google Scholar foram encontrados, aproximadamente, 2.200 resultados, excluindo-se citações, para a busca da palavra-chave ‘garrafada’. Na mesma data, foram encontrados 26 resultados para a busca da palavra-chave ‘garrafada’ no Science Direct, e apenas 2 resultados para a mesma busca no Pubmed. Mereceu destaque o

trabalho intitulado ‘Antitumoural effect of *Synadenium grantii* Hook f. (Euphorbiaceae) latex’ publicado em 2013 na ‘Journal of Ethnopharmacology’ por Oliveira, Munhoz, Lemes, Minozzo, Nepel, Barison, Fávero, Campagnoli e Beltrame, por se tratar de um dos poucos estudos em que testes biológicos foram realizados *in vivo* com garrafadas. Nesse estudo, foi verificada a atividade antitumoral de uma garrafada preparada com o látex de *Synadenium grantii*, popularmente conhecida como janaúba. Ao procurar pela palavra-chave ‘janaúba’ no Google, o quinto link mais relevante correspondia a um vídeo do YouTube (de título ‘Janaúba – Planta no Tratamento do Câncer’), que tinha quase 250 mil visualizações e trazia instruções para o preparo de uma garrafada com a espécie. Aproximadamente 843 links foram encontrados após a procura pelas palavras-chave ‘garrafada’ e ‘janaúba’ no Google.

No banco de dados de farmacovigilância do Notivisa, no período de 2006-2016, foram encontradas 108.052 notificações, das quais apenas 14 eram sobre garrafadas. Dos descritores definidos para esta pesquisa somente foram avaliadas notificações relacionadas aos seguintes termos: garrafada (1), composto (5), elixir (1), suco (1), concentrado (4), vinho (1) e extrato (5). Para as demais palavras utilizadas na busca, não foram observadas notificações.

Todas as notificações avaliadas foram cadastradas no sistema associadas à descrição de ‘produto sem registro’ ou ‘ausência de registro’, situações que são categorizadas pelo Notivisa como ‘queixa técnica’ de produto. Foi verificado que um mesmo produto, denominado ‘Concentrado de Plantas Medicinais’, chegou a ser notificado quatro vezes, em diferentes estados brasileiros, e para o descritor ‘extrato’, observaram-se cinco notificações, apesar das diferentes composições, como é possível observar no *quadro 2*.

Quadro 2. Caracterização das garrafadas notificadas no Notivisa, de 2006 a 2016

Nome	Descritor Notivisa	Composição	N	UF/ano da notificação
Concentrado de Plantas Medicinais	Planta	Salsaparrilha, catuaba, ipê-roxo, camomila, carqueja amarga, alcachofra do Norte, espinheira santa e chapéu de couro	4	RJ (2008), PR (2012, RS (2014), DF (2015)
Composto de plantas	Composto	Ausente	1	AC (2013)
Composto circulatório	Composto	Ausente	1	RS (2010)
Flor do Amazonas composto	Composto	Mulungu, mucuna, alfazema, nó de cachorro, catuaba, pau da resposta, cipó caboclo, guaraná, marapuama, jalapa, casca de anta, casca do pau andrade, boldo do chile, jurubeba, carobinha, espinheira santa, flor da noite, salsaparrilha, quina mineira, casca de barba timão, alcachofra, sucupira, flor do Amazonas	1	MS (2011)
Composto Mel e Alho	Composto	Mel, catuaba, gengibre, eucalipto, hortelã, alho e lima	1	BA (2012)
Bom mel composto	Composto	Mel de abelha, catuaba, gengibre, eucalipto, hortelã	1	BA (2012)
Elixir de sucupira	Elixir	Sucupira, boldo, anis estrelado, camomila, velame do campo	1	BA (2012)
Extrato vegetal	Extrato	Fluido de maracujá, extrato fluido de espinheiro alvar	1	BA (2012)
Extrato Sete Ervas	Extrato	Alcachofra, cáscara sagrada e flores da Amazônia	2	MS (2009 e 2009)
Sucmax	Extrato	Ausente	1	SC (2015)
Extrato de Sucupira	Extrato	Quitosana, mangabeira, semente de sucupira, gelatina e vinagre de maçã	1	DF (2012)
Garrafada Afrodisíaca indígena	Garrafada	Ausente	1	DF (2013)
Suco de 5 plantas	Suco	Espinheira santa, miloma, algodãozinho, cascara sagrada e boldo	1	MG (2010)
Vinho Jatobeba	Vinho	<i>Peumus boldus</i>	1	MS (2010)

Discussão

Bastou uma pesquisa superficial por ‘garrafada’ no Google para que fossem encontradas receitas e venda de garrafadas para o tratamento das mais diversas condições, até mesmo para a ‘cura do câncer’. Além disso, ainda foram identificadas outras finalidades inusitadas para esse produto, tais como ‘para sorte’ e ‘proteção contra a inveja’, o que denota indicações para além de possíveis efeitos terapêuticos, adentrando a seara mística como um amuleto, onde a utilização da garrafada traria um poder mágico, verificado no significado simbólico de proteção para quem a usa contra a inveja e os maus agouros.

Segundo Camargo¹, no cenário popular, o ‘poder de cura’ atribuído às garrafadas se deve aos efeitos da fé religiosa, na medida em que a esperança de cura promove a

‘certeza da eficácia da garrafada’, principalmente para aqueles que buscam não somente a solução para seus problemas físicos, mas, também, mentais e espirituais, o que não é garantido pela medicina oficial, em nenhuma de suas formas de atenção ao doente no sistema de saúde.

Portanto, as plantas medicinais desempenhariam efeitos distintos, porém, complementares na produção do poder curativo da garrafada, sendo o efeito farmacológico relacionado às substâncias ativas, e o efeito sacral representado pelo valor religioso, oriundo da crença do seu usuário¹⁰.

Nesse sentido, dotado de fé e de esperança, as garrafadas para engravidar estão, sem dúvida, entre as mais disseminadas pela internet. É interessante destacar que a unha de gato e o uxi amarelo foram os componentes mais utilizados nas receitas analisadas de garrafadas para engravidar,

o que está de acordo com a literatura de plantas medicinais amazônicas, que trazem para elas indicações diversas para tratar distúrbios uterinos, tais como mioma, endometriose, entre outros problemas que podem estar relacionados com a infertilidade feminina, além das indicações de uso das mesmas, muitas vezes em associações, para melhorar a fertilidade e para engravidar^{16,17}.

Chama, ainda, a atenção a divulgação de duas receitas de garrafadas para tratamento de câncer, as quais não trazem informações sobre riscos e contraindicações. É especialmente perigosa a indicação de receitas caseiras para tratamento de câncer devido à gravidade da doença. Nesse sentido, a legislação brasileira deixa claro que Produtos Tradicionais Fitoterápicos “não podem se referir a doenças, distúrbios, condições ou ações consideradas graves”¹⁸⁽²⁾. É interessante notar que, pelo menos, duas das plantas utilizadas em uma receita indicada (*quadro 1* – item 5), o ipê-roxo e o picão-preto, são tradicionalmente utilizadas para tratamento de câncer e condições relacionadas ao câncer. Contudo, embora ambas as plantas tenham atividades antitumorais já demonstradas em modelos *in vitro* e *in vivo* (em animais, como camundongos)¹⁹, não é recomendável a utilização de nenhuma delas (tampouco das duas associadas) para esse fim, sem que estudos atestem sua segurança e eficácia em humanos.

A análise dos dados levantados permitiu identificar preliminarmente alguns padrões desse tipo de produto. A maior parte das garrafadas continha misturas de plantas medicinais. Segundo Oliveira et al.¹⁴, existe enraizada na cultura brasileira a crença de que ‘quanto mais planta, melhor o efeito’. No entanto, a utilização de plantas medicinais exige cautela, uma vez que a concentração de substâncias ativas costuma variar em uma mesma espécie devido a fatores genéticos e

ambientais, além de existir a possibilidade de interações entre diferentes grupos de substâncias, o que dificulta a previsão precisa do efeito que uma planta pode exercer no organismo²⁰.

Há também de se destacar que mais da metade das receitas divulgadas não trazia informações acerca dos riscos e das contraindicações das garrafadas. Tal fato pode se dar em função de as garrafadas serem equivocadamente concebidas como ‘naturais’, fato que lhes confere credibilidade por parte do usuário.

Outro ponto extremamente importante no que tange às garrafadas são os veículos empregados. É importante notar que mais de 80% das garrafadas levantadas apresentou em sua composição algum teor alcoólico, considerando não apenas o uso de bebidas alcoólicas, mas, também, o álcool de cereais. Resultados semelhantes foram obtidos por Dantas et al.², após a análise de 40 tipos de garrafadas, onde foi verificado que 84% dos veículos de garrafadas citados eram alcoólicos, e 56% correspondiam ao vinho. Isso demonstra que, empiricamente, o uso de álcool é extremamente explorado como forma de aumentar o poder extrativo sobre as plantas medicinais empregadas nas garrafadas, buscando extrair uma maior diversidade de compostos, especialmente os apolares, que são pouco extraídos com veículos aquosos. Além disso, deve-se destacar a importância do álcool na estabilidade das garrafadas, especialmente contra a proliferação microbiana. Carrara²¹ destaca, inclusive, a lógica de que, quando na garrafada predomina a planta fresca, geralmente, ela é feita com aguardente. Quando predominam cascas, paus ou raízes, mesmo com alguma planta fresca, usa-se vinho. Acontece que a planta fresca contém mais água do que as secas, e se o preparado for feito de vinho, cujo teor alcoólico é mais baixo do que o da aguardente, o remédio fica agitado.

Contudo, se o álcool apresenta as suas

vantagens, também representa um risco a mais de interação medicamentosa, especialmente para pacientes com problemas hepáticos, dependência alcoólica etc. Por outro lado, o uso de veículo aquoso restringe a extração, de um modo geral, apenas a constituintes polares, além de apresentar um período de validade extremamente curto, sob o risco de contaminação microbiana. Provavelmente, por conta disso, o uso de veículos aquosos é raramente empregado²².

Outros veículos ainda merecem destaque. É possível que o uso de vinagre, como solução ácida fraca, possibilite uma melhor extração de substâncias básicas, como alcaloides, por exemplo, além de aumentar o tempo de preservação, em relação à água. O uso do Biotônico Fontoura®, descrito em algumas receitas, pode contribuir para que a garrafada incorpore as indicações nutricionais do próprio produto (suplemento mineral ou auxiliar nas anemias e em dietas inadequadas), além dele conter extratos glicólicos de diversas espécies vegetais, contribuindo para uma ação extrativa do solvente hidroglicólico sob as plantas medicinais empregadas na garrafada. Ainda é possível imaginar que o solvente hidroglicólico, a sacarose e o conservante, presentes na composição do Biotônico, possam aumentar a durabilidade da garrafada. Por fim, vale mencionar que o mel e o leite condensado também podem ser usados como veículos para tornar o meio hipertônico em açúcares, dificultando a rápida proliferação microbiana.

Contudo, os riscos vão muito além da conservação das formulações, frente às possíveis contaminações. Outras questões merecem a devida atenção sanitária, tais como: os cuidados na obtenção e no processamento da matéria-prima, as interações entre os constituintes ativos, as interações medicamentosas, os efeitos colaterais e a ausência de comprovação científica sobre segurança e eficácia das formulações. A

preservação dos princípios ativos já pode ser seriamente comprometida a partir de um processo de secagem e armazenamento inadequado da planta medicinal, pois podem ocorrer degradações químicas por processos metabólicos, hidrólise, oxidação, fermentação, provocados pelo calor, pela luz e pela ação enzimática, assim como pela contaminação microbiológica¹¹. Outro risco inerente que ainda existe para as garrafadas está relacionado com a possibilidade de adulteração, pela ausência de identificação taxonômica das plantas⁷.

Em algumas garrafadas, é possível verificar a tentativa de enganar o consumidor, trazendo nas embalagens (ou descrições do produto) supostas leis ou decretos que tornariam esses produtos isentos de registro e de regulamentação sanitária. No presente estudo, foi verificado que, entre os 7 links que promovem a venda de garrafadas, 2 (*quadro 1* – itens 11 e 16) destacavam que a garrafada é um produto ‘Isento de Registro de acordo com o artigo 28 – Decreto nº 79.094 – Lei nº 6.360 de 23/09/1976’, embora o decreto em questão, além de ter sido revogado pelo Decreto nº 8.07723, não mencione nem isente as garrafadas de registro.

É interessante notar que as ‘garrafadas’ são praticamente ‘invisíveis’ ao olhar da vigilância sanitária, visto que, antes da própria regulamentação sanitária brasileira, já existiam na medicina popular. Como já foi dito, as garrafadas vêm se mantendo pela tradição popular desde a colonização e se fortaleceram com a miscigenação e com as inter-relações culturais que formaram o povo brasileiro. Neste sentido, as garrafadas são legitimadas culturalmente, o que lhes confere credibilidade. Assim, embora sejam obtidas, na sua maioria, a partir de plantas medicinais, são produtos que se encontram à margem da regulamentação e da regulação sanitária.

No presente estudo, verificou-se, ainda, que um pequeno número de notificações,

oriundas de denúncias ou notificações voluntárias, foi encontrado nos registros do Notivisa, que não estão necessariamente relacionadas com apreensões da vigilância sanitária. Essas notificações ocorreram em 10 estados, distribuídos em 4 regiões distintas do Brasil, com exceção da região Norte, o que demonstra sua provável existência e comercialização em quase todo o País. Esses resultados demonstram uma aceitação tácita desses produtos irregulares pelos órgãos sanitários, em função da sua tradição de uso no Brasil e da dificuldade da população em obter atendimento no SUS, o que termina favorecendo a busca de outros recursos terapêuticos, como a aquisição de garrafadas.

Ainda é possível acreditar que as garrafadas são comercializadas, sem nenhuma restrição, porque existe uma demanda popular para sua utilização, mesmo sabendo, em muitos casos, da informalidade e de sua procedência duvidosa. Muitos comerciantes na ponta final da cadeia de venda já exercem essa atividade há anos ou décadas, sendo até mesmo a única fonte de renda e subsistência da família. No Mercado Ver-o-Peso, por exemplo, a tradição das garrafadas já pode ser defendida por muitos como um ‘patrimônio cultural imaterial’ de Belém do Pará. Desta forma, é importante se conhecer e estabelecer critérios mínimos para que tais produtos se perpetuem nesse mercado não formal, devendo haver uma conscientização tanto de quem produz e vende quanto do consumidor, especialmente em virtude dos alertas dos riscos nas embalagens e da ausência de comprovação de segurança, eficácia e qualidade.

No atual contexto sanitário brasileiro, a segurança desses produtos é essencial. Estudo recente de Lima et al.⁷ identificou 42 plantas medicinais comercializadas em feiras livres, revelando que a produção e a comercialização das plantas medicinais não possuíam um padrão mínimo de

qualidade, sendo necessária a implantação de políticas públicas voltadas à capacitação desses profissionais, agregando valor ao saber popular sobre plantas medicinais.

Por outro lado, os produtos obtidos de plantas medicinais são de extrema importância, principalmente no Brasil, onde a biodiversidade da flora nativa é uma rica fonte de matéria-prima, devendo ser aproveitada como recurso para a saúde, considerando, ainda, as características de cada região do País. Nesse contexto, as próprias garrafadas empregadas tradicionalmente, ou mesmo comercializadas, podem servir de contribuição para a incorporação de novos recursos terapêuticos para a sociedade.

Nesse sentido, é preciso lembrar que a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) tem como premissa o respeito aos princípios de segurança e eficácia na saúde pública, porém, resguardadas as diversidades e particularidades regionais e ambientais. Além disso, reconhece as práticas e os saberes da medicina tradicional, contemplando as diversas formas de uso das plantas medicinais, desde aqueles das comunidades locais, passando por todas as outras possibilidades de cadeias produtivas desse setor no Brasil²⁴. Assim, a busca de novos recursos terapêuticos voltados à população deve reconhecer a grande diversidade de formas de uso das plantas medicinais, desde o uso caseiro e comunitário, passando pela área de manipulação farmacêutica de medicamentos até o uso e a fabricação de medicamentos industrializados, respeitando a diversidade cultural brasileira.

Porém, é fundamental que não se perca o limiar de legalidade, bem como o de segurança, eficácia e qualidade para que esses produtos não ofereçam risco aos usuários, quaisquer que sejam eles. Di Stasi define o termo ‘remédio’ como procedimento, processo ou produto de diferente natureza usado com a finalidade de cura ou prevenção de doenças, incluindo o

alívio de sintomas²⁵. Contudo, o autor ressalta que a finalidade terapêutica não representa, em nenhum momento, a garantia de efeito, que pode ou não ser alcançado. Além disso, traz o conceito de ‘remédio de natureza química’, que possui uma ou mais substâncias responsáveis por determinada atividade biológica.

Considerando todos os resultados e reflexões aqui apresentados, propõe-se um conceito mais atual e abrangente sobre as garrafadas, que podem ser definidas como: ‘Remédios de natureza química, simples ou complexos, geralmente à base de plantas, podendo conter derivados animais ou minerais, em que a matéria-prima utilizada é submetida à extração em determinado solvente, geralmente do tipo hidroalcoólico, em que o processo de extração se dá em um período não inferior a 3 dias, podendo chegar até a semanas ou meses de maceração’. Quando pronta, a garrafada pode ser empregada por via oral, tópica ou inalatória para tratar os mais diversos males, de acordo com suas indicações. Contudo, pelo fato de esse tipo de produto ser desprovido de estudos de segurança, eficácia e qualidade, embora, em muitos casos, seu uso possa ser consagrado tradicionalmente, não é possível que seja configurado como fitoterápico, o que faz com que esteja à margem da legislação sanitária.

Conclusões

A garrafada é um produto marginal à regulação sanitária. Não se enquadra na

definição de medicamento fitoterápico, nem planta medicinal, entretanto, é legitimada pela cultura popular e utilizada sem nenhuma barreira.

O presente trabalho sugere que a população busca, muitas vezes de forma desesperada, até mesmo como um último recurso terapêutico disponível, as garrafadas, o que fica claro diante do fato de os principais *sites* contemplarem desde garrafadas para engravidar até mesmo para a cura do câncer.

Mas é importante destacar que as garrafadas são compostas, em geral, por diversas plantas medicinais, que contêm ativos que podem interagir com outros fármacos, potencializando ou impedindo alguma ação, podendo se tornar produtos perigosos ou ineficazes.

Os órgãos sanitários no Brasil parecem dar pouca atenção para esse problema, o que pôde ser observado pelo grande número de páginas encontradas de difusão de garrafadas, possibilitando o acesso da população a esse produto sem nenhuma dificuldade.

Assim, é fundamental o reconhecimento das garrafadas como uma prática da medicina popular, de forma a garantir condições mais seguras para sua obtenção e utilização, bem como a valorização do conhecimento popular e o fomento de sua expressão na cultura brasileira.

Colaboradores

Todos os autores contribuíram igualmente para o desenho da pesquisa, a obtenção dos resultados e a redação do manuscrito. ■

Referências

1. Camargo MTLA. A garrafada na medicina popular: uma revisão historiográfica. *Dominguezia*. Buenos Aires. 2011 Jun; 27(1):41-49.
2. Dantas VS, Dantas IC, Chaves TP, et al. Análise das garrafadas indicadas pelos raizeiros na cidade de Campina Grande-PB. *Biofar*. 2008, Jan-Mar; 3(1):7-13.
3. Muniz DHC, Ito RK. Avaliação de diferentes classes de substâncias químicas naturais em garrafadas. *Rev. Saúde*. 2015 Jan-Mar; 9(esp 1):47.
4. Franco EAP, Barros RFM. Uso e diversidade de plantas medicinais no Quilombo Olho D'água dos Pires, Esperantina, Piauí. *Rev. Bras. Plantas Med*. 2006 Jul-Set; 8(3):78-88.
5. Frausin G, Hidalgo AF, Lima RBS, et al. An ethnobotanical study of anti-malarial plants among indigenous people on the upper Negro River in the Brazilian Amazon. *J. Ethnopharmacol*. 2015 Nov 4; 174:238-252.
6. Vandebroek I, Balick MJ, Ososki A, et al. The importance of botellas and other plant mixtures in Dominican traditional medicine. *J. Ethnopharmacol*. 2009 Dez; 128(2010):20-41.
7. Lima IEO, Nascimento LAM, Silva MS. Comercialização de Plantas Medicinais no Município de Arapiraca-AL. *Rev. Bras. Plantas Med*. 2016 Abr; 18(2):462-472.
8. Ribeiro ACM, Souza KBM, Paula LA, et al. Uso popular e comércio informal de plantas medicinais no município de Sanclerlândia, Goiás, Brasil. *Ver. Fac. Montes Belos*. 2013; 6(1):1-13.
9. Garrafadas fazem sucesso no Ver-o-Peso [internet]. Portal ORM. 2010 Fev 10 [acesso em 2017 fev 10]. Disponível em: <http://noticias.orm.com.br/noticia.asp?id=456192&%7Cgarrafadas+fazem+sucesso+n+o+ver-o-peso#.Wm4H8a6nHIX>.
10. Camargo, MTLA. As plantas medicinais e o sagrado: a etnofarmacobotânica em uma revisão historiográfica da medicina popular no Brasil. São Paulo: Ícone; 2014.
11. Araújo AC, Silva JP, Cunha JLXL, et al. Caracterização sócio-econômico-cultural de raizeiros e procedimentos pós-colheita de plantas medicinais comercializadas em Maceió, AL. *Rev. Bras. Plantas Med*. 2009 Ago; 11(1):81-91.
12. Brasil. Lei 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos, e correlatos e dá outras providências [internet]. *Diário Oficial da União*. 19 Dez. 1993 [acesso em 2017 fev 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5991.htm.
13. Carvalho ACB, Branco PF, Fernandes LA. Regulação Brasileira em Plantas Medicinais e Fitoterápicos. *Rev. Fitos*. 2012 Jan-Mar; 7(1):5-16.
14. Oliveira DR, Oliveira ACD, Marques LC. O estado regulatório dos fitoterápicos no Brasil: um paralelo entre a legislação e o Mercado farmacêutico (1995-2015). *Vigil. Sanit. Debate*. 2016 Dez; 4(4):139-148.
15. Google. Como a Pesquisa Google funciona [internet]. [acesso em 2018 jan 17]. Disponível em: <https://support.google.com/webmasters/answer/70897?hl=pt-BR>.
16. Nunomura RCS, Oliveira VG, Silva SL, et al. Characterization of bergenin in *Endopleura uchi* bark and its anti-inflammatory activity. *J. Braz. Chem. Soc*. 2009 Jun; 20(6):1060-1064.
17. Zeballos PP, Lombardi I, Bernal Y. Agrotecnología para el cultivo de la uña de gato o bejuco de agua: Fundamentos de agrotecnología para el cultivo de plantas medicinales Iberoamericanas. Santafé de Bogotá: Ciencia y Tecnología para el Desarrollo; 2009.
18. Brasil. Ministério da Saúde. RDC nº 26, de 13 de Maio de 2014. Dispõe sobre o registro de

- medicamentos fitoterápicos e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos [internet]. Diário Oficial da União. 2014 Maio 14 [acesso em 2017 mar 3]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/rdc0026_13_05_2014.pdf.
19. Kwiecinski MR, Felipe KB, Schoenfelder T, et al. Study of the antitumor potential of *Bidens pilosa* (Asteraceae) used in Brazilian folk medicine. *J. Ethnopharmacol.* 2008 Abr 17; 117(1):69-75.
 20. Capasso R, Izzo AA, Pinto L, et al. Phytotherapy and quality of herbal medicines. *Fitoterapia.* 2000 Ago; 71(supl 1):58-65.
 21. Carrara, D. Possangaba: O pensamento médico popular. Maricá: Ribro Soft; 1996.
 22. Camargo, MTLA. Medicina popular: Aspectos metodológicos para pesquisa: Garrafada, Objeto de pesquisa: Componentes medicinais de origem vegetal, animal e mineral. São Paulo: ALMED; 1985.
 23. Brasil. Decreto nº 8.077, de 14 de Agosto de 2013. Regulamenta as condições para o funcionamento de empresas sujeitas ao licenciamento sanitário, e o registro, controle e monitoramento, no âmbito da vigilância sanitária dos produtos de que trata a Lei 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 Ago 2013.
 24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
 25. Di Stasi LC. Plantas Medicinais: verdades e mentiras – o que os usuários e profissionais de saúde precisam saber. São Paulo: UNESP; 2007.

Recebido em 17/08/2017
Aprovado em 17/01/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Crítica à instituição médica moderno-industrial a partir do microssistema linguístico de Ivan Illich

Critique of the modern-industrial medical institution based on the linguistic microsystem of Ivan Illich

Alejandra Bello¹, Volnei Garrafa²

RESUMO Ivan Illich criou uma terminologia própria à temática relacionada com a saúde. Mais do que simples palavras, este autor permite um olhar diferenciado sobre a instituição médica contemporânea e sua relação com o atual modelo moderno-industrial de sociedade. Com uma produção acadêmica original, redefine o vocabulário médico, transformando uma série de termos ideológicos em categorias capazes de desvendar lógicas naturalizadas pelo poder vigente na sociedade atual. Sua produção acadêmica contribui para proporcionar à saúde pública um enfoque crítico diferente na abordagem de problemas, a partir das ciências sociais. Objetivando contribuir para a construção de um glossário de termos capaz de produzir e transmitir uma visão crítica mais aguda sobre a instituição médica moderno-industrial, a partir do microssistema linguístico de Illich, este artigo analisa, de forma narrativa, termos criados e redefinidos pelo autor na sua obra 'Medical nemesis'. Finalmente, o artigo propõe algumas chaves para pensar a saúde pública, desde a perspectiva do autor.

PALAVRAS-CHAVE Saúde pública. Ciências sociais. Medicina. Linguagem. Modernidade.

ABSTRACT Ivan Illich created an own terminology related to health. More than simple words, this author allows a different look at the contemporary medical institution and its relation with the current modern-industrial model of society. With an original academic production, it redefines the medical vocabulary, transforming a series of ideological terms into categories capable of unraveling naturalized logics by the current power in today's society. Its academic production contributes to providing public health with a different critical approach in addressing problems, from the social sciences. Aiming to contribute to the construction of a glossary of terms capable of producing and transmitting a more acute critical view of the modern-industrial medical institution, from the linguistic microsystem of Illich, this article analyzes, in a narrative way, terms created and redefined by the author in his work 'Medical nemesis'. Finally, the article proposes some keys to public health thinking, from the perspective of the author.

KEYWORDS Public health. Social sciences. Medicine. Language. Modernity.

¹Université Paris 8 – Paris, França. Universidade de Brasília (UnB), Programa de Pós-Graduação em Bioética/Cátedra Unesco de Bioética – Brasília (DF), Brasil.
bellourrego.alejandra@gmail.com

²Universidade de Brasília (UnB), Programa de Pós-Graduação em Bioética/Cátedra Unesco de Bioética – Brasília (DF), Brasil.
garrafavolnei@gmail.com

Introdução

O objetivo do presente artigo é construir um glossário de termos capaz de produzir e transmitir um olhar crítico sobre a instituição médica moderno-industrial, a partir do microssistema linguístico criado por Ivan Illich, entendido como um ato de estética vital. O estudo será desenvolvido em quatro tópicos. O primeiro procura justificar a pertinência da escolha desse autor como eixo de construção de uma proposta de glossário crítico, assim como definir os respectivos conceitos que formam parte do sistema conceitual, a partir do qual sua proposta é desenvolvida. O segundo tem o propósito de problematizar o contexto e a pertinência da geração de um vocabulário crítico da instituição médica moderno-industrial. O terceiro tópico apresenta os principais conceitos do microssistema linguístico de Illich relacionados com a medicina e que foram construídos no contexto da sua crítica às sociedades industriais. Por último, são apresentadas as considerações finais a modo de discussão.

Universos de sentido e linguística como espaço político

Em palavras simples, Ivan Illich propõe nas suas obras uma série de termos que permitem um novo olhar sobre a instituição médica contemporânea e sua relação com o atual modelo moderno-industrial de sociedade, abrindo, assim, a possibilidade de imaginar/construir novas formas de relacionamentos entre as pessoas e a própria instituição médica. Ele gera um vocabulário capaz de estimular, produzir e expressar um olhar crítico sobre as experiências concretas próprias à sociedade moderna, abrindo uma porta à transformação destas experiências. Suas propostas inovadoras de definições para os termos 'doença' ou 'paciente', por

exemplo, desvendam as relações de poder presentes nas definições mais utilizadas destes termos.

Essa afirmação aparentemente simples se torna complexa mediante a problematização do significado das palavras. Admitindo uma definição semântica básica, as palavras são signos acompanhados de referentes¹. Uma palavra nasce quando existe um estímulo contextual que, ao ser nomeado e dotado de sentido, constitui coletivamente um significado. Uma vez que o significado aparece, o estímulo passa a ser uma referência desse símbolo, estabelecendo uma relação dinâmica de coconstrução entre o significado e aquilo a que ele se refere. Isto tem duas consequências importantes em relação àquilo que são as palavras. Primeiro, as palavras não são entidades estáveis porque dependem de relações dinâmicas. E, segundo, as palavras constituem uma síntese da interação entre o indivíduo, o coletivo e o contexto material.

As palavras não somente permitem a comunicação entre os membros de um grupo linguístico, mas também criam os termos através dos quais esses membros conseguem se relacionar entre si, com seu coletivo e com seu ambiente material e imaterial. As palavras não são apenas produtos de interações simbólicas entre os membros de um grupo. Elas são, ao mesmo tempo e pelo mesmo movimento, produtos e produtoras da interação/implicação entre estímulos materiais e os universos simbólicos que permitem tornar inteligíveis tais estímulos. Assim, as palavras implicam o material e o simbólico, definindo os termos da inteligibilidade da experiência das pessoas. Em consequência, delimitam o espaço daquilo que é imaginável, minimizando, assim, as possibilidades da experiência concreta das pessoas, ou seja, a sua realidade².

A afirmação de que as palavras criam realidade não diz respeito às perspectivas pós-modernas que caracterizam o giro linguístico – *linguistic turn*. Pelo contrário, o discursivo é independente do material; um



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

olhar das lógicas discursivas não conseguiria dar conta da complexidade das experiências concretas das pessoas. O ponto referencial da perspectiva do presente trabalho é que as palavras não são elementos exclusivos do discurso. Elas existem em uma relação estreita e direta com o material, implicam relações entre o material e o discursivo, permitindo que a materialidade seja inteligível de modo contingente. Aquilo que é a experiência concreta das pessoas – a sua realidade – não é nem o material, tampouco o simbólico-discursivo, mas sua implicação. São as palavras que dão conta dessa implicação.

O uso das palavras não é politicamente neutro. Elas veiculam as lógicas vigentes do poder ou transformam essas lógicas, mas nunca ficam à margem das organizações do poder. Nesta perspectiva, através das palavras são construídas realidades, produzem-se termos novos ou propõem-se novas definições, o que significa um ato político transformador. Transformador não é sinônimo de crítico. A produção de palavras responde e cria possibilidades de experiências concretas inovadoras, o que não significa necessariamente que essa novidade implique em uma modificação das lógicas de organização da realidade, ou seja, as lógicas do poder, ligadas às próprias palavras.

Nenhum ato crítico parte do nada. Toda crítica está genealogicamente conectada àquilo que se quer criticar, pois é isto o que define sua existência. O olhar crítico de Illich se ancora no universo de sentido moderno que ele quer criticar, a partir da construção de novos elementos linguísticos capazes de modificar este universo, bem como as experiências concretas a ele vinculadas.

O maior interesse na obra de Ivan Illich está na originalidade da sua produção acadêmica. No exercício de redefinição do vocabulário médico, ele altera o sentido de uma série de termos que funcionam como categorias ideológicas e os transforma em categorias críticas, capazes de desvendar as lógicas do poder³. Em outras palavras, o

autor utiliza termos que são dispositivos de reprodução da lógica das relações de poder, próprias das sociedades modernas, e os transforma em ferramentas capazes de desvendar essas relações, deixando-as vulneráveis e modificáveis⁴.

O ponto de partida do microssistema linguístico de Illich é o universo linguístico moderno-industrial. O vocabulário por ele criado constitui um ato de estética vital, no sentido mais nietzschiano⁵. Partindo da aceitação de que todo o imaginável está inevitavelmente atado ao universo de sentido moderno-industrial, ainda é possível partir dos elementos próprios a essa realidade e configurá-los de forma inovadora, gerando, assim, a possibilidade de produzir novas lógicas de configuração da realidade.

Partindo da concepção da linguagem exposta no presente texto, a pertinência do estudo do microssistema linguístico de Illich não se limitará a uma mera compreensão das ideias do autor. Procurando ir um pouco além, propõe-se uma contribuição a fim de melhor compreender as lógicas do poder próprias à modernidade. Assim, a análise da obra de Illich, no contexto do presente trabalho, constitui um meio e não um fim. Essa análise será construída sob a forma de um glossário baseado nos conceitos centrais da obra do autor, com relação à instituição médica.

O que está sendo criticado?

A sociedade moderna industrializada e a instituição médica

O modo industrial de produção só existe porque uma série de instituições reproduzem as condições necessárias para sua manutenção. No olhar de Illich, a instituição médica e a instituição escolar são particularmente importantes como exemplos do processo de produção/reprodução das

sociedades industriais⁶. Para ele, a instituição médica não é uma ilha isolada; faz parte integral de toda uma série de instituições interdependentes, que se coconstroem. É esta interação que é entendida como sociedade moderno-industrial⁷.

A alienação e a concentração monopólica são os traços principais das sociedades moderno-industriais. As instituições que lhes são próprias constituem máquinas focadas em fragmentar as pessoas, alienar esses fragmentos e concentrá-los monopolicamente nessas mesmas instituições. Todo este contexto, portanto, é produto da concentração monopólica. Um traço da sociedade moderno-industrial é que as pessoas passam a necessitar das instituições monopólicas para terem acesso àquilo que fazia parte de sua integralidade antes da fragmentação moderno-industrial. As pessoas começam a depender das instituições para estarem completas. E esta dependência constitui um dispositivo potente para garantir a vigência desse modelo social.

O modo industrial de produção gera um sistema de assistência em saúde, segundo suas próprias necessidades. O sistema está baseado no monopólio do saber curar, da metodologia, da tecnologia e da higiene. Isto significa uma concentração monopólica dos mecanismos para lidar com as adversidades da vida. Na instituição médica, os saberes e as práticas ligados à gestão das adversidades são alienados das pessoas e concentrados em um corpo burocrático profissional: os profissionais da saúde. Isto gera dependência direta para com todo o corpo de pessoal sanitário e indireta para com o mesmo sistema⁷.

A gênese da instituição médica moderna remonta ao período da Revolução Francesa. No processo revolucionário, foram implantados os dois mitos fundacionais da medicina. O primeiro deles é que os clérigos deixam de ser necessários para lidar com o sofrimento das pessoas porque o progresso laico traz consigo os médicos, que, além

de trabalharem com o sofrimento, também podem acabar com ele. O segundo mito é que, com a mudança do sistema político, a sociedade voltou para um estado de saúde original. A partir dessas duas crenças, a doença foi transformada em um assunto político, no qual o médico se converteu no artífice das magias que provaram que a proposta da revolução era mais capaz de aliviar o sofrimento do que o antigo regime⁷.

A noção de saúde que é própria da instituição médica está baseada na ideia de uma morte controlável. Na passagem do Antigo Regime para a modernidade, a morte deixou de ser um processo incontrolável. Esta modernidade trouxe consigo a ideia de que o ser humano não só podia, mas devia controlar as forças da natureza e, neste mesmo olhar, a morte deixou de ser algo sobrenatural, passando a ter um significado relacionado com a força da natureza, sendo, deste modo, um objeto suscetível de ser controlado pela razão humana⁷.

Quando a morte moderna passou a ser parte da natureza, passou a fazer parte, também, do território do domínio humano. É nesta mudança da concepção da morte que se define o principal objetivo da medicina moderna: o controle da morte. A morte natural é a forma de morte que propõe a medicina, e é aquela construída pela modernidade como a boa morte, o parâmetro referencial para morrer⁷. Esta noção constrói o espaço destinado a ser controlado pela razão prática do médico, ou seja, as doenças.

A morte moderno-natural trouxe consigo a diferenciação social frente à morte e o aparecimento da morte burguesa. A saúde passou a ser um privilégio reservado a quem pode pagar um médico, para que ele lute contra a morte e o sofrimento. A boa morte, então, é o resultado das intervenções, pela instituição médica, durante a vida inteira, e que termina na velhice. Em consequência, a boa morte é a morte de quem pode pagar por ela. Assim, a morte burguesa se converte no

parâmetro moderno para morrer⁷.

A partir do parâmetro da morte burguesa, as doenças dos pobres se transformaram em enfermidades não tratadas; em parâmetro da injustiça social. Na realidade, os pobres continuaram morrendo das mesmas doenças de antes, e os ricos deixaram de morrer dos mesmos problemas por terem acesso médico-industrial às formas de controle desses problemas. E é esse contraste que permite redefinir as doenças entre doença de rico e doença de pobre; entre a morte natural desejável e a morte indesejável, que é aquela na qual não há intervenção médica ou a intervenção médica alcançada não é suficiente para a manutenção da vida.

Do mesmo jeito que a ação médica, a morte natural é parte integrante do progresso do mito fundador da modernidade. Ela constitui a prova do domínio da natureza pela razão humana. Além disto, e com implicações mais profundas, a morte natural funciona como um dispositivo de construção de espaços de intervenção da instituição médica. Ela – a ação médica – só é possível por meio da intervenção médica constante. Só um bom consumidor de serviços de saúde pode aspirar a uma morte desejável. Uma vez que se aceita a morte natural como objeto de desejo, se aceita também a perda de autonomia que essa aspiração implica⁷.

O desejo de renunciar à autonomia e viver sob o controle da instituição médica está secretamente inculcado em todas as pessoas, através da ilusão de que todos podem ter uma morte boa. Contudo, na realidade, só aquelas pessoas que têm o dinheiro necessário podem consegui-la. Independentemente dos efeitos iatrogênicos da medicina, a sociedade industrial inculca nas pessoas o desejo de intervenção pela instituição médica, mas somente poucos podem satisfazer este desejo. Na prática, esta lógica garante um controle generalizado da população pela instituição médica. Contudo, o benefício da intervenção acaba sendo efetivamente de poucas pessoas.

Glossário crítico da instituição médica moderno-industrial

Este ponto apresenta, de modo crítico, um glossário da instituição médica moderno-industrial, de acordo com as ideias e os termos introduzidos por Ivan Illich na sua obra mais conhecida, 'A expropriação da saúde – nêmesis da medicina', na qual afirma que a maior ameaça à saúde é a medicina moderna, e que os hospitais causam mais doenças do que saúde.

Doença:

As doenças são criações culturais feitas a partir da definição daquilo que é um desvio, segundo cada cultura. Cada civilização cria suas próprias doenças e a sua própria maneira de gerá-las. A característica da construção da doença que é própria à sociedade industrial é a transformação dos doentes em pacientes, ou seja, dos doentes autônomos em pessoas dependentes da instituição médica⁷.

Doente:

É a pessoa que vê a si mesma sentindo mal-estar. Esse mal-estar é percebido sempre em relação à cultura⁷. Doente e paciente não são sinônimos.

Iatrogênese:

É o conjunto de danos corporais, sociais e culturais intrinsecamente ligados à existência da instituição médica moderna⁸. Divide-se em iatrogênese clínica, social e cultural.

Iatrogênese clínica:

É causada pelos próprios cuidados de saúde, resultando em danos à saúde atribuíveis à falta de segurança e ao abuso dos medicamentos e das tecnologias médicas mais

avançadas, ou seja, é o conjunto dos danos produzidos sobre os indivíduos pela ação da instituição médica. É a forma de iatrogênese mais rapidamente perceptível, já que é aquela que acontece no próprio corpo. Para Illich, a medicina moderna tem o comportamento de uma epidemia, que produz danos, morte e sofrimento para as pessoas. Nessa epidemia, os agentes patogênicos são os remédios, os médicos e os hospitais, que, em conjunto, criam estados clínicos. A iatrogênese clínica só é possível em um contexto no qual o doente acredita que a medicina lhe permite convertê-lo em paciente. Esta disposição do doente está baseada na falsa crença de que são os médicos, e não as condições ambientais, que determinam o processo saúde-doença. Uma das provas da falsidade desta crença é o fato de que, em ambientes onde há pobreza, a taxa de mortalidade costuma ser mais elevada do que em locais mais afortunados, independentemente do número de médicos atuantes nas regiões comparadas⁷. Na realidade, a presença de médicos não só não evita a doença, mas a produz. A presença de profissionais da saúde destrói o potencial das pessoas, de enfrentarem as fraquezas humanas, as vulnerabilidades e as suas próprias singularidades, individual e autonomamente⁷.

Iatrogênese social:

É decorrente de uma crescente dependência da população para com os medicamentos, os comportamentos e as medidas prescritas pela medicina em seus ramos preventivo, curativo, industrial e ambiental (considerada medicalização social). Este processo se expressa de cinco maneiras, ou, nas palavras de Illich, esta patologia tem cinco sintomas: 1) dependência da ação médica; 2) dependência dos medicamentos; 3) medicalização da vida; 4) medicalização das medidas preventivas; e 5) medicalização das expectativas⁷.

A dependência da ação médica é necessária para a existência da instituição médica.

Ela está baseada na crença de que as pessoas não podem enfrentar doenças sem a medicina moderna e sem os profissionais de saúde. A partir desta crença, o processo da cura se liga inexoravelmente à atenção que os médicos e os profissionais da saúde dão aos seus pacientes. Isto tem como consequência uma separação estrutural entre a cura e o que o paciente pode fazer autônoma e individualmente. O autor chega a qualificar como 'insalubre' a proliferação de profissionais de saúde enquanto agentes criadores de dependência e agentes destruidores da possibilidade de cura autônoma⁷.

A dependência de medicamentos própria à instituição médica gera uma dependência toxicômana nos doentes, associada à dependência em relação aos profissionais de saúde. A toxicomania medicalizada chega a ser maior do que a toxicomania não médica. O doente, transformado em paciente, é convertido também em dependente de drogas. Assim, o médico não só trabalha com os toxicômanos, mas o ato de criá-los passa a fazer parte integral da sua profissão⁷.

A medicalização das medidas preventivas é um dispositivo poderoso de criação de pacientes. Este dispositivo, que permite à instituição médica ter acesso à totalidade dos indivíduos e não só àqueles que se consideram doentes, funciona através do diagnóstico precoce, o que lhe permite a transformação de pessoas sadias em pacientes ansiosos e dependentes da atenção médica⁷.

A medicalização de expectativas é o processo por meio do qual as pessoas são atraídas à instituição médica. O desejo de ser atendido pela instituição médica está baseado na esperança de se ter cada vez mais saúde. Contudo, a instituição médica meramente produz a expectativa de uma melhor saúde. Na realidade, ela garante cada vez mais saúde, mas gera uma incapacidade nas pessoas para procurarem, elas mesmas, uma melhor saúde⁷.

E, finalmente, quando Illich fala da maioria dos pacientes como um sintoma da

iatrogênese social, se refere à criação de categorias sociais, mediante a catalogação das pessoas em termos de aspectos estranhos, comportamentos estranhos ou traços pouco comuns, a partir de um sistema de codificação passageira e cultural. Esta codificação está ligada a papéis e limites sociais predefinidos, o que configura um rol social e político importante⁷.

Iatrogênese cultural:

Na iatrogênese clínica, os responsáveis diretos pelos danos são os profissionais da saúde. Na iatrogênese social, são as instituições e os aparelhos burocráticos que permitem o funcionamento da instituição médica. A iatrogênese cultural, por sua vez, não tem um responsável único. É a mais profunda de todas as iatrogêneses, porque é aquela que tem a ver com as mudanças na cultura que permitem que todas as outras iatrogêneses sejam possíveis, representando as modificações nas definições dos rituais sobre os quais se dá a coesão social, como, por exemplo, a morte, o sofrimento e o nascimento⁷.

Instituição médica moderno-industrial:

A instituição médica moderna é a institucionalização da cura a partir de lógicas alienantes e monopolizadoras. O ritual da cura é o núcleo diante do qual se cria e se reproduz essa instituição. No ritual da cura, o enfermo está excluído da possibilidade de participar e mesmo de entender o ritual. A dependência está baseada na perplexidade do enfermo, que não tem outra opção a não ser entregar sua autonomia aos profissionais da área da saúde em troca da esperança de ser curado⁷.

Quando se entende a saúde como o poder de enfrentar autonomamente as adversidades, a institucionalização da cura nas lógicas modernas significa, então, uma grande ameaça à saúde. Existem três razões principais pelas quais a instituição médica

industrial é patógena: ela produz danos clínicos superiores aos seus possíveis benefícios; mascara as condições políticas que minam a saúde da sociedade; e expropria o poder do indivíduo, de curar a si mesmo e modelar seu ambiente⁷.

Medicina:

A medicina é um ritual moderno-industrial. É um ritual relacionado à cura, no qual se exclui a pessoa doente através da criação de barreiras entre o doente e a magia da cura. Essas barreiras são encarnadas pelos profissionais de saúde⁶. Esta lógica gera uma dependência do enfermo frente aos profissionais, que acabam por monopolizar os conhecimentos e as práticas do ritual⁷. A partir do mito moderno do progresso ilimitado, a medicina se autojustifica como um esforço persistente e ascendente para melhorar a saúde humana, abolir a dor, erradicar a doença e estender a duração da vida. O meio identificado é a intervenção ingenieril sobre a vida humana. As pessoas ficam atrapalhadas pela esperança de evitar a dor e a morte por meio da medicina, porém, o preço dessa esperança é a perda da autonomia e a dependência da instituição médica e da sociedade industrial⁷.

Medicalização da vida:

É a criação de dependência nos indivíduos, em relação ao enfrentamento das adversidades da vida. É um processo próprio à sociedade industrial estatal. Manifesta-se pela inclusão da assistência em saúde nos orçamentos públicos; dependência direta de uma burocracia médica; criação do hábito do consumo de medicamentos industriais; e da classificação iatrogênica das idades do humano. A medicalização da vida faz parte da iatrogênese social, ou seja, é um dos danos sociais ocasionados pela instituição médica, em escala social⁷.

Nêmesis:

É a inveja experimentada pelos mortais em relação àquilo que só os deuses podem ter, e o castigo que esta inveja implica. Uma extrapolação do seu contexto místico original permite utilizá-la para falar sobre o desejo de ter aquilo que não é próprio à condição humana e pelo que se paga um alto custo. Quando Illich fala em nêmesis médica, está querendo assinalar o desejo moderno-industrial de ir além dos limites da condição humana, pagando o custo da perda da autonomia. A dor, o sofrimento e a morte fazem parte da condição humana e o desejo de querer evitá-los traz, como custo, a perda da possibilidade de lidar com esses aspectos fora da instituição médica, gerando uma dependência dela e da sociedade industrial⁷.

O autor fala em quatro formas de nêmesis: endêmica, industrializada, médica e velada. Todas elas estão profundamente interligadas e são codependentes. A nêmesis endêmica é característica da sociedade industrial. É a articulação do social, a partir do desejo de ter aquilo que não é próprio à condição humana, mesmo pagando altos custos por isso, como a perda da autonomia. A nêmesis industrializada é a produção de um desejo ilimitado; a ilusão de sentir que é legítimo desejar tudo. A sociedade industrializada oferece a indústria como meio para satisfazer tudo aquilo que é desejável, mas o custo disto é a dependência frente à indústria para satisfazer os desejos. A perda das mitologias tradicionais e a adoção da mitologia do progresso ilimitado produzem estes tipos de nêmesis. A nêmesis médica é o desejo de ter acesso a melhorias ilimitadas na saúde humana para evitar a morte e o sofrimento. E, por fim, a nêmesis velada é aquela que permite que todas as nêmesis possam se autorreproduzir. É a ilusão que possibilita às pessoas se concentrarem no desejo, e não nos custos, para satisfazê-lo. A solução para os problemas da industrialização é encontrada na própria industrialização. Reconhecer os problemas e

as suas causas reais levaria ao abandono do sistema industrial⁷.

Paciente:

É um corpo alienado através do uso de tecnologias utilizadas por profissionais da medicina. Um corpo definido como paciente passa a ser um corpo manipulável e alienável, um corpo público nas mãos da instituição médica. O corpo, como território da intervenção, é um espaço definido por fronteiras. A norma é a noção moderna que define as fronteiras do campo de ação da instituição médica no corpo individual e social. Uma pessoa se torna paciente a partir de um parâmetro normativo, que permite distinguir entre o desejável e o não desejável. Então, a categoria paciente rotula os corpos em função de parâmetro-padrão, indicando que o corpo não está de acordo com o socialmente desejável. Não estar de acordo com a norma justifica a intervenção médica com o propósito de reparar e aproximar os parâmetros-padrão do desejável. Isto significa que a sociedade moderno-industrial só tem duas possibilidades de interação com a excentricidade: o respeito às normas-padrão ou a correção da excentricidade através da instituição médica ou sua exclusão.

A norma como dispositivo de organização social somente se torna pensável quando a separação entre a mente e o corpo é introduzida pelo pensamento moderno. Esta separação binária permite pensar o corpo como uma máquina que tem que ser dominada pela mente. Neste contexto, a norma leva a racionalizar o corpo, permitindo sua gestão através do uso da razão. As lógicas modernas associam a normalidade definida a partir de padrões referenciais ao bem-estar⁷. Assim, quem não estiver dentro da normalidade, está doente, e, ao se tornar doente, é transformado em paciente. Esta é uma das características da medicina industrial: converter o doente em paciente⁷. Ser paciente implica em três coisas: ser examinado com

o propósito de ser reparado; ser um cidadão administrado a partir de parâmetros-padrão; e ser cobaia para alimentar o mito do progresso eterno da ciência médica⁷.

Profissões da saúde:

Burocracia encaminhada a destruir o potencial das pessoas para lidarem com suas fraquezas humanas, sua vulnerabilidade e sua singularidade de maneira autônoma.

Saúde pública:

É a prática da saúde como virtude. A saúde pública tem que estar baseada no direito à saúde, que é o direito a desertar e a organizar-se a partir de novas lógicas que não respondam à sociedade industrial e que permitam modos de estar no mundo menos destrutivos à vida, possibilitando às pessoas um maior controle sobre seus ambientes⁷.

Conclusões

Este artigo, longe de propor o vocabulário de Illich como uma verdade axiológica, o toma como um ponto de partida para a leitura da instituição médica contemporânea. Isto tem três implicações. Em primeiro lugar, não faz parte do propósito do artigo convencer os leitores da verdade das definições propostas. O artigo não é um convite para o leitor aceitar ou rejeitar o vocabulário proposto, mas representa um chamado a um diálogo entre as definições com as quais ele já opera, baseado na sua própria experiência. Assim, o propósito final é convidar os leitores a se permitirem desestabilizar definições pré-estabelecidas e automáticas, a fim de que possam tirar suas próprias conclusões.

A segunda implicação é que esta proposta configure uma reflexão propositalmente inacabada. Espera-se que ela seja suscetível de influir em práticas concretas, a partir da interação ativa da pessoa leitora com os

argumentos aqui apresentados. O artigo foi escrito para que sua leitura seja completada pela pessoa leitora através do contraste ativo com sua própria realidade.

Relacionada com as duas anteriores, a terceira implicação é que, propositalmente, não há um contraste com uma realidade específica adicional à análise proposta sobre a própria instituição médica moderno-industrial. Partindo da natureza crítico-epistemológica deste artigo, o objetivo não é oferecer uma análise acabada de uma realidade específica, mas propor ferramentas para que os leitores possam contar com mais elementos para fazer essas análises, a partir da dúvida sobre o que já foi estabelecido.

Uma vez esclarecido o propósito do artigo, vale sugerir um possível campo de utilidade para ele, a partir dos elementos aqui apresentados. Percebendo que a proposta de Illich implica um ponto de quebra na maneira de entender a saúde pública, surge, então, o questionamento a respeito de qual pode ser a utilidade da obra do autor para definir aquilo que pode ser considerado como uma intervenção não iatrogênica nesse campo. Uma boa ação em saúde pública na sociedade é sinônima de uma maior intervenção estatal, e isto significa uma interação direta entre um indivíduo e o Estado. Ressalte-se que o Estado que funciona nas sociedades contemporâneas interatua com cidadãos-indivíduos, não com pessoas-comunidades. Pela natureza desigual existente na relação cidadão-Estado, o fluxo recíproco possível na interação pessoa-comunidade não existe, nesse caso, de maneira equivalente. Assim, é na natureza dessa interação Estatal que a gestão das adversidades da vida, em termos iatrogênicos, tem lugar.

Os argumentos anteriores definitivamente não permitem chegar à conclusão neoclássica segundo a qual o Estado deve se abster de atuar no campo da saúde. Apesar de ter em comum a proposta por um controle da ação estatal, não se está, aqui, sugerindo o mercado como melhor gestor para a execução dessa

proposta. Independentemente das vantagens e desvantagens do Estado e da sua contingência histórica, em termos práticos, este mesmo Estado é a realidade contemporânea da organização política. Além disto, a saúde pública tem uma relação genealógica com esta forma de institucionalidade. Assim, uma ação em saúde pública sempre vai ter uma relação com o Estado, independentemente de qual seja. Uma proposta crítica tem que lidar com o Estado como realidade, sem importar a valoração que ela tenha dele. Neste contexto, a saúde pública, enquanto parte do Estado, sempre vai ser iatrogênica, porém ela pode sê-lo em maior ou menor medida.

Retomando a proposta do Illich, uma boa intervenção estatal no campo da saúde pública tem que estar encaminhada no sentido de reconstruir a autonomia da pessoa, para que ela, assim, possa interatuar com as adversidades da vida. Por outro lado, expandindo as colocações do autor, tendo em conta a relação genética do Estado com a sociedade industrial e também a impossibilidade de ignorar o Estado na saúde pública, uma ação a partir da saúde pública sempre vai produzir iatrogenia. Porém, isto é inevitável enquanto o Estado seja a forma de organização política privilegiada. Isto, mais do que representar um limite externo da saúde pública, faz parte daquilo que ela é. Deste modo, tal realidade é somente o ponto de partida para a análise crítica, no sentido de passar a considerar os limites do possível. Neste contexto, a ação de menor iatrogenia possível, no campo da saúde pública, seria aquela que, partindo da sua incapacidade para proporcionar autonomia às pessoas, se encaminhasse a reduzir o mínimo possível dessa autonomia.

Para fechar esta reflexão, aqui se propõe, a título de hipótese realista, que mesmo a produção da menor iatrogênese possível passa pela reconsideração da relação cidadão-Estado como única relação possível. Nesta lógica, uma relação comunidade não estatal-Estado poderia permitir uma ação em saúde pública mais suscetível de gerar autonomia para as comunidades e as pessoas, na gestão das adversidades da vida. O indivíduo é uma ficção própria das sociedades moderno-industriais; as pessoas sempre vão ter uma relação de *continuum* com uma coletividade, esteja ela presente na sua forma industrializada/moderno-industrial (o Estado), esteja ela representada por outras formas de organização comunitária ligada ou não ao Estado. A autonomia das pessoas entendida como a possibilidade de autogoverno sempre está em relação com os coletivos nos quais a pessoa é um *continuum*. Assumir o indivíduo como ente separado do coletivo e como interlocutor, por antonomásia, do Estado – e, assim, da saúde pública – faz parte da inteligibilidade própria às sociedades moderno-industriais produtoras de iatrogenias. Uma ação que se pretende não iatrogênica tem que partir, ao menos, da análise crítica da relação cidadão-Estado.

Colaboradores

A estrutura inicial do artigo foi acordada conjuntamente entre os dois autores do artigo. O desenvolvimento inicial foi feito pela primeira autora e reescrito pelo segundo, para integrar seus aportes ao manuscrito. Finalmente, os dois autores contribuíram na elaboração da revisão crítica do conteúdo. ■

Referências

1. Greimas AJ. En torno al sentido: ensayos semióticos. Madrid: Fragua; 1973.
2. Espark MT. La palabra y su universo de sentido. *Filosof*. 2013; 21:27-35.
3. Renault E, Sintomer Y, editores. Où en est la théorie critique? Paris: Découverte; 2003.
4. Renault E. Marx et l'idée de critique. Paris: Universitaires de France; 1995.
5. Nietzsche FW. El nacimiento de la tragedia. Madrid: Edaf; 1997.
6. Subhash K. Sociological Ideas of Ivan Illich. *Soc Scient*. 1974; 2(11):59-65.
7. Illich I. Nemesis médica: La expropiación de la salud. Barcelona: Barral; 1975.
8. Krause E. Book Reviews. Medical Nemesis: the expropriation of health. *Technol Cult*. 1977; 4(18):725-730.

Recebido em 08/11/2017

Aprovado em 11/03/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

O modelo de vigilância da água e a divulgação de indicadores de concentração de fluoreto*

The surveillance framework of water and the reporting of fluoride concentration indicators

Paulo Frazão¹, Helenita Correa Ely², Luiz Roberto Augusto Noro³, Helder Henrique Costa Pinheiro⁴, Jaime Aparecido Cury⁵

RESUMO A vigilância da água é uma estratégia essencial para assegurar padrões de segurança e qualidade para o consumo humano. Entre os parâmetros de qualidade, destaca-se o fluoreto. O objetivo deste estudo foi descrever o modelo de vigilância da qualidade da água e apresentar uma proposta de indicadores e disseminação das informações à população com relação ao parâmetro fluoreto. Com base nas principais evidências científicas, explica-se a importância de se manter o parâmetro sob controle nos sistemas de abastecimento e apresenta-se uma descrição sumária do modelo de vigilância da água no Brasil, mostrando que o desenho não oferece indicadores para monitorar longitudinalmente o parâmetro nem a visibilidade a todos os que têm direito à informação. Em seguida, apresentam-se as bases técnicas e operacionais do Sistema de Vigilância da Fluoretação da Água de Abastecimento Público, uma proposta para aprimoramento do modelo. Indicadores para disseminação das informações são descritos, argumentando-se que o País dispõe de recursos e condições para superar a precariedade das informações sobre a concentração de fluoreto e sobre a cobertura da fluoretação da água em todas as unidades do território nacional.

PALAVRAS-CHAVE Política pública. Vigilância. Água potável. Fluoretos.

ABSTRACT Water surveillance is an essential strategy to ensure safety and high quality standards for human consumption. Among the parameters, fluoride stands out. The objective of this study was to describe the surveillance framework of water quality and present a proposal of indicators and dissemination of information to the population regarding the fluoride concentration indicators. Based on main scientific evidences, it is explained the importance of maintaining the parameter under control in the supplies systems and it is presented a concise description of the water surveillance framework in Brazil, showing that the design does not offer indicators for longitudinally monitoring the parameter or visibility to all those who have right to information. Next, the operational and technical foundations of Public Water Supply Fluoridation Surveillance System are presented, a proposal to improve the framework. Indicators to the dissemination of the information are described, arguing that the Country has resources and conditions to overcome the precariousness of information on fluoride concentration and on the coverage of water fluoridation in all units of national territory.

KEYWORDS Public policy. Surveillance. Drinking water. Fluorides.

* Participou como sexto autor do artigo Paulo Capel Narvai, da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. pcnarvai@usp.br.

¹Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. pfrazao@usp.br

²Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) – Porto Alegre (RS), Brasil. helenitaely@gmail.com

³Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Natal (RN), Brasil. noro@ufrnet.br

⁴Universidade Federal do Pará (UFPA) – Belém (PA), Brasil. helder@ufpa.br

⁵Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. jcury@fop.unicamp.br

Introdução

Dispor de água para consumo humano de boa qualidade é aspiração dos povos e objetivo estratégico dos governos, o que se expressa na implementação de políticas públicas que têm no saneamento um pilar importante da proteção social. Embora a água seja um bem público indispensável para a vida, e sua importância para a saúde pública seja largamente reconhecida, em várias partes do mundo, grandes contingentes populacionais não exercem na prática esse direito humano. Segundo relatório divulgado pelo Programa de Monitoramento da Oferta de Água e Saneamento, mantido pela Organização Mundial da Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Criança, em 2008, cerca de 900 milhões de pessoas em todo o mundo não tinham acesso à água tratada, das quais, cerca de 17,2 milhões residiam no Brasil¹.

Uma importante estratégia para melhorar a qualidade dos sistemas de abastecimento de água é a vigilância². Vigilância em saúde pública pode ser definida como um sistema articulado de ações que asseguram a coleta, a análise e a interpretação de dados acerca de eventos de saúde específicos que afetam a população, incluindo a rápida disseminação dos resultados para todos aqueles que são responsáveis pela prevenção e pelo controle³. A vigilância da água de abastecimento público deve ser parte desse sistema, visando assegurar padrões de segurança e qualidade aceitáveis para o consumo humano, em conformidade com metas de saúde predeterminadas. A vigilância não substitui ou isenta de responsabilidade empresas e companhias de tratamento da água na realização dos seus controles operacionais².

Entre os parâmetros para a determinação dos padrões de qualidade da água, destaca-se o íon flúor (fluoreto). Junto com outros parâmetros, como turbidez, cloro residual, colimetria, agrotóxicos e mercúrio, o fluoreto é um importante indicador, porque os valores da sua concentração na água podem

representar proteção ou risco à saúde da dentição. Revisão crítica recente sobre riscos à saúde humana decorrentes do fluoreto na água confirmou que a única associação em âmbito populacional com concentrações abaixo de 4,0 mg F/L se deu com a fluorose dentária, um distúrbio de desenvolvimento do esmalte que ocorre durante a formação do dente, caracterizado por hipomineralização e maior porosidade da região imediatamente abaixo da superfície do esmalte dentário⁴.

No Brasil, desde 1977, a vigilância e o controle da qualidade da água são uma atribuição do setor saúde, e a concentração de fluoreto na água, uma das características físico-químicas de interesse normativo⁴. Com a criação, em 1986, do Programa Nacional de Vigilância de Qualidade de Água para Consumo Humano (Decreto Federal nº 92.752/86), pelo Ministério da Saúde, várias iniciativas têm sido adotadas para definir diretrizes e dar organicidade às ações. A versão mais recente desse Programa⁵ tem por base um modelo por meio do qual os dados devem ser inseridos num sistema de informação especialmente criado para esse fim, o Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água de Consumo Humano (Sisagua), o qual visa permitir a correlação entre as informações ambientais e epidemiológicas. Por ser alimentado mensalmente, é um sistema oportuno que permite a ação imediata. Entretanto, não oferece indicadores para monitorar longitudinalmente a qualidade dos níveis de concentração de fluoreto nas águas de abastecimento público nem visibilidade a todos que têm direito à informação relativa aos resultados decorrentes do enorme esforço de obtenção de dados de vigilância realizado pelos órgãos sanitários de controle da qualidade da água.

Os objetivos deste artigo foram descrever o modelo de vigilância da água e apresentar uma proposta de indicadores e disseminação das informações à população com relação ao parâmetro fluoreto.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Métodos

Com base nas evidências científicas mais importantes e em documentos oficiais do Ministério da Saúde e dispositivos normativos relacionados à vigilância da qualidade da água, sumarizam-se os conhecimentos para manter sob controle os níveis de fluoreto na água em sistemas de abastecimento; e apresenta-se uma breve descrição do modelo de vigilância da qualidade de água para consumo humano em desenvolvimento no Brasil. Em seguida, descrevem-se as bases técnicas e operacionais do Sistema de Vigilância da Fluoretação da Água de Abastecimento Público (Sistema Vigifluor), uma proposta para aprimoramento do modelo; os indicadores utilizados para propiciar o monitoramento longitudinal da política pública; e uma plataforma para disseminação das informações a todos os interessados.

A relevância do controle do nível de fluoreto para a qualidade da água

A noção de que é importante controlar o nível de fluoreto na água de consumo humano tem sua origem na primeira metade do século XX, quando, por meio de diferentes estudos e iniciativas, foi determinada a associação direta entre a concentração de fluoreto na água de abastecimento e a ocorrência de problemas na dentição. A avaliação de observações epidemiológicas produzidas por vários pesquisadores demonstrou, de um lado, a correlação entre níveis crescentes de fluoreto na água e as taxas de ocorrência de fluorose dentária (um defeito de formação do esmalte dentário), e, de outro, a relação entre valores de concentração de fluoreto entre 0,7 a 1,2 mgF por litro (mgF/L) na água de abastecimento e baixos níveis de cárie dentária (uma doença caracterizada pela perda mineral progressiva do tecido dentário

devido aos ácidos produzidos pelas bactérias aderidas à superfície dentária quando essas são expostas diariamente a carboidratos fermentáveis da dieta, principalmente a sacarose) na população infantil⁶.

Dessa constatação decorreram os primeiros registros de mapeamento da concentração de fluoreto de ocorrência natural em águas de abastecimento. Publicação em meados dos anos 1930, nos Estados Unidos da América (EUA), indicava cerca de 300 áreas distribuídas em 23 diferentes estados nos quais a concentração do fluoreto na água era potencialmente danosa à dentição das crianças⁷. No Brasil, o primeiro estudo a produzir um mapa da concentração de fluoreto na água de consumo foi publicado no final da primeira metade do século XX, cobrindo o estado de São Paulo⁸. Estudos a partir de 1970, em algumas cidades brasileiras, confirmaram a relação direta entre alta prevalência de fluorose dentária e exposição à elevada concentração de fluoreto⁹.

Por ser um problema de ocorrência significativa delimitada para um mesmo local, essa forma de fluorose foi chamada de fluorose dentária endêmica crônica⁷. Jovens afetados apresentam vários problemas psicossociais que tendem a comprometer o futuro profissional e a qualidade de vida. Por todos esses aspectos e, ainda, por representar uma condição estigmatizante, tanto na família quanto na escola e no trabalho, e um fator de exclusão social, a fluorose dentária endêmica crônica é considerada um grave problema de saúde pública que exige intervenção imediata por parte das autoridades sanitárias para proteger a população. É por essa razão que qualquer água utilizada para consumo humano deve ser periodicamente investigada quanto ao nível de fluoreto de ocorrência natural. Nos EUA, a inclusão do fluoreto entre as substâncias sob regulação ocorreu em 1962. No Brasil, o primeiro dispositivo de âmbito nacional estabelecendo limite para o fluoreto de ocorrência natural foi aprovado em 1977. Ao longo dos anos, os

padrões de potabilidade têm sido atualizados. De modo análogo à maioria dos países que possuem dispositivos normativos⁴, o valor máximo permitido em nosso País para se considerar a água segura para consumo humano é de 1,5 mg de fluoreto por litro de água¹⁰.

A utilização dos fluoretos como uma tecnologia de saúde pública para prevenção da cárie dentária iniciou-se em 1945 e 1946, nos EUA e no Canadá, com quatro estudos pioneiros cujo principal objetivo foi investigar a efetividade da medida⁶. Nessas pesquisas, a concentração de fluoreto foi ajustada artificialmente nas águas de abastecimento público de algumas cidades para atingir o teor adequado (concentração ótima considerando benefícios/riscos), enquanto, em outras, o teor de fluoreto mantido foi aquele presente naturalmente na água e considerado deficiente para prevenção da cárie. Comprovadas sua eficácia e segurança, a estratégia populacional de prevenção da cárie dentária se expandiu paulatinamente. Ao lado da vacinação, dos dispositivos de segurança no trânsito e nos locais de trabalho, das atividades de controle das doenças infecciosas, do reconhecimento do tabagismo como prejudicial à saúde, do consumo de alimentos mais saudáveis e seguros e de um melhor planejamento familiar, a fluoretação da água foi considerada uma das dez medidas de saúde pública mais importantes do século XX⁴.

Com isso, além da preocupação com o fluoreto de ocorrência natural, foram crescendo as evidências de que para assegurar a efetividade da política pública da fluoretação da água de abastecimento, em termos de prevenção da cárie dentária em âmbito populacional, seria necessário dispor de um adequado sistema de controle da medida. Essa preocupação surgiu entre pesquisadores dos EUA^{11,12} e, também, entre pesquisadores e sanitaristas brasileiros¹³⁻¹⁵ alguns anos após a aprovação da Lei nº 6.050/74, que dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento.

Um dos primeiros e mais importantes estudos sobre o tema no Brasil foi realizado em 1979, na cidade de Araraquara, estado de São Paulo, Brasil. Após examinar a dentição permanente de escolares de 7 a 12 anos de idade, Vasconcellos¹³ observou que o nível de experiência de cárie dentária entre os escolares nascidos e sempre residentes na cidade apresentava-se superior àquele esperado para uma comunidade cuja água de abastecimento público vinha sendo fluoretada há 16 anos. Além disso, os dados relativos aos anos de 1978 a 1982 mostravam descontinuidade do nível de concentração de fluoretos na água de abastecimento público da cidade.

Essa observação chamou a atenção dos especialistas na época, confirmando a necessidade de fazer a vigilância da fluoretação, como forma de garantir que os teores fossem mantidos em níveis adequados, a fim de assegurar a efetividade do ponto de vista da prevenção da cárie dentária.

A vigilância da água utilizada para consumo humano pode ser realizada a partir da auditoria de dados produzidos pelas companhias de abastecimento de água ou por meio da observação direta, examinando amostras de água da rede de distribuição².

Considerando que a prevenção da cárie dentária decorrente da fluoretação da água pode ser medida somente alguns anos após sua implementação, especialistas brasileiros têm recomendado que a vigilância da fluoretação seja feita por organismos não diretamente responsáveis pelo tratamento da água (princípio do heterocontrole), por meio da avaliação direta de amostras de água colhidas na rede de distribuição¹⁵⁻¹⁷, a fim de assegurar a qualidade do processo, a validade da informação e a confiabilidade para se alcançar as metas de saúde bucal.

Após a sistematização das informações básicas para a implantação de sistemas de vigilância sanitária da fluoretação da água em nível municipal¹⁵, vários relatos de iniciativas e resultados de pesquisas foram divulgados sobre o monitoramento da concentração

de fluoreto na água de abastecimento público em diferentes municípios brasileiros.

Entre os vários resultados observados, dois aspectos compartilhados por vários estudos merecem ser sublinhados: o primeiro diz respeito à descontinuidade da medida caracterizada por valores de concentração em desacordo com a legislação e abaixo dos valores indicados para prevenção da cárie em muitas localidades¹⁸. Esse achado comum em vários estudos reforça as advertências de vários pesquisadores sobre a necessidade da expansão dos sistemas de vigilância da fluoretação da água de abastecimento público. Embora não exposta ao risco de fluorose dentária, a população estaria sendo privada do máximo benefício proporcionado pelo fluoreto em nível adequado na água.

O segundo ponto refere-se à melhoria da qualidade do sistema de fluoretação após a implementação de um sistema de vigilância e a divulgação dos dados. Especialistas têm relatado que o sistema de vigilância traz efeitos positivos para a qualidade da fluoretação da água de abastecimento público¹⁹⁻²². Com isso, condições tecnicamente mais seguras seriam criadas para a obtenção das metas de saúde bucal em âmbito populacional.

Além disso, podem-se destacar dois trabalhos pela abrangência nacional. Investigando as capitais brasileiras, Cesa et al.²³ encontraram sete capitais que referiram coletar amostras para análise de flúor, entre dezessete capitais que fluoretavam suas águas em 2005. Dessas, apenas cinco consolidaram os resultados de suas análises no Sisagua.

Esse sistema de informação foi desenvolvido pelo Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua)⁵, coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, e tem por objetivo produzir, analisar e disseminar dados sobre a qualidade da água para consumo humano, de acordo com os padrões de potabilidade, criando condições para a prática da vigilância da qualidade da água por parte das secretarias municipais e estaduais de saúde.

Analizando dados fornecidos pelo Ministério da Saúde relativos à alimentação do sistema para o ano de 2008, Frazão et al.²⁴ constatarem subalimentação e ausência dos dados requeridos para ações de vigilância. Do total de municípios brasileiros, 3.489 (62,7%) não estavam cadastrados ou não alimentavam o sistema ao menos quatro vezes/ano com relação ao parâmetro fluoreto. Falta de cadastro e de alimentação do sistema foi associada a municípios com piores indicadores sanitários, econômicos e de desenvolvimento humano. Foram detectados problemas com a estrutura do Sisagua e com o seu uso pelos municípios. Em decorrência, concluiu-se que os dados disponíveis eram insuficientes para a vigilância da fluoretação da água, recomendando-se alterações no sistema, com vistas ao seu aperfeiçoamento e cumprimento da sua finalidade.

O modelo de vigilância da qualidade de água para consumo humano

Um marco importante para o controle da qualidade da água no Brasil foi a realização da I Conferência Pan-americana sobre Melhoria da Qualidade da Água para Consumo Humano, que reuniu técnicos e profissionais de diferentes países da América do Sul em outubro de 1975, na cidade de São Paulo. Nesse mesmo ano, foi aprovada a Lei nº 6.229/1975, que instituiu o Sistema Nacional de Saúde, redefinindo os campos de ação dos órgãos federais em sua ordenação. Foi com base nessa Lei que foi editado o Decreto Federal nº 79.367/1977, que atribuiu competência ao Ministério da Saúde para elaborar normas e o padrão de potabilidade de água para consumo humano a serem observados em todo o território nacional. A partir dessa estrutura legal, vários dispositivos normativos foram aprovados relacionados à proteção sanitária dos mananciais, aos serviços

de abastecimento público e aos padrões de potabilidade da água para consumo humano.

Com a instituição, em 1986, por meio do Decreto Federal nº 92.752, do Programa Nacional de Vigilância de Qualidade de Água para Consumo Humano, o Ministério da Saúde criou condições para uma maior aproximação dos diferentes atores e organizações com interesse sobre a questão (secretarias de estado da saúde, companhias de saneamento básico, órgãos de controle ambiental, universidades, laboratórios de referência, associações de empresas de saneamento etc.). A aprovação da Constituição de 1988 e da Lei nº 8.080/90 impulsionaram os debates em torno da descentralização das ações. Desde então, várias iniciativas têm sido adotadas para definir diretrizes e dar organicidade às ações. Com a reestruturação do Ministério da Saúde e a criação da SVS, em 2003, a área de Vigilância em Saúde Ambiental (VSA), pertencente à Fundação Nacional de Saúde (Funasa), foi incorporada à SVS. As ações de VSA relacionada à qualidade da água para consumo humano passaram a fazer parte do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SNVSA), devendo ser desenvolvidas por meio de um programa nacional compartilhado com estados, municípios e o Distrito Federal, respeitando-se a autonomia das diferentes esferas de governo e a adaptação às diversas realidades regionais e locais, considerando a diversidade sociocultural, geográfica e econômica do País²⁵. A partir da primeira década do século XXI, o programa nacional de vigilância coordenado pelo Ministério da Saúde ganhou maior estruturação em seus elementos de formulação e nas atividades de implementação²⁶.

O Vigiagua, aprovado em 2005, tem por base um modelo fundamentado nas diretrizes do Sistema Único de Saúde, estabelecidas na Constituição Federal de 1988 e regulamentadas pela Lei nº 8.080/90, e tem como eixos estruturantes: (a) o conceito de que a qualidade da água deve ser assegurada não apenas por ações de controle operacional realizadas pela empresa responsável

pelo tratamento de água e pela gestão dos sistemas de abastecimento e das soluções alternativas, mas, sobretudo, por ações de vigilância mantidas pelas autoridades de saúde pública; (b) a noção de que a atuação da vigilância contempla desde o manancial, as formas de abastecimento de água coletivas ou individuais sob gestão pública ou privada, até o ponto de consumo no interior dos domicílios; e (c) a ideia de que os dados e as informações sobre a qualidade da água para consumo humano e riscos associados à saúde devem estar disponíveis ao cidadão. Esse controle é apoiado por recursos laboratoriais próprios ou contratados pelas empresas. As autoridades sanitárias devem dispor de acesso aos dados e às informações geradas pelo controle operacional periodicamente⁵.

É fundamental que os órgãos sanitários desenvolvam atividades de monitoramento da qualidade da água oferecida e consumida pela população por meio da avaliação direta de amostras de água, inclusive como forma de validação das informações sobre sua qualidade. Essa distinção conceitual foi apresentada na Portaria nº 518, publicada em 2004 pelo Ministério da Saúde. O controle da qualidade da água para consumo humano foi definido como

conjunto de atividades, exercidas de forma contínua pelo(s) responsável(is) pela operação de sistema ou solução alternativa de abastecimento de água, destinadas a verificar se a água fornecida a população é potável, assegurando a manutenção dessa condição²⁷⁽²⁶⁷⁾.

Enquanto isso, a vigilância da qualidade da água para consumo humano foi definida pelo

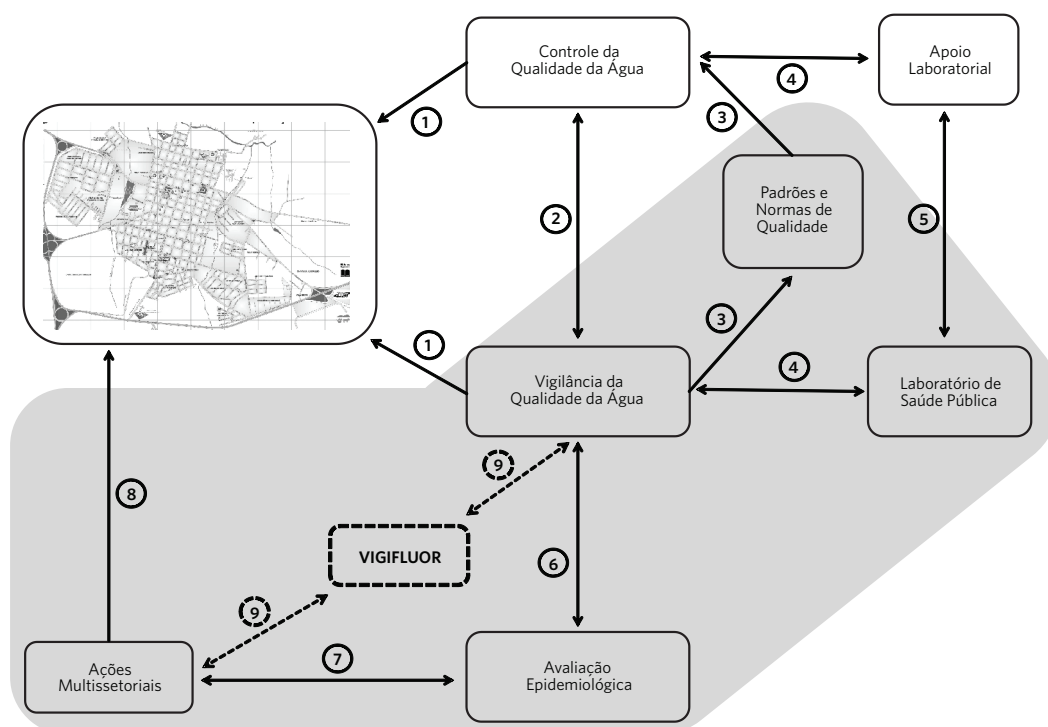
conjunto de ações adotadas continuamente pela autoridade de saúde pública para verificar se a água consumida pela população atende a essa Norma e para avaliar os riscos que os sistemas e as soluções alternativas de abastecimento de água representam para a saúde humana²⁷⁽²⁶⁷⁾.

Com base nessa distinção, enfatiza-se que as ações de vigilância devem subsidiar a tomada de decisões por parte da autoridade sanitária quanto à necessidade e à oportunidade de adoção de medidas de intervenção, sejam elas preventivas ou corretivas.

Na *figura 1*, é representado o modelo geral das atividades de monitoramento dos parâmetros físicos, químicos e microbiológicos, exercido tanto pelas empresas responsáveis pelo tratamento da água quanto pelas autoridades de vigilância ambiental. O território com suas características geográficas, rurais e urbanas está ilustrado no canto superior esquerdo da imagem. As atividades e os pontos sob responsabilidade das autoridades sanitárias estão situados na área cinza para distingui-los das atividades e dos pontos sob responsabilidade das empresas

concessionárias prestadoras de serviços. Tanto os prestadores responsáveis pelo controle operacional quanto os órgãos de vigilância realizam coleta de amostras de água no território (item 1) e trocam dados/informações no âmbito de atividades de inspeção e auditoria (item 2). Ambas as entidades fazem uso de recursos laboratoriais de análise física, química e microbiológica das amostras (item 4), que devem se estruturar na forma de uma rede nacional de laboratórios atuando em cooperação mútua (item 5). Cabem às autoridades sanitárias o processo de atualização das normas e dos padrões de qualidade (item 3), a interação com os órgãos de vigilância epidemiológica, bem como a formulação de hipóteses de ações intersetoriais (item 7) e o planejamento participativo para a implementação das ações no território (item 8).

Figura 1. Modelo das atividades de monitoramento da qualidade da água em relação aos parâmetros físicos, químicos e microbiológicos



A despeito desses esforços, nem todos os órgãos sanitários incluíram em sua agenda as atividades voltadas à vigilância da concentração de fluoreto na água de abastecimento com base em dados de heterocontrole, isto é, dados produzidos por organismos não diretamente responsáveis pelo tratamento da água. Um estudo que analisou dados fornecidos pelo Ministério da Saúde relativos ao Sisagua para os municípios brasileiros relativos ao ano de 2008 mostrou que apenas 37,3% (2.075) dos municípios possuíam registros com dados mensais de vigilância (ao menos quatro meses durante o ano) sobre concentração de fluoreto na água. Além disso, foram encontrados 89 municípios (10 deles com 50 mil habitantes ou mais) cuja concentração média de fluoreto informada apresentava valores acima de 1,544 mg F/L, exigindo imediata ação dos órgãos de vigilância da qualidade da água; e 445 municípios que apresentaram valores médios entre 0,945 e 1,544 mg F/L, requerendo o planejamento e a adoção de medidas corretivas em curto prazo²⁴.

Considerando que dados da Pesquisa Nacional de Saneamento Básico, de 2008, indicavam que mais de 3,3 mil municípios brasileiros eram beneficiados pela política pública da fluoretação da água, é razoável admitir que existe uma importante lacuna para assegurar a vigilância da concentração de fluoreto na água de abastecimento, cuja superação dependerá em grande medida da conjugação de esforços junto ao Programa mencionado visando ao seu aprimoramento. Esse aspecto será abordado a seguir, detalhando a contribuição que o Sistema Vigifluor, indicado no item 9 da *figura 1*, poderá oferecer ao modelo.

O Sistema Vigifluor

Conforme mencionado, no desenho do programa de vigilância, os dados de controle operacional e os dados de vigilância devem ser inseridos num sistema de informação especialmente criado para esse fim (Sisagua),

que permita estabelecer a correlação entre as informações ambientais e epidemiológicas. As bases técnicas e legais para o sistema operar conforme o esperado¹⁰ existem e precisam ser aprimoradas, a fim de assegurar que as secretarias de saúde dos estados mantenham pessoal técnico preparado, equipamentos adequados e tecnologias atualizadas que propiciem elevada capacidade para assessorar, apoiar e, quando necessário, realizar a análise da concentração de fluoreto na água, conforme as necessidades de cada região de saúde. Sendo a água um bem de interesse público, os responsáveis pelo sistema ou pela solução alternativa coletiva de abastecimento de água para consumo humano devem cumprir as exigências previstas na Lei de Acesso à Informação nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Além disso, estudos mostram que a concentração do fluoreto entre a saída do tratamento e a rede de distribuição pode variar dependendo, entre outros aspectos, do tipo de sistema de abastecimento – isolado ou misto, estação de tratamento e/ou poço tubular profundo²⁸. Problemas no equipamento hidráulico ou em variações no fluxo de água (vazão) ao longo da rede de distribuição da cidade e, ainda, velocidade de esvaziamento dos reservatórios distribuídos que não estão interligados entre si também são importantes²⁹. Por isso, o seu controle deve ser realizado tanto na saída do tratamento quanto na rede de distribuição. Por ser alimentado mensalmente, é um sistema de vigilância oportuno, que permite a ação imediata. A intervenção imediata é tanto mais oportuna quanto maior for o risco para a saúde da população. Nesse sentido, uma vez identificados valores em desconformidade com o padrão requerido para o parâmetro fluoreto, autoridades de vigilância da água podem adotar providências para apurar as causas e exigir a correção do problema, entretanto, são poucos os municípios que divulgam relatórios sistematizando os dados ao longo do ano e as principais ocorrências de interesse público.

De modo distinto a determinados parâmetros microbiológicos e físico-químicos, onde a desconformidade em apenas um dia pode representar risco imediato à população, no caso do parâmetro fluoreto, são necessárias semanas ou meses, dependendo do grau da desconformidade, para representar risco à saúde da dentição. De acordo com documento de consenso técnico produzido por especialistas da área, valores muito baixos ($<0,544$ mg F/L) e valores muito altos ($>1,544$ mg F/L), mantidos por semanas ou meses, podem representar, de um lado, maior risco à cárie dentária, e, de outro, maior risco à fluorose dentária, proporcionais à magnitude da desconformidade³⁰.

Uma revisão sistemática da literatura científica envolvendo estudos brasileiros mostrou que a maioria das situações de desconformidade da concentração de fluoreto não representava risco imediato à saúde da população, pois se referia a situações de hipofluoretação, ou seja, nível de fluoreto mais baixo do que o preconizado para prevenção da cárie dentária¹⁸. No que pese esse aspecto, os dados mensais que são obtidos na consecução do Programa em cada município ao longo do ano têm valor inestimável e não deveriam ser descartados ou abandonados em bancos de dados e pastas eletrônicas das agências de vigilância. Oferecer uma ferramenta de sistematização desses dados, a fim de compor uma base de indicadores de acesso livre e dar visibilidade aos resultados desse enorme esforço dos órgãos de vigilância do Sistema Único de Saúde, é um dos propósitos do Sistema Vigifluor.

O Sistema Vigifluor é um dispositivo resultante de um projeto de pesquisa multicêntrico que reuniu pesquisadores de diferentes estados brasileiros a fim de complementar o modelo que orienta o programa nacional de vigilância em desenvolvimento no País, levando em consideração a evidência científica de que para assegurar a efetividade da política pública é fundamental garantir a concentração do fluoreto na água em níveis

adequados, visando a propiciar o máximo benefício em termos de prevenção de cárie, com risco mínimo no tocante à fluorose dentária³⁰. Trata-se de uma plataforma eletrônica de inserção de dados de concentração de fluoreto na água de abastecimento público obtidos para um determinado ano e município, incluindo credenciamento de agentes, produção de indicadores e divulgação aberta na rede de computadores.

Com a implantação do Sistema Vigifluor, é possível: (a) dar visibilidade ao enorme esforço de obtenção de dados de vigilância realizado pelos órgãos sanitários de controle da qualidade de água; (b) monitorar longitudinalmente a qualidade dos níveis de concentração de fluoreto nas águas de abastecimento público; (c) dotar o País de uma tecnologia de inovação social a fim de assegurar a qualidade do controle, a validade da informação e a confiabilidade para se alcançar as metas de saúde bucal, aspectos imprescindíveis para a gestão da política pública.

Por gerar indicadores sanitários em âmbito municipal de acesso livre a qualquer usuário da internet, o sistema Vigifluor pode ser útil para elevar o conhecimento da população e subsidiar a reflexão sobre diferentes aspectos da política pública de fluoretação da água de abastecimento.

Como os desfechos epidemiológicos decorrentes do ajuste da concentração de fluoreto na água de abastecimento podem ser medidos somente alguns anos após a implementação da medida, é importante criar tecnologia na rede de computadores que permita sistematizar os dados anualmente, a fim de produzir informação sobre a qualidade dos sistemas de fluoretação da água de abastecimento em operação no País. Sendo o fluoreto presente na água um fator de proteção ou de risco à dentição, dependendo da sua concentração, dispor de informações válidas e confiáveis sobre a exposição da população a essa substância é uma importante contribuição não apenas para a gestão da política pública, mas, também, para a produção

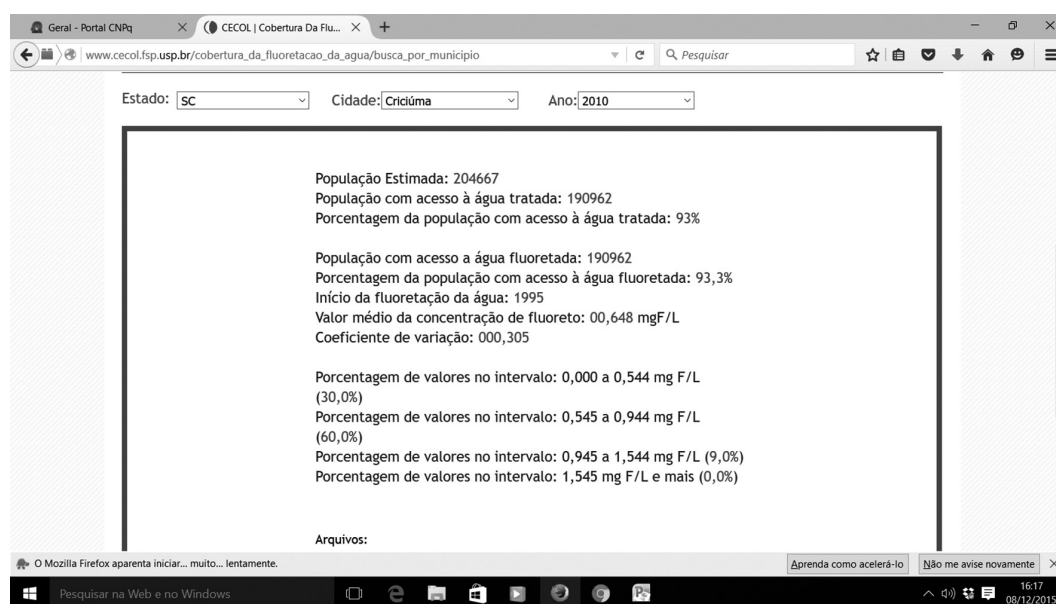
de evidências científicas sobre determinantes das tendências de distribuição da cárie e da fluorose dentárias, agravos para os quais a informação sobre o grau de exposição ao fluoreto presente na água de abastecimento público é essencial.

Portanto, não é uma ferramenta para substituir o papel dos sistemas de informação que existem, mas, ao contrário, para valorizar o uso adequado e propiciar a análise dos dados conforme indicado no item 9 da *figura 1*, a fim de produzir informações úteis para acompanhar a expansão e a qualificação dos sistemas de fluoretação da água no Brasil. Como é mostrado na *figura 1*, com a implementação do Sistema Vigifluor, é possível se antecipar a potenciais efeitos do ponto de vista epidemiológico. Além disso, essas informações são essenciais para a interpretação das variações na distribuição da cárie dentária e no acompanhamento da efetividade e da segurança da política pública.

O intervalo de tempo necessário para a inserção de dados na página eletrônica do município não é superior a 20 minutos, se o agente Vigifluor credenciado estiver com

os valores numéricos de concentração de fluoreto obtidos durante o ano, transcritos na primeira coluna de uma planilha eletrônica do aplicativo Excel. Conforme o 'Manual de Credenciamento do Agente do Programa Vigifluor' (www.cec.col.fsp.usp.br), o agente deverá marcar a data e preencher os campos relativos à população coberta por água tratada, à população coberta por água fluoretada, ao ano de início da fluoretação e carregar a planilha previamente preparada. O sistema, automaticamente, efetuará os cálculos necessários e retornará seis indicadores: o valor médio resultante dos valores obtidos nas amostras relativas ao respectivo ano; o coeficiente de variação representado pela razão entre o desvio-padrão e o valor médio dos valores; e a proporção dos valores das amostras em quatro intervalos de concentração (mg F/L): 0,000 a 0,544; 0,545 a 0,944; 0,945 a 1,544; >1,544 (*figura 2*). Além disso, existe uma opção para divulgar na página eletrônica do município documentos de interesse público, como relatórios técnicos que atestem a responsabilidade pela fonte dos dados.

Figura 2. Ilustração da página eletrônica com os indicadores mostrados pelo Sistema Vigifluor



Como foi mencionado, os indicadores servem para oferecer informação sobre o curso da política pública ao longo de um ano para um determinado município. Os usuários do Sistema obtêm informação validada sobre cobertura populacional da fluoretação da água de abastecimento, sobre o nível médio de concentração adotado e o coeficiente de variação dos valores em torno do valor médio. Municípios cujo sistema de fluoretação mantém elevada proporção de amostras no intervalo de valores que representa o máximo benefício em termos de prevenção de cárie dentária com o mínimo de risco em termos de fluorose dentária (0,545 a 0,944 mg F/L) correspondem a municípios onde a qualidade da política pública possui nível elevado.

Notam-se, ainda, muitas lacunas entre a formulação do programa e sua implantação na instância municipal³¹. Com relação ao parâmetro fluoreto, muitas dúvidas existem entre lideranças da saúde e, também, entre técnicos e agentes da vigilância. Para subsidiar os participantes do Sistema Vigifluor, foram produzidos documentos técnicos

sobre o credenciamento do agente do programa Vigifluor e protocolos para orientar a identificação dos pontos, a coleta e a análise das amostras de água disponíveis no sítio eletrônico (<http://www.cecol.fsp.usp.br/artigos/artigos/DocTecnicos>).

Assim, pode-se depreender o caráter complementar do Sistema Vigifluor com relação ao Sisagua, com vistas à produção de informações que auxiliem o diagnóstico situacional da rede pública de abastecimento acerca da concentração de fluoretos e da cobertura populacional da fluoretação das águas de consumo humano. Nesse contexto, a complementariedade dos sistemas contribui para a tomada de decisão consciente e a implementação de ações preventivas e corretivas por parte da autoridade sanitária competente. Face à necessidade de superar a precariedade das informações sobre a concentração de fluoreto na água de consumo humano e dos dados sobre a cobertura da fluoretação da água no País, é imprescindível dar prioridade à implementação do sistema em desenvolvimento. ■

Referências

1. World Health Organization. Progress on Sanitation and Drinking-water: 2010 update [internet]. Geneva: 2010 [acesso em 2017 out 15]. Disponível em: <https://www.unicef.org/eapro/JMP-2010Final.pdf>.
2. World Health Organization. Guidelines for drinking-water quality. 4. ed. [internet]. Geneva: 2011 [acesso em 2017 out 15]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44584/1/9789241548151_eng.pdf.
3. Waldman E. Vigilância em Saúde Pública [internet]. São Paulo: USP; 1998 [acesso em 2017 out 15]. Disponível em: <http://dspace.fsp.usp.br/xmlui/bitstream/handle/bdfsp/668/wal001.pdf?sequence=3>.
4. Frazão P, Peres M, Cury J. Qualidade da água para consumo humano e concentração de fluoreto. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(5):964-973.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano [internet]. Brasília, DF: MS; 2005. [acesso em 2014 jun 21]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/programa_agua_consumo_humano.pdf.
6. Burt BA, Eklund SA. Dentistry, dental practice and the community. 5. ed. Philadelphia: WB Saunders; 1999.
7. Dean HT, Elvove E. Some Epidemiological Aspects of Chronic Endemic Dental Fluorosis. *Am J Public Health Nations Health* 1936; 26(6):567-75.
8. Gandra YR. Contribuição para o conhecimento do teor de flúor de águas do estado de São Paulo: significação sanitária do problema. *Arq Fac Hig Saúde Pública*. Univ São Paulo. 1950; 4(2):135-183.
9. Uchôa HW, Saliba NA. Prevalência de fluorose dental na cidade de Pereira Barreto. *Bol Serv Odontol Sanitária*. 1970; 6(3):11-16.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.914, de 12 de dezembro de 2011. Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. *Diário Oficial da União*. 14 Dez 2011.
11. Shannon IL. The problem of maintaining the fluoride level in fluoridating the water supply. *Texas Dent J*. 1980; 98:6-8.
12. Kuthy RA, Naleway C, Durkee J. Factors associated with maintenance of proper water fluoride levels. *J Am Dent Assoc*. 1985; 110:511-513.
13. Vasconcellos MCC. Prevalência de cárie dentária em escolares de 7 a 12 anos de idade, na cidade de Araraquara, SP (Brasil), 1979. *Rev Saúde Pública*. 1982; 16:317-328.
14. Barros ERC, Tovo MF, Scapini C. Análise crítica da fluoretação de águas. *RG*. 1990; 38(4):247-54.
15. Schneider-Filho DA, Prado IT, Narvai PC, et al. Fluoretação da água: como fazer a vigilância sanitária. Rio de Janeiro: Rede Cedros; 1992.
16. Anais do 14º Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico; 1998 Ago 9-13. Fortaleza: [editora desconhecida]; 1998.
17. Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Ciênc Saúde Colet*. 2000; 5:381-392.
18. Venturini CQ, Narvai PC, Manfredini MA, et al. Vigilância e monitoramento de fluoretos em águas de abastecimento público: uma revisão sistemática. *Rev Ambient Água*. 2016; 11(4):972-88.
19. Manfredini MA. Abrindo a boca: reflexões sobre bocas, corações e mentes. In: Campos FCB, Henriques CMP. *Contra a Maré à Beira-Mar: a experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Página Aberta; 1996. p. 51-60.

20. Narvai PC. Vigilância sanitária da fluoretação das águas de abastecimento público no município de São Paulo, Brasil, no período 1990-1999 [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002. 160 p.
21. Lenzi MM, Corrêa LB, Hirai FS, et al. Odontologia e saúde ambiental. In: Silveira-Filho AD, Ducci L, Simão MG, et al. Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: Cebes; 2002. p. 85-96.
22. Panizzi M, Peres MA. Dez anos de heterocontrole da fluoretação de águas em Chapecó, Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Publica*. 2008; 24(9):2021-2031.
23. Cesa K, Abegg C, Aerts D. A vigilância da fluoretação de águas nas capitais brasileiras. *Epidemiol Serv Saúde*. 2011; 20(4):547-55.
24. Frazão P, Soares CCS, Fernandes GF, et al. Fluoretação da água e insuficiências no sistema de informação da política de vigilância à saúde. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2013; 67(2):94-100.
25. Rohlfs DB, Grigoletto JC, Franco Netto G, et al. A construção da Vigilância em Saúde Ambiental no Brasil. *Cad Saúde Colet*. 2011; 19 (4):391-398.
26. Freitas MB, Freitas CM. A vigilância da qualidade da água para consumo humano – desafios e perspectivas para o Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2005; 10(4):993-1004.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 518, de 25 de março de 2004. Dispõe sobre procedimentos e responsabilidades inerentes ao controle e à vigilância da qualidade da água para consumo humano, estabelece seu padrão de potabilidade e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 59, de 26 de março de 2004, seção 1, p. 266-270.
28. Silva RA, Petrarca MH, Santos RC, et al. Monitoramento da concentração de íons fluoreto na água destinada ao consumo humano proveniente de um município com diferentes sistemas de abastecimento público. *Rev Inst Adolfo Lutz*. 2011; 70(2):220-224.
29. Marmolejo LDMG, Coutinho TCL. Heterocontrole da fluoretação da água de abastecimento público em Niterói, RJ, Brasil, no período de novembro de 2008 a março de 2009. *Rev Flum Odontol*. 2010; 16(33):34-39.
30. Universidade de São Paulo. Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal. Consenso Técnico sobre classificação das águas de abastecimento segundo o teor de flúor [internet]. São Paulo: USP; 2011 [acesso em 2017 out 15]. Disponível em: http://www.cec.col.fsp.usp.br/dcms/uploads/arquivos/1398177715_CECOL-USP-ClassificacaoAguaSegundoTeorFluor-DocumentoConsensoTecnico-2011.pdf.
31. Queiroz ACL, Cardoso LSM, Silva SCF, et al. Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua): lacunas entre a formulação do programa e sua implantação na instância municipal. *Saúde Soc*. 2012; 21(2):465-478.

Recebido em 09/11/2017

Aprovado em 15/02/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Processo 403156/2012-2. O primeiro autor recebe apoio por meio de bolsa (CNPq 303681/2016-0)

Residências Terapêuticas e a cidade: encontros de normas sociais vigentes

Therapeutic Residences and the city: confrontations of existing social norms

José Alberto Roza Junior¹, Ana Maria Loffredo²

RESUMO O presente artigo propõe um diálogo sobre Residências Terapêuticas e apropriação da cidade a partir do tema da desinstitucionalização de ex-moradores de hospitais psiquiátricos e seu retorno à cidade. O artigo estabelece problematização sobre reparação de danos, além da ruptura da condição de vida desses moradores, o que só parece ser possível quando a loucura ultrapassa a questão da diferença e adentra o âmbito da segregação social, extrapolando em muito o saber psiquiátrico e colocando a existência do louco no interior da realidade compartilhada por todos os fragilizados e segregados das possibilidades de troca social.

PALAVRAS-CHAVE Transtornos mentais. Segregação social. Desinstitucionalização. Reparação de danos.

ABSTRACT *The present article proposes a dialogue about Therapeutic Residences and appropriation of the city from the theme of deinstitutionalization of former residents of psychiatric hospitals and their return to the city. The article establishes the problematization on damage reparation, as well as the rupture of the living conditions of these residents, which only seems to be possible when the madness goes beyond the difference's matter and enters the scope of social segregation, extrapolating in much the psychiatric knowledge and placing the existence of the madman within the reality shared by all the fragile and segregated of the possibilities of social exchange.*

KEYWORDS *Mental disorders. Social segregation. Deinstitutionalization. Compensation and redress.*

¹Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU) – São Paulo (SP), Brasil.
barcelosroz@gmail.com

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

Introdução

A história dos hospitais psiquiátricos se anuncia para além da construção de edifícios que confinaram os loucos durante anos: os ‘manicômios’, que fazem parte da cultura que segrega pessoas impossibilitando-as de habitar a cidade. Cenas manicomialmente expostas ao longo dos anos de Movimento Antimanicomial fornecem

condições necessárias para libertar-se da aceitação cotidiana da guerra e para provocar um horror e uma indignação mais generalizados, que apoiem e estimulem o clamor por justiça e pelo fim da violência¹⁽²⁶⁾.

A busca da liberdade para habitar a cidade torna-se ponto nodal na discussão deste artigo, tendo a problematização das normas sociais vigentes como mote para se pensar a garantia de direitos às pessoas que tiveram seus corpos presos por anos nesses hospitais, ainda que a saída dessas instituições não necessariamente garanta a liberdade de se viver na cidade novamente.

Sabe-se da possibilidade de que o clamor de justiça se faça na ideia de construção de hospitais limpos, organizados, embora a lógica hospitalocêntrica se mantenha. Assim, quando se expõe a necessidade do louco de ser reconhecido como cidadão, alterando, inclusive, o seu lugar de moradia, tem-se um impasse importante na sociedade. A ‘fotografia’ ganha vida, habita a cidade e incomoda por seus questionamentos.

No livro ‘Holocausto brasileiro’², da jornalista Daniela Arbex, grande parte das pessoas pode se solidarizar com a situação desses moradores e, inclusive, questionar as violências praticadas na ‘Era dos Manicômios’. Assim, não restaria dúvidas quanto às violências retratadas nesse livro e em fotografias, músicas, contos, documentários – a arte tem feito esse trabalho no decurso de muitos anos – que aludem ao não cuidado presente nessas instituições. Porém, como proceder

quando esses mesmos loucos deixam o lugar da ‘fotografia’ e tornam-se vizinhos, habitantes da mesma cidade?

A hipótese é de que poucos habitantes da cidade acreditam na eficácia dos ‘tratamentos’ realizados com esses loucos nos manicômios. Não obstante, quando retornam para a cidade, muitos deles se questionam sobre o porquê de não poderem morar num lugar afastado, com a brisa do campo, grandes ‘jardins’, ou seja, o hospital psiquiátrico. Conforme dito anteriormente, eles parecem não querer um hospital sujo como viram nos documentários, mas um hospital limpo, com comida de qualidade, colchões para dormir, cadeiras para se sentar, equipe disponível 24 horas por dia, pronta para o ‘cuidado’. Para uma grande parcela da população, a não violência seria um hospital isolado, mas de qualidade. Poucos reconhecem que a existência do hospital psiquiátrico – um lugar de onde o louco jamais poderia sair – já é violenta por si. E quando esse indivíduo anda na rua, sozinho ou acompanhado, os vizinhos – sob o estigma da tutela – podem verbalizar que ele, o que ‘fala sozinho’ e veste-se da maneira que escolhe, não está recebendo o cuidado devido.

Assim, as políticas públicas precisam ser compreendidas em suas preconizações, mas, acima de tudo, é preciso examinar como a sua prática se estabelece. É possível formular que a construção física de muros – que separam as pessoas que podem habitar a cidade e as que estão confinadas ao manicômio – contribui para a estruturação das marcas sociais que definem a vinculação com a sociedade, interdita para aqueles pacientes-moradores e determinada pela ideia de periculosidade a eles atribuída.

As ações revolucionárias, como no caso da Reforma Psiquiátrica, precisam se relacionar com as ações e o engajamento dos atores envolvidos num processo de mudança das classes sociais, especialmente na maneira de nos situarmos no mundo e de coexistir. Para tanto, a liberdade e a motivação se tornam indispensáveis para uma nova concepção,



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

que apague a distinção entre intelectual e operário, entre ‘normal’ e ‘louco’³.

Nesse sentido, tem-se a necessidade dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) – mais conhecidos como Residências Terapêuticas (RT) –, definidos por meio da Portaria GM nº 106/2000 como

moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, os quais não possuam suporte social e laços familiares⁴⁽²³⁾.

Por conseguinte, a Lei nº 10.216/015, com suas estratégias propostas para os usuários do serviço de saúde mental, veio reforçar a importância das RT para o processo de desinstitucionalização. Todavia, é fundamental compreender que, embora a referida portaria seja essencial, essa discussão precisa acontecer para além da implantação dessa política pública em saúde. Este artigo convoca o leitor para a discussão sobre as normas para habitar uma cidade.

Desse modo, a função das RT ultrapassa uma resposta à cronificação e à segregação social, apresentando-se como um dos dispositivos de cuidado que aborda uma das modalidades mais difíceis da Reforma Psiquiátrica, no que diz respeito às dificuldades contemporâneas do habitar, uma vez que essas são casas para moradores antes segregados nos hospitais psiquiátricos. A sociedade, por sua vez, precisa ser compreendida como sustentação desses longos anos de internação hospitalar dos atuais moradores de RT.

Nesses termos, não se pode correr o risco de estabelecer uma tutela parecida com a exercida no interior do hospital, mas deve-se entender que é preciso agir na contracorrente dessa tutela, no cotidiano de trabalho. Legitimar o morador como proprietário da casa, incluindo seus direitos, mas, também, seus deveres para com os demais moradores, é essencial para esse início do processo

de morar. Legitimar suas relações com os vizinhos, o comércio local e a cidade caracteriza-se pela compreensão da existência de cidadãos e não somente egressos de longas internações psiquiátricas:

A questão do relacionamento com o outro é uma constante em toda a temática do cuidado de si. Foucault sublinha em numerosas ocasiões a necessidade deste vínculo intersubjetivo (em forma agonística). Sem a presença do outro não se pode produzir nenhum relacionamento satisfatório; o cuidado de si precisa do outro. A constituição do indivíduo como sujeito ético efetua-se só por meio de relações complexas com o outro (cujo estatuto e formas são diferentes segundo a época). O outro é indispensável na cultura de si⁶⁽¹²⁶⁾.

A mudança para a RT – enquanto um dispositivo da rede de atenção psicossocial – estabelece a possibilidade desses moradores com a cidade. Para isso, é preciso suportar toda a complexa teia que se estabelece a seguir: os vizinhos, os transeuntes questionando: ‘que casa é essa?’. Não há como negar que essa casa é diferente.

Não se trata de reduzir essa moradia a qualquer outra casa da rua, mas de estabelecer que essa casa diferente não se constitui simplesmente pelo fato de nela habitarem moradores egressos de hospitais psiquiátricos, mas, antes, pelo fato de que esses moradores poderão questionar, a todo instante, a lógica imperante da cidade, obscurecida pela rotina do cotidiano dos demais moradores. O critério se estabelece nesse ponto, pois não necessariamente uma RT é por si um dispositivo questionador. Muito disso se dá na compreensão dos profissionais de saúde mental que estejam realmente afinados com as discussões acerca da loucura e da luta antimanicomial.

Nesse sentido, o outro será tanto o antigo vizinho quanto o novo morador da rua, loucos, alienados ou potencialmente questionadores da norma social vigente: o papel

do outro é indispensável para a produção de um esboço de si compreensível.

Tal pensamento constitui uma constante de toda a tradição greco-romana. Portanto, Foucault não reivindica em suas análises uma autoconstituição isolada que exclua qualquer relacionamento com o outro, mas, para ele, o outro está sempre presente na origem da constituição estética de si, na figura do mestre, guia, professor, diretor de consciência e amigo⁶.

O árduo trabalho será o de construir, na comunidade, um lugar para os novos moradores. Como promover uma ética de existência em um sujeito que não é reconhecido pelo outro? A partir da exclusão histórica estabelecida e do retorno do louco para a sociedade contemporânea, como garantir que essas pessoas cuidem de si nas várias esferas da vida, tanto no cuidado com o dinheiro, mas, também, nas questões pertinentes ao amor, ao prazer, aos relacionamentos? Portanto, importa destacar que, para além do liberalismo, podemos lançar mão do pluralismo:

A ética e a sociabilidade tem sua origem na desdobra da relação primária do face-a-face. Para Levinas, a comunidade deve constituir-se sobre a base das relações intersubjetivas, mediante a responsabilidade pelo outro e a substituição. Ao liberalismo opõe-se o pluralismo. O primeiro só apreende o outro como um segundo exemplar do eu, enquanto o pluralismo permite perceber o outro em sua alteridade. Sob o fundamento da proximidade do outro será possível o surgimento da comunidade⁶⁽¹⁴²⁾.

O conceito de comunidade pode ser construído para além do que se parece ter atualmente, na lógica das cidades, estabelecido por seus habitantes. Desprovido do romantismo ingênuo que levaria a pensar que essas pessoas deveriam ser de pronto incorporadas na vizinhança e na cidade, destaca-se que o papel da RT se efetiva no dia a dia da comunidade na qual está instalada, funcionando tanto para 'dentro do portão',

estabelecendo-se nas relações entre os moradores e a equipe de apoio, quanto para 'fora do portão', com os vizinhos e serviços disponíveis na comunidade em questão.

Ao refletir sobre a loucura, insiste-se que os muros sociais, esses mais difíceis de lidar, precisam ser trabalhados no cotidiano. Há algo sobre a imaginação ocidental com relação ao lugar da razão e, conseqüentemente, da desrazão. Segundo Foucault, no texto 'A água e a loucura',

A loucura é o exterior líquido e jorrante da rochosa razão. É, talvez, a essa liquidez essencial da loucura nas nossas velhas paisagens imaginárias que devemos um certo número de temas importantes: a embriaguez, modelo breve e provisório da loucura; os vapores, loucuras ligeiras, difusas, enevoadas, em via de condensação em um corpo muito quente e uma alma abrasadora; a melancolia, água negra e calma, lago fúnebre, espelho em lágrimas; a demência furiosa do paroxismo sexual e de sua efusão⁷⁽²⁰⁵⁾.

Apesar dos avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica, é fundamental a compreensão de que ela não é estática. Dito de outra maneira, é nodal que se compreenda que as leis e portarias são o início de um processo, e jamais seu fim. Ainda há muito que fazer no campo da saúde mental, considerando-se que o problema fundamental que parece se delinear extrapola esse campo específico, envolvendo questionamentos acerca do tipo de sociedade que se deseja, onde poderão ter lugar novas formas e saberes não estigmatizantes da loucura e não reforçadores da segregação social.

Foucault, no texto 'A loucura e a sociedade' (1970), aponta que, de modo geral, tem-se os 'domínios das atividades humanas' divididos em

quatro categorias: trabalho, ou produção econômica; sexualidade, família, quer dizer reprodução da sociedade; linguagem, fala; atividades lúdicas, como jogos e festas⁸⁽²⁶⁰⁾.

Ao se considerar que a sociedade atual apresenta um estilo de organização no qual a capacidade de reconhecer o outro parece estar sob risco, pode-se pensar como essa articulação de território pode ser estabelecida no convívio entre a RT e a comunidade, a vizinhança que o recebe, em suas obrigações de cidadão – não somente em uma ideia equivocada de desinstitucionalização –, com sua inserção na lógica contemporânea.

Conforme apontado por Foucault, ainda se observa o predomínio de uma forma de relação excludente com a loucura, ainda não superada. Persistem, em nossa sociedade, a subjugação, o domínio e a destituição de saberes, considerando-se o louco como alguém a ser tutelado, na suposição de uma menoridade mental, civil e jurídica.

De qualquer forma, aqueles que são excluídos diferem de um domínio a outro, mas pode acontecer de a mesma pessoa ser excluída de todos os domínios: é o louco. Em todas as sociedades, ou quase todas, o louco é excluído de todas as coisas e, segundo o caso, ele se vê recebendo um status religioso, lúdico ou patológico⁸⁽²⁶¹⁾.

A ruptura dessa condição de vida parece ser possível tão somente quando a problematização da loucura ultrapassa a questão da diferença e adentra o âmbito da segregação social, a qual extrapola em muito o saber psiquiátrico e coloca a existência do louco no interior da realidade compartilhada por todos os fragilizados e segregados no tocante às possibilidades de troca social.

Lançado em 2015⁹, no Brasil, o relatório da Comissão da Verdade Rubens Paiva versou sobre memórias manicomiais. No que concerne às conclusões dessa comissão, no relatório sobre ditadura e saúde mental, tem-se:

[...] sobejamente que essas instituições e esses profissionais foram historicamente usados no Brasil como instrumentos e agentes de poder e sujeição, seja por motivos políticos

ou não. Na maioria dos casos, que não envolve militantes políticos, tratar-se-á de uma questão de resistência social, pela eficácia efetiva do direito social à saúde, que inclui necessariamente a saúde mental (São Paulo, Comissão da Verdade)⁹⁽¹⁰⁾.

Esse relatório recomenda a:

[...] elaboração de um protocolo de atendimento, no campo da saúde mental, de integral respeito aos direitos humanos; reformulação dos moldes de tratamento de pessoas internadas em institutos de saúde mental, com o propósito de inibir as violações de direitos humanos, inclusive a tortura por meio de medicamentos (São Paulo, Comissão da Verdade)⁹⁽¹²⁾.

Nesse sentido, desde 2001, existe a Lei nº 10.216⁵, que redireciona o tratamento de pessoas acometidas por transtornos mentais. Essa Lei tenta garantir e propor a exclusividade do atendimento em ambiente extra-hospitalar, sendo a enfermaria de psiquiatria um local de atendimento de crises, que necessita de constante vigilância dos órgãos de Estado para que pessoas sob custódia não sejam mantidas por período maior que o necessário para superar a crise.

Retoma-se o último Censo Psicossocial (2014)¹⁰, do governo do Estado de São Paulo, que revelou que ainda havia 4.439 pessoas na modalidade de moradores de hospitais psiquiátricos, resultando em uma diferença significativa em relação aos dados coletados no censo de 2008, no qual foram entrevistados 6.349 moradores. Em ambos os censos, foram encontrados números expressivos de pessoas que ainda residem em ambiente hospitalar. A partir da análise dos motivos pertinentes à redução de 1.910 pessoas entre os dados de um censo e outro, encontram-se: 1.170 óbitos, 739 altas para RT e o caso de um morador cujo destino não foi possível identificar. A informação de que o número de

óbitos foi maior do que o de altas requer uma problematização acerca de quanto trabalho ainda precisa ser realizado no processo de desinstitucionalização.

Nessa perspectiva, a Comissão Estadual da Verdade (CEV) pode contribuir para a eficácia das preconizações na referida lei, responsabilizando o Estado e acompanhando a construção de RT para esses moradores, diante da impossibilidade de retorno à família de origem.

Em contrapartida, muitos atores envolvidos nas atrocidades praticadas contra esses moradores nos hospitais e na negação dos seus direitos à cidade não foram responsabilizados pelos seus atos. Quem responde pelas práticas manicomiais estabelecidas na história deste País? O próprio movimento de Luta Antimanicomial ainda questiona as práticas realizadas nesses hospitais, e, com frequência, pode-se utilizar o termo ‘tortura’ com relação às práticas cotidianas. Essa tortura se vincula tanto ao uso dos eletrochoques quanto à contenção medicamentosa – prática ainda existente –, assim como à proibição do acesso desses moradores à cidade. Desse modo, o relatório propõe que seja feita a

Investigação sobre as instituições e profissionais de saúde mental na violação de direitos humanos durante a ditadura militar, mais notadamente em relação à internação e à tortura de presos políticos nas instituições psiquiátricas⁹⁽¹²⁾.

Nota-se que a reparação de danos se faz fundamental não somente em ações no âmbito da saúde. A loucura e seus estigmas ainda remontam ao pensamento estabelecido no passado. O retorno à cidade ainda encontra obstáculos nos episódios de ‘exclusão social’ vividos no cotidiano desses moradores.

A desospitalização, caminho inicial, muitas vezes é percebida como fim, como uma espécie de reparação de danos. Não restam dúvidas do quão irreparável é para

todos os envolvidos nas atrocidades do manicômio. Como garantir que o papel social seja cumprido, assegurando efetivamente que essas pessoas sejam compreendidas como cidadãos? Nesse sentido, exemplos se seguem, tal como a discussão sobre a administração do dinheiro do morador, sem a curatela, que é algo que poderia ser pensado. A cidadania não pode existir mediante curatela. Um sujeito curatelado é menos cidadão que um sujeito que pode escolher, de fato, onde investir seus desejos.

Questões jurídicas são produzidas com frequência quando se obriga a curatela um ex-morador de hospital psiquiátrico, para que ele possa ter acesso a seus benefícios. Considerar que o sujeito-cidadão não seja ‘curatelado’, mas ‘ajudado’ pelos profissionais que o acompanham na gestão do próprio dinheiro, é imprescindível. Assim, urge a construção de documentos norteadores que garantam que os profissionais de saúde possam compreender a cidadania desse usuário e que orientem sobre como este pode administrar o seu dinheiro sem a necessidade de que o outro responda por sua curatela.

A reparação de danos se dá na garantia da cidade em sua amplitude da convivência assegurada a todos os cidadãos, em sintonia com seu desejo de ir e vir, nem sempre encontrada em razão dos inúmeros critérios de exclusão presentes no cotidiano da cidade.

Outra pergunta que se faz: onde pode morar alguém que antes vivia confinado em um hospital psiquiátrico? Não há dúvida de que, a depender das características do bairro – população, poder aquisitivo, receptividade, entre outras mais –, esses moradores são bem acolhidos. Mas o lugar de moradia seria estabelecido por esses critérios?

Segundo Butler, é a impossibilidade de que se reconheça a vida desses alguns que faz com que os coloquemos à parte, afastados dos que podem viver em sociedade. Assim, a apreensão da vulnerabilidade de um corpo/ser precário conduz a uma “potencialização da violência, a uma percepção

da vulnerabilidade física de certo grupo de pessoas que incita o desejo de destruí-las”⁽¹⁵⁾. No cotidiano da cidade, os loucos são vítimas constantes dessas violências. A autora propõe a necessidade de

[...] ampliar as reivindicações sociais e políticas sobre os direitos à proteção e o exercício do direito à sobrevivência e à prosperidade, a vulnerabilidade, a dor, a interdependência, a exposição, a subsistência corporal, o desejo, o trabalho e as reivindicações sobre a linguagem e o pertencimento social⁽¹⁵⁾.

Aprender uma vida depende de que essa vida seja produzida de acordo com algumas regras estabelecidas. Segundo a autora, tem-se um problema ético quando essa vida precisa ser reconhecida e, por sua vez, protegida contra a violação. Para que o sujeito seja reconhecido, ele precisa estar enquadrado nos parâmetros das normas sociais vigentes.

Os esquemas normativos são interrompidos um pelo outro, emergem e desaparecem dependendo de operações mais amplas de poder, e com muita frequência se deparam com versões espectrais daquilo que alegam conhecer. Assim, há ‘sujeitos’ que não são exatamente reconhecíveis como sujeitos e há ‘vidas’ que dificilmente – ou, melhor dizendo, nunca – são reconhecidas como vidas⁽¹⁷⁾.

A reparação de danos segue na aquisição e na garantia do auxílio à reabilitação, que não poderia ser provisório, e, sim, vitalício, na criação de quantas RT fossem necessárias para que não haja moradores em hospitais psiquiátricos, e na responsabilização real do Estado com relação a qualquer forma de internação que não seja necessária.

Nesse sentido, a indenização de todo cidadão, vítima de violência por ser louco, é ponto importante no enfrentamento dos estigmas presentes na compreensão da loucura. A responsabilidade da sociedade para com as violências sutis do cotidiano é

exemplificada pelos profissionais de saúde que se negam a atender um usuário do serviço de saúde mental sozinho na unidade de saúde, ou que renegam a sua presença ao conversarem somente com o seu acompanhante, incapacitando-o por ser louco ou por ser simplesmente diferente.

Quando se retira o hospital como moradia, precisa-se reconhecer a precariedade da vida dessas pessoas, que não difere da precariedade que une todos os humanos e, também, os não humanos. Nesse sentido, e a partir desse reconhecimento, a garantia de suprir as necessidades de todos se mostra fundamental. Aos que, individualmente, não conseguiram, é papel do Estado suprir habitação, alimentação, saúde, trabalho e justiça. Com relação à parcela que a sociedade isolou nos manicômios por acreditar que não tivesse condições de viver entre os demais, é preciso reconhecer de forma igualitária a precariedade de sua realidade e a sua necessidade de cidadania.

A precariedade implica viver socialmente, isto é, o fato de que a vida de alguém está sempre, de alguma forma, nas mãos do outro. Isso implica estarmos expostos não somente àqueles que conhecemos, isto é, dependemos das pessoas que conhecemos, das que conhecemos superficialmente e das que desconhecemos totalmente⁽³¹⁾.

Os loucos na cidade denunciam essa condição, negada no cotidiano. São eles que, sem se preocupar, colocam-se na interdependência com a cidade, perguntando, questionando e solicitando atenção. A própria noção de alteridade se impõe radicalmente a partir do que os loucos na cidade mostram. Vale lembrar que no cotidiano das vidas comuns, centrado na individualidade e no desejo pelo imediato, a experiência de alteridade está posta em cheque e colocada em tensão.

Aqui, a reparação de danos articula-se com a exclusão social, ampla e fora dos antigos muros que protegiam a sociedade

do louco, mas que também o protegiam das cotidianas e sutis violências a que muitos outros, mesmo sem serem loucos, estão expostos. O que podemos enfatizar é que, na exclusão social, essas pessoas se somam também a outras parcelas da sociedade que têm no cotidiano de suas vidas seus direitos obstaculizados e, tantas vezes, negados.

Destarte, esses problemas convergem na compreensão de uma sociedade excludente para com muitos de seus habitantes, todos sem voz, seja pelos seus delírios ou pela negação do discurso: loucos, população em situação de rua, refugiados, negros, gays, lésbicas, travestis, transexuais, usuários de álcool e outras drogas e tantos outros.

Em suma, os moradores das RT são ex-moradores de hospitais psiquiátricos e, por vezes, possuem outras marcas estigmatizantes, como a cor e a pobreza, e, por vezes, denunciam os absurdos obscurecidos pela rotina, violências sutis presentes nas buzinas quando, distraídos, andam fora da calçada, numa cidade que não para e cujos códigos de sobrevivência são mais rígidos do que se imagina. Assustam, gritam, choram sem pudor, soltam gargalhadas sentados em um

banco de praça, andam pelas ruas, cumprimentam os vizinhos, falam sozinhos em voz alta, desconhecem o código de civilidade que demarca a vida urbana, do anonimato, da cordialidade discreta, dos limites relacionados ao espaço do outro. São pessoas, como todos os outros que frequentam os mesmos espaços, porém, carregam no corpo a precariedade, precariedade que o restante da população não reconhece como fundamental e que requer um esforço de negociação mínima e respeito para com sua existência singular.

A reparação de danos exige reconhecimento, para que possa ser operada na sociedade por meio do enfrentamento da condição de vida das parcelas socialmente vulneráveis e da sua concreta inserção na sociedade como cidadãos de direito, reconhecidos como sujeitos. Esbarra-se, aqui, num problema mais amplo, denominado cultura, cuja historicidade demarca uma constante dificuldade em lidar com as diferenças sem recorrer a classificação, hierarquização e segregação. Trata-se de uma cultura narcísica, pautada pelo encontro e pela reverência ao que espelha ela própria. ■

Referências

1. Buttler J. Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto? São Paulo: Boitempo; 2015.
2. Arbex D. Holocausto Brasileiro. São Paulo: Geração Editorial; 2013.
3. Merleau PM. Fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. 11 Fev 2000.
5. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 6 Abr 2001.
6. Ortega F. Amizade e estética da existência em Foucault. Rio de Janeiro: Graal; 1999.
7. Foucault M. A água e a loucura. In: Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2002.
8. Foucault M. A loucura e a sociedade. In: Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2002.
9. São Paulo (Estado). Comissão da Verdade. Ditadura e saúde mental (Relatório) [internet]. São Paulo: Comissão da Verdade; 2015. Tomo I; Parte II [acesso em 2017 jan 2]. Disponível em: http://comissaodaverdade.al.sp.gov.br/relatorio/tomo-i/downloads/I_Tomo_Parte_2_Completa.pdf.
10. Cayres AZF, Ribeiro MC, Elias R, et al, organizadores. Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo: censo psicossocial 2014. São Paulo: FUNDAP; 2015.

Recebido em 21/10/2017
Aprovado em 02/03/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Como usar a abordagem da Política Informada por Evidência na saúde pública?

How to use the Evidence-informed Policy approach in public health?

Maíra Catharina Ramos¹, Everton Nunes da Silva²

RESUMO A Política Informada por Evidência (PIE) surgiu para identificar as melhores estratégias disponíveis, nos aproximando do processo de tomada de decisão em políticas públicas. Contudo, para que ocorra, depende do acesso ao conhecimento, que deverá ser utilizado de forma transparente e sistemática. Assim, tem-se por objetivo apresentar como valer-se da PIE, mostrando os passos necessários para utilizá-la no processo de tomada de decisão em saúde pública. Foi realizada revisão de literatura em duas bases, sendo selecionados nove estudos, após leitura completa do texto. O artigo foi dividido em três grandes blocos, cada um contendo as principais perguntas a serem respondidas durante a elaboração de uma síntese de evidência.

PALAVRAS-CHAVE Pesquisa médica translacional. Política Informada por Evidências. Sistemas de saúde.

ABSTRACT *The Evidence-informed Policy (EIP) emerged to identify the best strategies available, bringing us closer to the decision-making process in public policy. However, for this to occur, it depends on access to knowledge, which should be used in a transparent and systematic way. Thus, the goal is to present how to use the EIP, showing the steps necessary to use it in the decision-making process in public health. Literature review was carried out in two databases, being selected nine studies, after full text reading. The article was divided into three large blocks, each containing the main questions to be answered during the elaboration of a synthesis of evidence.*

KEYWORDS *Translational medical research. Evidence-informed Policy. Health systems.*

¹Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.
mairacramos@gmail.com

²Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.
evertonsilva@unb.br

Introdução

O uso do conhecimento científico para a tomada de decisão é uma prática comum às ciências, como ocorre no campo biomédico e jurídico, com o uso da medicina baseada em evidência e do direito baseado em evidência, respectivamente. Não obstante, o uso do conhecimento científico para informar o processo de formulação e implementação de uma política começou a ser utilizado na década de 1970, com a então ‘política baseada em evidência’^{1,2}.

Entretanto, há um grande abismo entre o que se tem de evidência científica e o que se é utilizado na prática; ou, em uma linguagem mais pragmática, entre o ‘saber e o fazer’, o que denomina-se *know-do gap*. Uma das formas de superar esse abismo envolve a tradução do conhecimento, do inglês *knowledge translation*, que é um processo interativo que inclui síntese, disseminação, intercâmbio e aplicação ética do conhecimento, sendo a ponte entre o pesquisador e o tomador de decisão¹.

Nesse contexto, para o aumento da efetividade das políticas públicas, por meio de evidências científicas, é necessária a inserção de dois mecanismos importantes: o político e o organizacional. O processo da política é inseparável dos valores políticos, da persuasão e da negociação. No contexto da política, algumas evidências possuem maior relevância que posicionamentos políticos, como a efetividade de medicamentos para uma doença de grande valor social, a fixação e a alocação de profissionais qualificados em áreas remotas e vulneráveis, a economia social, entre outros.

De forma geral, os tomadores de decisão articulam suas próprias experiências com valores e interesses sociais, influenciados, também, pela disponibilidade de recursos e pela oportunidade política. Por isso, a dinâmica política pode ser moldada pela forma como líderes políticos pretendem segui-la, bem como pela influência de legisladores,

lobistas, *stakeholders*, mídia, opinião pública, entre outros.

Entretanto, o sucesso das ações políticas depende mais da efetividade das intervenções do que da vontade do tomador de decisão, propriamente^{1,2}. Intervenções sem efeito, ainda que realizadas com muita vontade política, tendem a ser extintas ou reformuladas em sua totalidade. Recentemente, o Brasil modificou o esquema vacinal para Papiloma Vírus Humano (HPV). Apesar dos esforços do Ministério da Saúde, a mudança do cenário de aplicação da vacina, passando das escolas para Unidades Básicas de Saúde, causou um efeito negativo, reduzindo a cobertura da vacina de HPV³.

A ‘política baseada em evidência’ soaria ambiciosa demais para o contexto político, inerente aos conflitos, *trade-offs* e aos compromissos políticos. Segundo ele, foi por esse motivo que alguns autores defenderam o uso mais modesto do termo Política Informada por Evidência (PIE), cujo objetivo não é o de que os tomadores de decisão baseiem suas políticas em outras que obtiveram sucesso, pois os contextos e a janela de oportunidade local certamente serão diferentes. O propósito, contudo, é informar os gestores sobre as estratégias disponíveis, bem como indicar as melhores evidências da literatura. O gestor deverá escolher as estratégias que melhor se adequam à sua janela de oportunidade, modificando-as sempre conforme o seu contexto. Nesse sentido, as políticas dificilmente serão iguais umas às outras².

Assim, a PIE nos aproxima do processo de tomada de decisão em políticas públicas informadas pelas melhores evidências disponíveis. Contudo, para que isso ocorra, ela depende do acesso ao conhecimento disponível, que deverá ser utilizado de forma transparente, sistemática e criteriosa. Saber utilizar a PIE é essencial para que se tenha bons resultados no processo de tomada de decisão, em especial, na saúde, onde se observam inúmeros fatores que influenciam diretamente esse processo.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Na área da saúde, existe um crescente interesse em todo o mundo em garantir a elaboração de políticas públicas informadas por evidência⁴. Elaborar uma política pública de saúde baseada em evidência permite a melhoria do desempenho do sistema de saúde, além de evitar as iniquidades provenientes de políticas públicas mal formuladas. Para que isso aconteça, é preciso envolver, além dos pesquisadores, os formuladores de políticas e os *stakeholders*, a fim de promover maior compreensão da política de saúde. Afinal, são esses que elaboram e implementam políticas públicas.

Diante o exposto, este artigo tem por objetivo apresentar como se utilizar da PIE na saúde pública.

Métodos

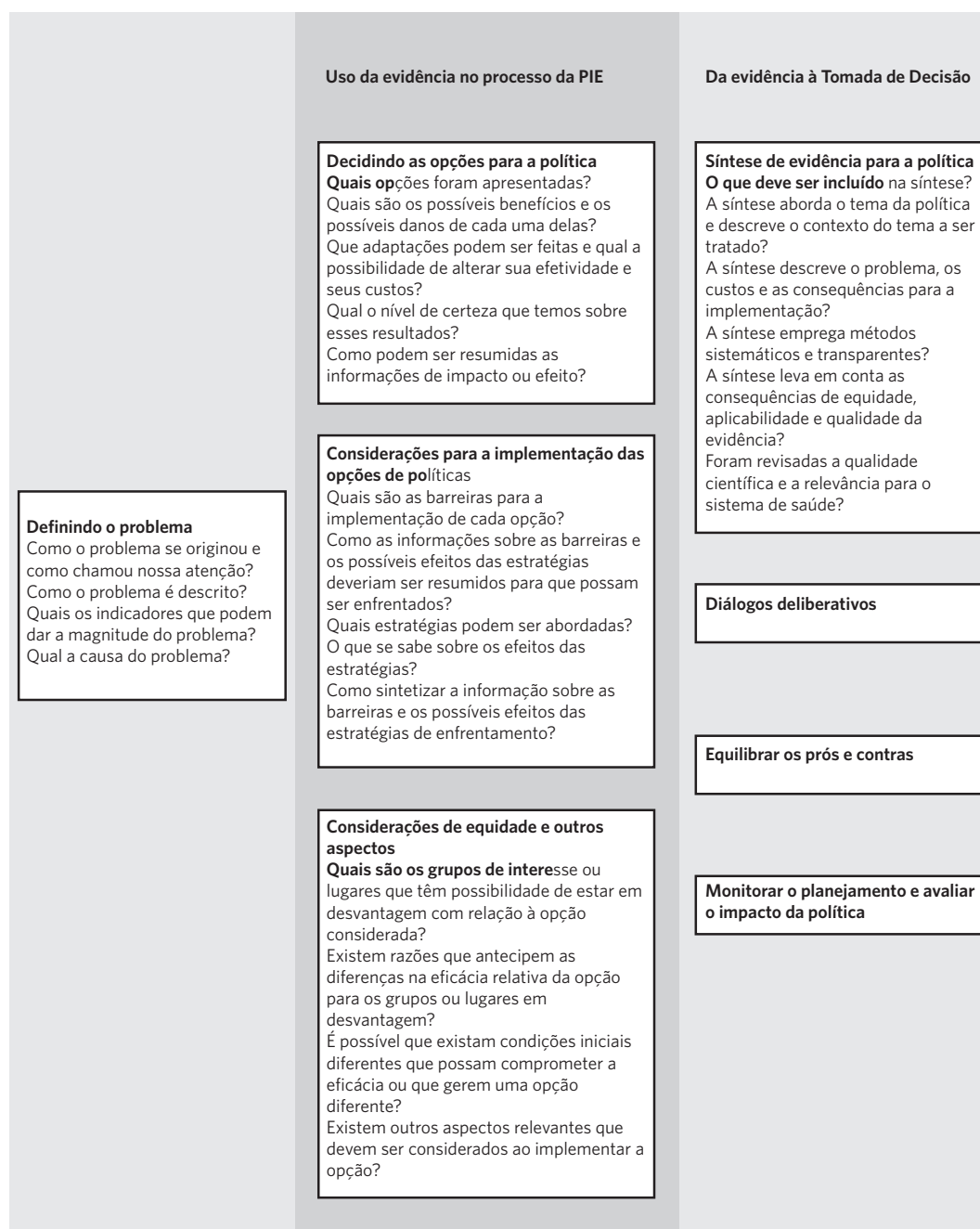
Foi realizada revisão de literatura com a busca (*'evidence informed policy making'[Title/Abstract]*) OR (*'evidence informed policymaking'[Title/Abstract]*)

OR (*'evidence informed policy'[Title/Abstract]*) OR (*'Evidence-Informed Policy-making'[Title/Abstract]*) AND (*'public health'[Title/Abstract]*) nas bases Pubmed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A busca resultou em 25 estudos.

Após a remoção das duplicatas, restaram 24 estudos únicos, dos quais foram selecionados 14, após a leitura dos resumos. Destes, foram selecionados 9, após a leitura completa do texto. Incluíram-se apenas os estudos que abordaram o uso da PIE na saúde, excluindo-se os estudos sem publicação completa ou que não abordavam a PIE.

Ao fim, sistematizaram-se os estudos de forma a oferecer um passo a passo de como utilizar a PIE na saúde pública. Para tal, os estudos foram divididos em blocos, que apresentam os procedimentos necessários para usar a PIE no processo de tomada de decisão em saúde pública. A *figura 1* é a representação gráfica de cada um desses blocos, evidenciando as perguntas que devem ser respondidas em cada seção.

Figura 1. Passo a passo para o uso da Política Informada por Evidência na saúde pública



Definindo o problema

O primeiro bloco da PIE visa a descrever o problema de forma consistente, identificando a sua origem e os principais pontos que chamam a atenção para ele, sua magnitude e sua causa⁵.

O primeiro procedimento desse bloco é pensar em como o problema é descrito e identificar as opções para resolvê-lo. Diferentes atores descrevem o mesmo problema de forma distinta, gerando, assim, opções distintas para a implementação de uma estratégia. Por esse motivo, a definição do problema, apesar de parecer fácil, é uma tarefa que requer atenção: não pode ser rápida ou superficial. Em caso de má definição, os passos seguintes podem ser comprometidos.

Na definição do problema, também é necessário mensurá-lo mediante indicadores selecionados em diferentes fontes, sendo esse o segundo procedimento do bloco. Se o problema for descrito em termos de fatores de risco e carga de doença, os dados epidemiológicos são fontes de informação essenciais para estimar sua grandeza. Entretanto, se os indicadores utilizados dizem sobre o uso dos serviços de saúde, o ideal são estudos de acesso, qualidade dos serviços, gastos e até mesmo de iniquidades geradas. Há, ainda, a possibilidade de o problema ser descrito nos termos de mecanismos e estratégias de implementação. Incluem como fonte documentos governamentais, estudos coletados pelo governo ou estudos que descrevam e analisem os mecanismos ou as estratégias de implementação. Nesses casos, as fontes de informação são altamente variáveis e podem ser difíceis de ser localizadas⁵. Ainda quanto à magnitude, pode-se utilizar de comparadores para determinar o quão grande é o problema. Comparar o mesmo problema em situações distintas – entre regiões, países ou em séries de tempo – pode nos mostrar o tamanho do problema.

Por fim, para o bloco ‘Descrevendo o problema’, é preciso conhecer a causa do problema, sendo esse o terceiro procedimento. Entendê-la ajuda a identificar opções apropriadas e delimitá-las melhor. No campo da saúde pública, as causas dos problemas são incertas e complexas, e, por isso, na maioria das vezes, não se trata de um processo linear e evidente. Assim, existem algumas estratégias que podem ajudar na definição das causas dos problemas, como a *brainstorm*, a revisão de literatura científica ou o uso de marcos de referência.

Usando a evidência para o processo da PIE

As próximas três etapas necessitam de uma fonte de informação para que sejam esclarecidas. As evidências estão relacionadas a fatos utilizados para apoiar conclusões, e, por isso, não se trata de ter uma conclusão⁶. Nota-se que nem toda evidência possui o mesmo grau de confiabilidade, sendo, por isso, necessária a avaliação do desenho de estudo, dos possíveis vieses, de sua precisão e da força de associação que é reportada. Assim, é recomendável que se utilize a pirâmide da evidência científica no processo da PIE, onde os *overviews*, as revisões sistemáticas e as metanálises são as melhores evidências disponíveis.

Decidindo as opções para a política

A segunda etapa desse passo consiste na decisão sobre as opções encontradas para a política. Devem ser consideradas questões como: quais opções foram apresentadas? O que se sabe sobre seus impactos ou efeitos? Qual o nível de certeza que se tem sobre esses resultados? Como posso adaptá-las ao meu problema⁵?

A partir das propostas apresentadas, devem-se justificar, de forma explícita, os motivos que levaram à escolha ou à exclusão

das opções apresentadas – lembrando que a escolha de uma opção para a política não exclui, necessariamente, outra. Pode haver opções distintas para alcançar um resultado melhor, desde que observados os possíveis efeitos e impactos que tal mudança poderá ocasionar a diferentes grupos sociais.

Para selecionar as opções que melhor se adequam ao seu problema, é preciso considerar mecanismos alternativos de prestação, financiamento e governança que abordem o problema relatado; marcos teóricos desenvolvidos para um problema específico; intervenções descritas em revisões sistemáticas ou overviews (metar-revisões); e a forma com que o problema tem sido abordado em outras localidades. Caso necessário, ainda podem-se realizar consultas com informantes-chave⁷.

Considerações para a implementação das opções de políticas

Implementar ações é uma tarefa difícil, pois requer mudança em vários níveis, como a mudança de comportamento de atores-chave e mudanças organizativas⁵. Quanto melhor relatadas as possíveis barreiras para a sua implementação, maiores as chances de sucesso. Para tal, necessita-se de uma investigação estruturada na literatura para a identificação de barreiras, para que nenhuma seja subestimada.

Considera-se a existência de diferentes níveis de barreiras, podendo ser ligadas: aos usuários ou profissionais do sistema de saúde (motivação para mudanças, conhecimentos, atitudes, competências, acesso ao cuidado etc.); a limitações do sistema de saúde (escassez de recursos, processos inadequados, falta de governança, excesso de burocracia etc.); ou, ainda, a limitações sociais e políticas (práticas sociais, janela de oportunidade política, conflitos de interesse etc.).

Da mesma forma, é necessário conhecer os efeitos das estratégias de implementação, localizando e avaliando as evidências

disponíveis. Basear-se em evidências possibilita a avaliação dos efeitos de cada estratégia de implementação considerada, bem como a confiança que pode ser colocada nessas estimativas.

Por fim, é necessário sintetizar essas informações. É preciso deixar claros a evidência e os critérios utilizados para caracterizar essas barreiras; informar as vantagens e desvantagens das estratégias de implementação, a qualidade da evidência e quaisquer limitações identificadas.

Muitas vezes, as evidências sobre os efeitos das estratégias são limitadas, porém, se realizadas de forma superficial, podem acarretar riscos que comprometerão sua implementação. Quanto mais sistemático e transparente esse processo, maiores as chances de sucesso na implementação de uma ação⁸.

Considerações de equidade e outros aspectos

Conhecer a eficiência de uma política ou de um programa não é suficiente no processo de tomada de decisão. Faz-se necessário considerar, também, o seu impacto sobre as desigualdades sociais. Ademais, é preciso pensar se há a possibilidade de algum grupo estar em desvantagem com relação à opção considerada; se existe eficácia relativa a grupos distintos; se condicionantes sociais podem comprometer a eficácia de determinada estratégia; ou, ainda, se há outros aspectos relevantes que podem interferir na implementação da ação⁹.

Uma das formas de identificar os grupos sociais que merecem atenção, a fim de aumentar as iniquidades com a implementação de uma ação, é o PROGRESS, acrônimo formado com as primeiras letras (em inglês) das sete formas que podem ser usadas para descrever um grupo⁵. São elas: i) local de residência; ii) raça/etnia/cultura; iii) ocupação; iv) gênero; v) religião; vi) educação; e vii) situação socioeconômica.

Da evidência à tomada de decisão

Uma vez que se tenha concluído a etapa do uso da evidência para o processo da PIE, é preciso utilizá-la para a tomada de decisão. Nessa seção, existem quatro procedimentos: i) síntese de evidência para a política; ii) diálogos deliberativos; iii) equilibrar os prós e os contras; e iv) monitorar o planejamento e avaliar os efeitos da política.

Síntese da evidência para a política

Uma síntese para políticas representa um conjunto de evidências cujo ponto de partida é um tema de saúde, não propriamente a evidência que tenha sido produzida ou identificada. Primeiramente, deve-se focar em revisões sistemáticas ou em *overviews* disponíveis na literatura, somente partindo para a sua elaboração em último caso.

A primeira pergunta a ser respondida é: ‘o que deve ser incluído na síntese?’. Segundo a ferramenta SUPPORT⁵, é preciso incluir as mensagens-chave; o resumo executivo com a sinopse do problema, opções de política e de implementação; e o relatório completo, que é dividido em três seções. A primeira delas, o problema, deve conter como isso chegou a ser um problema, como ele pode ser descrito, qual o seu tamanho e os fatores associados a esse problema.

A segunda seção, opções de política, deve apresentar os impactos prováveis, as considerações de equidade, custos e custo-efetividade, além da necessidade de monitoramento e avaliação. A terceira seção, considerações de implementação, deve apresentar as barreiras e as estratégias de implementação das opções. Observem que todos os itens necessários já foram levantados em algum momento anteriormente. Dessa forma, a síntese da evidência nada mais é do que a sistematização clara e transparente dos achados na literatura.

Ainda que as sínteses incluam o descrito

acima, elas precisam responder às perguntas a seguir: i) a síntese aborda o tema da política e descreve seu contexto?; ii) a síntese descreve o problema, os custos e as consequências para a implementação?; iii) a síntese emprega métodos sistemáticos e transparentes?; iv) a síntese leva em conta as consequências de equidade, aplicabilidade e qualidade da evidência?; v) foram revisadas a qualidade científica e a relevância para o sistema de saúde?

Essas questões dizem respeito à qualidade da síntese de evidência. Quanto maior o número de questões cujas respostas sejam ‘sim’ para os itens acima, menor o risco de a síntese possuir algum viés que possa vir a interferir em seu resultado.

Diálogos deliberativos

Depois de concluídas, as sínteses de evidência poderão ser utilizadas de diversas formas: divulgação da síntese, informação adaptada, meios de comunicação massivos, apresentações presenciais, entrevistas, grupos focais, pesquisas, audiências públicas, entre tantas outras maneiras.

O que muda de um meio para outro, entretanto, é a capacidade de envolver esses grupos de forma a dar voz a eles, havendo, assim, um processo comunicativo – e não apenas informativo – da PIE. A esse processo, deu-se o nome de diálogos deliberativos.

Os diálogos deliberativos são direcionados para atingir grupos específicos, que incluem usuários e o público, em que funcionários eleitos se reúnem com essas partes para promover o processo de consenso. Nesse consenso, busca-se agregar valor à síntese de evidência, ajudando a esclarecer os problemas e as soluções, desenvolvendo um entendimento comum, contribuindo, assim, para o desenvolvimento e a implementação de políticas efetivas e da governança e da democracia⁵.

Equilibrar prós e contras

Toda tomada de decisão deve considerar o

julgamento dos prós e contras. Deve-se ter conhecimento dos resultados desejados e dos indesejáveis, ainda que sejam difíceis de serem previstos. Equilibrar os prós e os contras prováveis da política proposta permite considerar informações importantes, evitando, assim, a negligência de possíveis efeitos negativos. Ademais, permite também entender a razão por trás das políticas de saúde⁵.

Tal procedimento é de relevância por evitar maiores iniquidades em saúde. Se implementada política de saúde que produz mais efeitos negativos, seja no âmbito social ou econômico, é preciso se repensar se a estratégia escolhida foi a melhor possível. Por tal motivo, o uso da literatura para ajudar nesse procedimento, ainda que com julgamentos dos formuladores, mostra-se necessário por produzir evidências robustas e transparentes.

Para identificar os pontos positivos e negativos da evidência, a ferramenta SUPPORT⁵ indica cinco perguntas usadas para avaliar os prós e contras das opções das políticas. A primeira delas é ‘que opções estão sendo comparadas?’. Comparam-se os diferentes cenários para cada uma das opções, a considerada e a comparativa. Normalmente, essa comparação é um *status quo*, que pode ser fundamental – onde as características das opções devem ser as mesmas, sendo excluídas, caso contrário; importante, porém não fundamental – assim como a anterior, é excluída em casos de divergência entre as opções, porém, com menor certeza de que os resultados seriam iguais no cenário escolhido; ou irrelevante – quando existe maior certeza de que os resultados serão os mesmos apesar dos cenários.

A segunda pergunta é: ‘quais são os resultados potenciais mais importantes das opções sendo comparadas?’. Na área da saúde, os resultados podem ser de aumento do acesso aos serviços de saúde, redução de iniquidades, redução de custos, melhor gestão de serviços, entre outros. Identificar os resultados

de maior potencial ajuda a garantir que as consequências mais importantes não sejam negligenciadas ou subestimadas. A terceira pergunta, ‘qual é a melhor estimativa de impacto das opções sendo comparadas para cada resultado importante?’, é o balanceamento entre o que se ganha e o que se perde ao implementar uma ação em detrimento da outra. É o princípio do *trade-off*. Além disso, é preciso saber diferenciar os efeitos de ordem relativa dos absolutos.

Para responder à quarta pergunta, ‘qual o grau de confiabilidade dos formuladores de políticas e de outros nos impactos estimados?’, é preciso ter conhecimento sobre a confiabilidade dos formuladores e dos resultados esperados. Se os estudos utilizados tiverem limitações metodológicas ou vieses conhecidos, os efeitos não serão confiáveis. Por isso é tão importante que uma avaliação de qualidade metodológica dos estudos primários seja bem realizada. A avaliação e a qualidade metodológica ajudam a conhecer os vieses dos estudos, bem como os pontos mais críticos na metodologia e no resultado.

Por fim, faz-se a pergunta: ‘é um modelo econômico formal suscetível de facilitar processos de tomada de decisões?’. Para tal, é preciso realizar modelos econômicos que indiquem a sustentabilidade da opção a ser considerada. Ademais, um modelo econômico também indica possíveis variações nos custos a partir de uma análise de sensibilidade, indicando uma porcentagem que pode extrapolar os recursos previstos. Assim, o tomador de decisão poderá avaliar se, ainda que no pior cenário, a opção considerada ainda é mais vantajosa que a de comparação.

Monitorar o planejamento e avaliar o impacto da política

O último procedimento desse passo é monitorar o planejamento e avaliar o impacto da política. Frequentemente, o termo monitorar é utilizado como forma de descrever o processo sistemático de coleta de dados que irá

informar os tomadores de decisão, enquanto avaliar sugere menção aos resultados. Para avaliar e monitorar o planejamento, fazem-se quatro perguntas: i) é necessário o monitoramento?; ii) o que deve ser medido?; iii) a avaliação do impacto deve ser feita?; iv) como a avaliação do impacto deve ser feita?

Em alguns casos, o monitoramento da política não é necessário, ou por já existir um sistema de monitoramento semelhante implementado, ou por possuir custos muito elevados, ou por não existirem indicadores que trarão a dimensão correta do dado. O monitoramento não é vantajoso se o dado não é utilizado⁵.

A avaliação de impacto pode ser entendida como uma maneira de medir quanto dos resultados observados podem ser atribuídos a uma determinada política. Por isso, deve-se escolher a hora certa de realizar uma avaliação de impacto, ou corre-se o risco de comprometer toda uma política. Por exemplo, se for realizada a avaliação de impacto em uma política e for verificado impacto negativo, há o risco de interrupção da mesma? Se a resposta for sim, existe um comprometimento da política. Por esse motivo, indica-se a avaliação de resultado quando a intervenção está sendo implementada, onde ainda são possíveis melhorias e mudanças. Caso contrário, a avaliação de impacto pode ser limitada.

Exemplos de uso da PIE na prática

O uso da PIE na tomada de decisão tem contribuído para reduzir o *know-do gap*. O Brasil vem desenvolvendo diversas atividades para estimular o uso do conhecimento científico na tomada de decisão. Em 2007, criou-se a Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet) no Brasil, apoiada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-americana de Saúde (Opas), além de receber financiamento do Ministério da Saúde (MS).

A EVIPNet desenvolve parcerias para o desenvolvimento da própria rede e para a produção de síntese de evidências para a política, além de oferecer capacitação profissional¹⁰. A EVIPNet Brasil é uma rede promotora de troca de informações e experiências entre países e entre tomadores de decisão clínica e gerencial¹, produzindo, até o momento, 13 sínteses de evidência.

Destaca-se que a maioria das sínteses disponíveis trata de doenças crônicas não transmissíveis, seja para a promoção e a prevenção da doença, seja para o tratamento. Em ambos os casos, o intuito é reduzir as taxas de prevalência dessas doenças. Há, ainda, uma síntese específica sobre adesão ao tratamento medicamentoso para pacientes portadores de doenças crônicas. A síntese em questão aborda quatro opções diferentes para enfrentar o problema: i) técnicas educacionais, motivacionais, cognitivas e desenvolvimento de sistemas de lembretes; ii) oferta de incentivos ao paciente (normalmente monetários); iii) intervenções para auxílio na gestão dos medicamentos pelo paciente; e iv) combinação de intervenções voltadas ao paciente. Todas as intervenções possuíam, em algum nível, efeitos positivos para a adesão ao tratamento de doenças crônicas, entretanto, os autores escolheram não recomendar uma opção específica.

A primeira experiência de um núcleo de práticas de PIE no Brasil foi em Píripiri, Piauí, implementado em 2010 como forma de promover o uso local do conhecimento científico na tomada de decisão e na formulação e na implementação das políticas públicas. O exemplo do Núcleo de Evidência (Nev) de Píripiri foi importante para mostrar como aproximar o uso da evidência científica em âmbito municipal, trazendo a elaboração e a implementação de políticas de saúde informadas em evidência próximas ao processo de gestão¹.

Outros países do mundo também procuram na PIE assegurar que a tomada de decisão seja informada pela melhor

evidência disponível. Assim como o Brasil, a Austrália enfrenta problemas de grandes áreas remotas e vulneráveis nos vazios assistenciais. Este país buscou na PIE estratégias de implementação de práticas para dor lombar persistente, onde o manejo poderia ser realizado por prestadores de cuidados que vivem em áreas rurais. Após a elaboração da síntese de evidência e a implementação da estratégia, a Austrália realizou um estudo de coorte prospectivo, controlado e randomizado, com duração de 12 meses para monitorar e avaliar a implementação do projeto, conforme preconizado pela PIE¹¹.

Como resultado, o estudo demonstrou que foi possível implementar uma intervenção educacional informada em evidência aos prestadores de cuidado que vivem em áreas remotas e vulneráveis. Os resultados demonstraram, também, eficácia no tratamento de dor lombar persistente, além de os provedores de cuidado relataram buscar mais práticas informadas em evidências e mais comportamentos clínicos consistentes com diretrizes clínicas¹¹.

Algumas vezes, o uso da PIE vai além da busca e da implementação de políticas. Quando a EVIPNet começou a operacionalizar na África, o primeiro desafio foi promover a ‘inspiração’ de um desenvolvimento mais local – apesar do desenvolvimento econômico e social que o continente vem adquirindo nos últimos anos, ainda convive com

uma desigualdade social alarmante, além de altos índices de miséria. Por isso, o uso da evidência científica combinada à evidência local é importante nesses casos.

Uma das primeiras sínteses produzidas pelo grupo foi sobre a malária, doença que acomete uma parcela preocupante da população do continente. Entretanto, o principal produto não foi a síntese em si, mas a disseminação do diálogo de políticas como forma de apoiar sistemas de saúde informados em evidência, especialmente em países de baixa e média renda, além de ajudar a construir um modelo específico de tradução do conhecimento combinado com infraestrutura, atividade e resultado, dados os contextos tão específicos, a fim de alcançar melhores resultados e impactos¹².

Conclusões

A PIE pode ser utilizada na saúde, como forma de garantir que o processo de tomada de decisão seja fundamentado na melhor evidência científica disponível, de forma sistemática e transparente. O processo da PIE foi esquematizado de forma a conter três grandes blocos, entretanto, o ciclo da política não termina após a sua implementação, sendo necessário retomar o primeiro ponto indicado: definindo o problema. ■

Referências

1. Barreto JOM, Souza NM. Making progress in the use of health policies and practices informed by evidence: the Piripiri-Piauí experience. *Ciênc Saúde Colet*. 2013; 18(1):25-34.
2. Head BW. Toward More Evidence-Informed Policy Making? *Public Adm Rev*. 2016; 76(3):472-84.
3. França SB, Silva RAR, Cardoso JS, et al. Adesão das adolescentes à campanha de vacinação contra o papiloma vírus humano: no Brasil, Minas Gerais e microregião da Serra Geral. *Unimontes Científica*. 2017; 19(1):2-12.
4. Langlois EV, Montekio VB, Young T, et al. Enhancing evidence informed policymaking in complex health systems: lessons from multi-site collaborative approaches. *Heal Res Policy Syst*. 2016; 14(1):20.
5. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, et al. SUPPORT tools for evidence-informed health policymaking (STP). *Heal Res Policy Syst*. 2009 Dec 16; 7(sup.1):S1-S13.
6. Bowen S, Zwi AB. Pathways to evidence-informed policy and practice: A framework for action. *PLoS Med*. 2005; 2(7):600-605.
7. Shlonsky A, Mildon R. Methodological pluralism in the age of evidence-informed practice and policy. *Scand J Public Health*. 2014; 42:18-27.
8. Bosch-Capblanch X, Lavis JN, Lewin S, et al. Guidance for Evidence-Informed Policies about Health Systems: Rationale for and Challenges of Guidance Development. *Plos Med*. 2012 Mar 6; 9(3):1-5.
9. Lavis JN, Røttingen JA, Bosch-Capblanch X, et al. Guidance for evidence-informed policies about health systems: Linking guidance development to policy development. *PLoS Med*. 2012 Mar 13; 9(3):1-6.
10. Silva SF, Souza NM, Barreto JOM. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. *Ciênc Saúde Colet*. 2014; 19(11):4427-4438.
11. Slater H, Briggs AM, Smith AJ, et al. Implementing Evidence-Informed Policy into Practice for Health Care Professionals Managing People with Low Back Pain in Australian Rural Settings: A Preliminary Prospective Single-Cohort Study. *Pain Med*. 2014; 15(10):1657-1668.
12. Lavis JN, Panisset U. EVIPNet Africa's first series of policy briefs to support evidence-informed policymaking. *Int J Technol Assess Health Care*. 2010; 26(2):229-232.

Recebido em 08/07/2017
Aprovado em 08/02/2018
Conflito de interesses: inexistente
Financiamento: não houve

Vigilância da saúde orientada às condições de vida da população: uma revisão integrativa da literatura

Health surveillance oriented to the living conditions of the population: an integrative literature review

Inez Siqueira Santiago Neta¹, Marcílio Sandro de Medeiros², Maria Jacirema Ferreira Gonçalves³

RESUMO A pesquisa objetivou identificar estudos que abordem a vigilância da saúde, envolvendo intrinsecamente o conceito de desenvolvimento humano, segundo os pressupostos de Bronfenbrenner e de Max-Neef. A revisão integrativa de literatura nas bases de dados Pubmed, Scopus, Web of Science, Bireme e SciELO, com termos relacionados com a vigilância da saúde e desenvolvimento humano segundo os autores citados. Identificaram-se abordagem implícita ao desenvolvimento humano de Bronfenbrenner e distanciamento da abordagem de Max-Neef. Propõe-se à vigilância da saúde articular abordagens pós-desenvolvimentistas na identificação de problemas emergentes em saúde em populações vulneráveis.

PALAVRAS-CHAVE Desenvolvimento humano. Desenvolvimento da comunidade. Participação social. Vigilância da saúde pública.

ABSTRACT *The research aims to identify studies that address health surveillance, involving the concept of human development intrinsically, according to the assumptions of Bronfenbrenner and Max-Neef. An integrative of literature review in Pubmed, Scopus, Web of Science, Bireme and SciELO databases, with terms related to Health Surveillance and human development according to the authors cited. We have identified an implicit approach to Bronfenbrenner's human development and distancing from the Max-Neef approach. It is proposed to the health surveillance to articulate post-developmental approaches in the identification of emerging health problems in vulnerable populations.*

KEYWORDS *Human development. Community development. Social participation. Public health surveillance.*

¹Universidade Federal do Amazonas (Ufam), Escola de Enfermagem de Manaus – Manaus (AM), Brasil.
inez_santiago@hotmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Leônidas & Maria Deane (ILMD) – Manaus (AM), Brasil.
muribeka@hotmail.com

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Leônidas & Maria Deane (ILMD) e Universidade Federal do Amazonas (Ufam), Escola de Enfermagem de Manaus – Manaus (AM), Brasil.
jaciremagoncalves@gmail.com

Introdução

Na literatura internacional, a vigilância em saúde pública (*health surveillance; public health surveillance*) é definida como um serviço em saúde de coleta sistemática, análise e interpretação de dados de saúde essenciais para a prática de saúde pública, orientada para a disseminação de informação para a intervenção, ausente das ações de controle que guardam resquícios das bases conceituais da experiência norte-americana, na década de 1940, originadas na Campanha de Erradicação da Malária responsável pela criação do Centers for Disease Control and Prevention (CDC)^{1,2}.

No Brasil, algumas nomenclaturas são utilizadas: vigilância em saúde; vigilância da saúde; vigilância à saúde. Nesse contexto, a noção subjacente enfatizada por alguns autores que preconizam uma nova função social no setor saúde é a de arranjos tecnológicos de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde de sistemas de locais de saúde³.

Propostas de reforma do setor giram em torno de atrelar iniciativas de intervenções, decorrentes do entendimento que a vigilância e a ação em saúde pública são processos interdependentes¹. Além disso, há que se incluir o contexto no qual a sociedade se insere, pois a vigilância pode atuar sobre o desenvolvimento humano. Essa perspectiva refere-se às noções de desenvolvimento propostas pelo psicólogo russo naturalizado norte-americano Urie Bronfenbrenner (1917-2005) e pelo economista chileno Manfred A. Max-Neef (1932-) Prêmio Nobel Alternativo (Right Livelihood Award) concedido pelo Parlamento Sueco em 1983.

A proposta de Bronfenbrenner⁴ originada da psicologia do desenvolvimento comportamental compreende o ambiente imediato (microssistema) e contextual (meso, exo ou macrosistema) como locus privilegiado de produção bidirecionais de estímulos que regulam no curso da vida o desenvolvimento do sujeito.

A abordagem pressupõe que a saúde da pessoa se encontra em equação com a saúde do grupo, família, do ambiente no qual se encontra inserida. O ambiente é concebido por meio de quatro níveis⁵: I. microssistema – diz respeito basicamente às relações interpessoais; II. mesossistema – onde ocorrem inter-relações entre o microssistema e outras pessoas; III. exossistema – ambientes onde a pessoa em desenvolvimento não é ativa, mas neles ocorrem eventos que influenciam o ambiente onde essa pessoa encontrasse inserida; IV. macrosistema – base cultural para os demais sistemas.

A noção de desenvolvimento de Max-Neef⁶ parte de uma crítica da economia convencional (*mainstream*) de valorização do ter em detrimento do ser, cujo princípio está apoiado no que o autor denomina de *economia descalza*, orientada para o atendimento das necessidades humanas básicas. A operacionalização se dá a partir do diagnóstico situacional por meio da elaboração de uma matriz dialética de Necessidades e Satisfatores, categorizadas em 'Existenciais (ser, ter, fazer e estar) e Axiológicas (subsistência, proteção, afeto, entendimento, participação, ociosidade, criação, identidade e liberdade)' junto com a comunidade. Deve compreender ainda um plano de intervenção e instrumentos de avaliação e monitoramento participativo. A proposta exige definir os objetivos do desenvolvimento que se pretende alcançar e a pensar ainda um projeto político amplo que possibilite a estruturação de um sistema de garantias de direitos⁷.

Ambas as propostas (Bronfenbrenner e Max-Neef) contêm uma mensagem positiva de desenvolvimento, diretamente relacionada com a realização das potencialidades do ser humano (Amartya Sen) e ao atendimento às necessidades para alcance das primeiras. Elas partem também da compreensão do papel do sujeito como protagonista da história ou como transformador ou criador das estruturas, sendo constituído, assim, um fundamento diferenciador de concepção do ser humano^{8,9}.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Julga-se que as abordagens pós-desenvolvimentistas em prol das humanidades, como, por exemplo, a abordagem do desenvolvimento à escala humana, proposta pelo cientista chileno Max-Neef⁶, podem contribuir para a estruturação de uma vigilância do desenvolvimento voltado às condições humanas, na análise e intervenção sobre os problemas de saúde das populações.

No entanto, há necessidade de catalogar os estudos na área da vigilância voltados às noções de desenvolvimento humano e das técnicas de monitoramento da situação de saúde e condições de vida¹⁰, haja vista a carência de conhecer publicações nessa área. Os manuscritos sobre a temática do desenvolvimento humano analisam as implicações do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), isto é, o peso da escolaridade, longevidade e renda no padrão de adoecimento e morte das populações.

Esta pesquisa tem o objetivo de identificar estudos que abordem a vigilância da saúde, envolvendo intrinsecamente o conceito de desenvolvimento humano, segundo os pressupostos de Bronfenbrenner e de Max-Neef.

Métodos

Trata-se de revisão integrativa da literatura, norteada a partir da seguinte pergunta: como a Vigilância em saúde tem envolvido o conceito de desenvolvimento humano, segundo pressupostos de Bronfenbrenner e/ou Max-Neef^{4,6}?

A revisão foi realizada com base à metodologia Prisma – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses. A pesquisa foi realizada em bases de dados informatizadas, Pubmed (U.S. National Library of Medicine), Scopus, Web of Science, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Eletronic Library Online (SciELO). Não houve restrição a idioma ou data de publicação.

Utilizaram-se as seguintes estratégias

de busca nas respectivas bases bibliográficas: Pubmed – (*environmental health OR epidemiological monitoring OR environmental monitoring OR health information systems AND social determinants of health OR health status disparities*); Scopus e Web of Science – (*public health surveillance AND Environmental health OR epidemiological monitoring OR environmental monitoring OR health information systems AND social determinants of health OR health status disparities*); BVS – (vigilância da saúde pública AND determinantes sociais da saúde); SciELO – (vigilância da saúde pública AND sistemas de informação em saúde AND determinantes sociais da saúde OR desigualdade social). Nesta última, utilizou-se Scielo.org, visto que engloba revistas da América Latina. Tais termos foram pesquisados nos títulos, resumos ou descritores.

Definiu-se como critério de inclusão: estudos que abordassem os determinantes e/ou desigualdades sociais, participação social, aspectos e condições de vida e saúde atribuíveis a fatores ambientais, compreendendo as noções de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner e/ou de Max-Neef^{4,6}.

Como critérios de exclusão, definiram-se: os que se referiam à vigilância hospitalar, sem abordagem do desenvolvimento humano; e os que se referiam ao desenvolvimento econômico ou sustentável, sem abordagem da vigilância; editorial e carta ao editor; ponto de vista; biografia; teses e dissertações.

O estudo consistiu de seis etapas distintas, a saber: (I) estabelecimento da pergunta norteadora da revisão; (II) busca de estudos científicos publicados em bases de dados informatizadas; (III) criação do banco de dados no programa estatística SPSS; (IV) por meio dos critérios de inclusão e exclusão: análise de títulos e resumos, leitura crítica de artigos completos. Utilizou-se o instrumento de coleta de dados adaptado de Ursi (2005)¹¹. Em todas as etapas, dois avaliadores independentes participaram do processo, e, quando houve discordância, o estudo foi

incluído na pesquisa; o período de análise foi em torno de três meses, e a busca bibliográfica foi realizada em janeiro de 2017; (V) discussão dos resultados; e (VI) síntese do conhecimento¹².

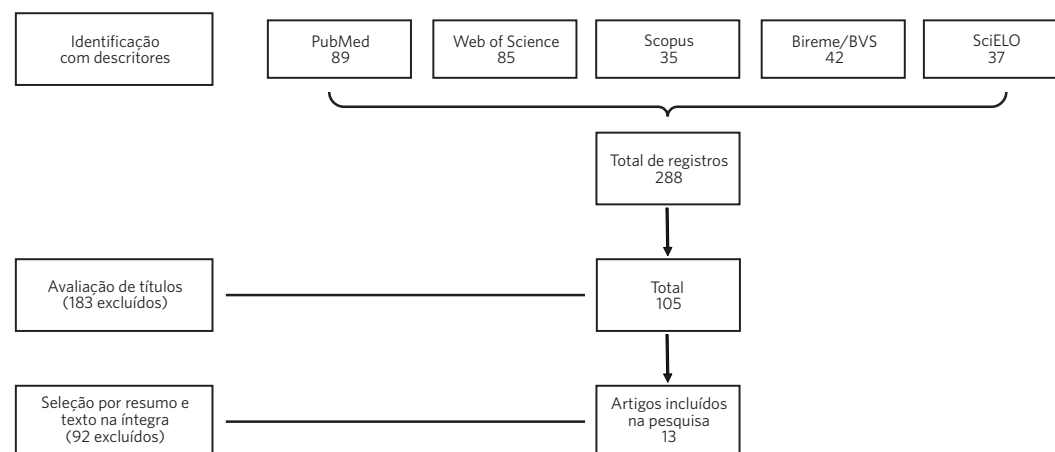
Resultados

A síntese dos resultados obtidas nas etapas de triagem dos artigos são apresentados

na *figura 1*. Na busca inicial, foram identificadas 288 publicações. Após exclusão de duplicatas e avaliação de títulos (n-183) e artigos na íntegra (n-92), permaneceram 13 publicações.

A maioria das referências excluídas não fazia associação entre a distribuição de casos e determinantes sociais ou das noções de desenvolvimento; havia aqueles que se referiam à vigilância hospitalar; algumas publicações não eram artigos propriamente ditos.

Figura 1. Síntese dos resultados da revisão sistemática



O *quadro 1* representa a característica geral dos estudos selecionados, descrevendo quanto a autores, ano de publicação do estudo, país onde foi realizado, idioma de publicação, objetivos, população de estudo e aspectos metodológicos utilizados na pesquisa.

Dos 13 artigos incluídos, 8 foram publicados na língua inglesa, e 5 na língua portuguesa. Quanto ao local de realização do estudo, tem-se a seguinte distribuição: 7 na América do Sul (Brasil, Colômbia), 2 na América do Norte (Estados Unidos), um na América Central (Cuba), um na Ásia (Índia), um na Europa (Itália).

Utilizaram-se diferentes métodos de pesquisa, artigo de revisão, estudos transversais (com dados secundários e primários), metodológicos, artigos teóricos, estudo de caso-controle, análise temporal de dados secundários e estudo longitudinal com dados secundários. A coleta de dados ocorreu de diversas fontes, tais como: censo demográfico, sistemas de informação, autópsia verbal, discussão teórico-metodológica, questionário, entrevista e análise teórico-conceitual. Os artigos incluídos foram publicados no período de 1999 a 2015. A população de estudo foi de acordo com o método de pesquisa utilizado pelos autores.

Quadro 1. Caracterização dos estudos incluídos na pesquisa

Autor (ano)	País de origem	Idioma publicado	Objetivos	População de estudo	Aspectos metodológicos
BARCELLOS; QUITÉRIO (2006)	Brasil	Português	Incorporar a temática ambiental nas práticas de saúde pública; revisar o objeto e conceitos da vigilância ambiental em saúde e identificar os desafios para a sua implantação no Sistema Único de Saúde.	#	Estudo de revisão do objeto e conceitos; análise teórico-conceitual, baseada na literatura.
BARRÊTO; PONTES; CORREA (2000)	Brasil	Português	Traçar o perfil das mortes de crianças menores de 5 anos e implementar um modelo de vigilância para os óbitos que pudesse ser mantido como rotina pelas secretarias municipais de saúde.	Todas as crianças menores de 1 ano que morreram de 1993 a 1994 de três municípios cearenses	Estudo transversal; autópsia verbal.
XIMENES et al. (1999)	Brasil	Português	Discutir o eixo metodológico na construção de sistema de vigilância de endemias em áreas urbanas; estabelecer quais as premissas utilizadas na construção do modelo de vigilância da saúde.	Setores censitários do município de Goiânia e Olinda	Artigo metodológico para vigilância de endemias a partir do Censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e sistemas de informação de endemias.
STANBURY; ROSENMAN (2014)	E.U.A.	Inglês	Ilustrar o valor do uso de dados estatais, demográficos e de emprego do Censo dos EUA e dados a partir de um programa de vigilância de saúde ocupacional, para identificar e abordar as disparidades de saúde associados com o trabalho.	Trabalhadores por raça e etnia hispânica em ocupações e indústrias em Michigan	Análise transversal de dados secundários; dados do censo demográfico e do programa de vigilância em saúde ocupacional dos Estados Unidos.
SOBRAL; FREITAS (2010)	Brasil	Português	Ampliar as discussões teóricas sobre os determinantes socioambientais da saúde.	#	Artigo metodológico para organização de indicadores; discussão teórico-metodológica.
AAGAARD-HANSEN; SORENSEN; CHAIGNAT (2009)	#	Inglês	Explorar maneiras em que segmentos focais da população multiendêmicas podem ser identificados e sugerir um esboço de uma abordagem abrangente para a avaliação dos riscos e de vigilância.	#	Artigo teórico; análise teórico-conceitual, baseada na literatura.
ARAUZ et al. (2015)	Colômbia	Inglês	Desenvolver e pré-testar uma ferramenta autópsia Social (SA) para a mortalidade da dengue.	Casos de dengue fatais e quase fatais hospitalizados de 2011 a 2013 no departamento Santander/Colômbia	Artigo metodológico transversal para testar a ferramenta de autópsia social para dengue; aplicação de questionário para parentes de casos fatais de dengue (Autópsia social).
JUNGES; BARBIANI (2013)	Brasil	Português	Apontar e refletir sobre os desafios éticos que constituem, sobretudo, a interface entre território, ambiente e saúde.	#	Artigo teórico; análise teórico-conceitual, baseada na literatura.
SPIEGEL et al. (2007)	Cuba	Inglês	Caracterizar os fatores de risco sociais e ambientais associados com a presença de <i>Aedes Aegypti</i> , a fim de melhorar o controle da dengue comunidade.	Casos em famílias que a detecção entomológica confirmou focos de <i>A. Aegypti</i> inspecionados por campainhas.	Estudo de caso-controle; questionário piloto, testado e administrado por meio de entrevistas pessoais aos chefes de família.
MINARDI (2011)	Itália	Inglês	Oferecer exemplos de como sistemas de vigilância de fatores de risco podem ajudar no fornecimento de informações úteis sobre os efeitos determinantes sociais e desigualdades na saúde.	Listas de moradores inscritos com idades entre 18 e 69 nas Unidades locais de Saúde (ULS)	Estudo transversal; entrevista por telefone para aplicação do Passi (sistema de vigilância de fatores de risco Italiano).
COWLING; DANDONA; DANDONA (2014)	Índia	Inglês	Apresentar análises dos dados disponíveis para medir a chave SDH (Determinantes Sociais da Saúde) na Índia nas últimas duas décadas.	35 estados e territórios da Índia classificados em 2 grupos: menos desenvolvidos e mais desenvolvidos	Análise temporal de indicadores, com dados secundários; dados de sistemas de informação e de pesquisas domiciliares e das várias agências nacionais governamentais.
HIPP; LAKON (2010)	E.U.A.	Inglês	Modelar a mudança ao longo do tempo em proximidades de resíduos tóxicos em seis condados do Sul da Califórnia; avaliar o impacto de locais tóxicos nos bairros residentes.	Seis condados do Sul da Califórnia de 1990-2000	Estudo longitudinal com dados secundários; dados do Censo demográfico dos EUA e do registro Inventário de Emissões Tóxicas.

Quadro 1. (cont.)

SNYDER et al. (2013)	Brasil	Inglês	Avaliar a extensão das diferenças nas características sociodemográficas e de infraestrutura que influenciam os resultados de saúde entre comunidades informais e não-informais; identificar variáveis previamente vinculadas a resultados adversos para a saúde.	Setores censitários do município do Rio de Janeiro	Estudo transversal com dados secundários; dados do Censo demográfico.
----------------------	--------	--------	--	--	---

O *quadro 2* traz os resultados dos estudos identificados sobre a vigilância e determinantes sociais em saúde quanto aos indicadores utilizados; estratégia de análise dos autores e principais resultados. Estes, por sua vez, foram agrupados, e se utilizou a seguinte codificação: A= O estudo questiona/critica a atual estrutura da vigilância em saúde do país; B= O estudo aborda os determinantes e/ou desigualdades sociais; C= O estudo apresenta nova proposta para o funcionamento da vigilância em saúde a partir das noções de desenvolvimento humano segundo Bronfenbrenner e/ou Max-Neef; D= O

estudo enfatiza a participação social (*quadro 2*).

Os principais indicadores identificados foram determinantes sociais, socioeconômicos, epidemiológicos, ambientais da saúde, qualidade de vida e mortalidade na dengue, respectivamente.

Como análise de dados, os autores utilizaram análise integrada de dados, medidas de associação, análise com comparação, preliminar e exploratória, de pesquisas epidemiológicas, leitura bioética, probabilidade de fatores de risco, regressão logística, multivariada, multinível, transversal, temporal.

Quadro 2. Descrição dos estudos quanto aos indicadores utilizados, estratégia de análise dos autores e principais resultados

Autores (ano)	Indicadores utilizados	Estratégia de análise dos autores	Principais resultados
BARCELLOS; QUITÉRIO (2006)	Riscos ambientais; qualidade de vida; epidemiológicos; cobertura dos sistemas de abastecimento.	Análise integrada de dados (modelo de forças motrizes).	A; B
BARRÊTO; PONTES; CORRÊA (2000)	Utilização do sistema sanitário e duração da amamentação entre crianças cearenses e menores de 1 ano que foram a óbito; socioeconômico de menores de 3 anos; socioeconômico de menores de 1 ano que foram a óbito.	Medidas de associação para analisar a notificação de óbito com relação às causas básicas: sensibilidade, especificidade e índice Kappa.	A; B; D
STANBURY; ROSENMAN (2014)	Socioeconômicos; disparidade em saúde relacionada ao trabalho.	Análise com comparação de taxas por cada grupo de raça e etnia hispânico/não- hispânico.	A; B; D
SOBRAL; FREITAS (2010)	Determinantes sociais; saúde ambiental; distribuição de renda; crescimento populacional; trabalho e emprego; atividades econômicas e níveis socioeconômicos.	Análise das abordagens conceituais; análise de organização dos indicadores a partir do modelo FPSEEA (Força Motriz; Pressão; Situação; Exposição; Efeito; Ação).	A; B
AAGAARD-HANSEN; SORENSEN; CHAIGNAT (2009)	Ambientais da saúde; determinantes sociais em saúde; ambientais e climáticos específicos; sociais.	Análise de pesquisas epidemiológicas.	B
ARAUZ et al. (2015)	Mortalidade na dengue; sociais, epidemiológicos; determinantes sociais da mortalidade da dengue.	Análise preliminar; análise exploratória.	B; C; D
JUNGES; BARBIANI (2013)	Qualidade de vida.	Análise a partir de uma leitura bioética.	A; B; C; D
SPIEGEL et al. (2007)	Risco; ambiente físico abaixo do normal; econômico.	Análise da probabilidade de fatores de risco por regressão logística (sistema SAS).	B; C

Quadro 2. (cont.)

MINARDI (2011)	Determinantes sociais; processo; substituição da situação real; aderência às diretrizes; renda pessoal e doméstica; determinantes sociais.	Análise multivariada com cálculo de Odds Ratio (OR). Utilizou a estratégia de análise transversal de amostra complexa.	B; C; D
COWLING; DANDONA; DANDONA (2014)	SDH (Determinantes Sociais da Saúde) domésticos e individuais; educação; mortalidade infantil; desnutrição infantil; educação de adultos; criança que não está na escola; água não melhorada; saneamento não melhorado; uso de combustível de biomassa no interior; habitação de baixa qualidade; sem eletricidade; ativos limitados.	Análise multivariada compondo um índice de pobreza multidimensional, estratificando por casta, urbanicidade e estado.	B; C
HIPP; LAKON (2010)	Socioeconômicos.	Análise temporal multivariada e multinível.	B; C
SNYDER et al. (2013)	Sociodemográficos e de infraestrutura.	Análise transversal territorial das características sociodemográficas e distribuição dos serviços.	B; C
XIMENES et al. (1999)	Epidemiológicos espaciais; composto de carência social; sintético de risco; socioeconômicos padronizados.	Análise transversal de situações de risco; análise de informações referentes a desagregados espaciais; análise de dados de caráter exploratório.	B

Onde: A= O estudo questiona/critica a atual estrutura da vigilância em saúde do país; B= O estudo aborda os determinantes e/ou desigualdades sociais; C= O estudo apresenta nova proposta para o funcionamento da vigilância em saúde a partir das noções de desenvolvimento humano segundo Bronfenbrenner e/ou Max-Neef; D= O estudo enfatiza a participação social.

Discussão

Esta revisão permitiu traçar um panorama sobre a relação da vigilância em saúde envolvendo determinantes sociais. Os diferentes métodos teóricos de abordagem não interferem na análise dos estudos, pois o debate em torno do atual modelo de vigilância no Brasil e em outros países tem se dado em diferentes contextos, sejam eles sociais, econômicos, políticos. No âmbito paradigmático, duas correntes orientam o debate da vigilância em saúde do país: a da determinação social da saúde operacionalizada por uma epidemiologia crítica de contestação e reflexão sobre o crescimento das iniquidades em saúde e pela desumanização da vida, provocada pelo sistema capitalista, sendo Jaime Breilh e Edmundo Granda dois dos expoentes dessa proposição; e a dos determinantes sociais em saúde operacionalizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em uma lógica multifatorial e de múltiplas conexões, mas que oculta a gênese das iniquidades ao deixar de considerar o capitalismo como uma questão ontogênica dos processos de iniquidades em saúde¹³. Contudo, a busca por meio de

descritores de saúde (em português, determinantes sociais da saúde e em inglês *social determinants of health*) não permitiu discernir uma corrente da outra, apesar de compreender ser contemporâneo e tenciona grupos acadêmicos e agentes do Estado.

Cabe ressaltar que, como toda revisão, a 'literatura cinza' é um elemento que impede afirmar sobre a totalidade da produção científica de um tema. Portanto, reconhece-se que não foram abrangidas todas as abordagens possíveis a respeito do tema. Além disso, como se trata de uma relação com a prática, ficou-se na dependência de os atores envolvidos serem impelidos a documentar suas práticas de vigilância que envolvam os determinantes sociais. Outra limitação foi a opção em restringir a busca aos descritores. Essa decisão foi focada na especificidade dos artigos, dado que um artigo em que os termos de busca aparecem como descritores se referem de fato ao tema. Já a opção de buscar em títulos, descritores e resumos foi testada e não foi encontrada na inclusão de artigos, pois eram abrangentes e não tratavam especificamente da pergunta de pesquisa,

Entretanto, foi possível identificar, por meio dos principais resultados dos estudos,

se eles referem crítica a atual estrutura da vigilância em saúde nos países, abordando os determinantes e/ou desigualdades sociais, e se contemplam as noções de desenvolvimento humano proposto por Bronfenbrenner e/ou Max-Neef^{4,6}, além da participação social, vista como essencial neste processo de investigação.

Subtema A – questiona/critica a atual estrutura da vigilância em saúde do país

Refere-se aos estudos com críticas ao atual sistema de vigilância nos países em estudo. Identificou-se que, dos 13 artigos, apenas um discutia a limitação da vigilância sobre a doença e sobre a sistematização de indicadores para planejamento e organização dos sistemas¹⁴, quatro se posicionavam contra uma vigilância que não engloba o território ou o ambiente em suas ações, que restringe o uso de indicadores relacionados com aspectos sociais, econômicos e ambientais, notificação de casos incompleta, sistemas de informação de saúde ineficientes¹⁵⁻¹⁷. Discute-se, portanto, a necessidade de ampliação da concepção de vigilância em saúde quanto à exposição direta e linear de causa-efeito, típica da epidemiologia tradicional, voltada aos indicadores, para a abordagem com intervenções sobre problemas de saúde, acompanhamento contínuo, ações sobre o território, segundo proposto pela vigilância da saúde^{10,16}. No entanto, observa-se que esse processo de construção histórica da vigilância carece de atualização, a fim de incorporar novas ferramentas, assim como mudanças no modo de agir dos atores envolvidos na vigilância.

Subtema B – aborda os determinantes e/ou desigualdades sociais

Todos os estudos abordam determinantes sociais em saúde, relacionados com as condições de vida e saúde atribuíveis ao ambiente, que se refere não somente ao natural, mas

também à ambiência cultural, societária e política¹⁴. Algumas das propostas de monitoramento e intervenção sobre esses determinantes são de uma vigilância ativa dos problemas socioambientais na população, intervenções específicas sobre populações vulneráveis, reestruturação das ações de vigilância em saúde para uma perspectiva da vigilância da saúde que permita a formação de equipes para monitoramento, e atuação multitransdisciplinar, com capacidade de diálogo com outros setores, construção de sistemas de informação capazes de auxiliar na análise de situação de saúde e tomada de decisões. Dois desses sistemas foram discutidos: o Sistema de Vigilância de Fator de Risco italiano (BRFS), voltado a indicadores de determinantes sociais, aplicado por meio de questionários em subgrupos populacionais, para avaliar, por exemplo, desigualdades, variação geográfica e acesso diferenciado aos serviços de saúde¹⁸; e o Sistema de indicador Força Motriz-Pressão-Situação-Exposição-Efeito-Ações (FPSEEA), elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para abordagem de inter-relações entre diferentes indicadores ambientais, sociais, econômicos e da saúde, dentro de uma matriz^{7,16}.

As desigualdades sociais relacionadas com renda, raça e características demográficas foram relacionadas com endemias, como hanseníase e tuberculose, no Brasil¹⁹, e surtos de dengue, na Colômbia²⁰, disparidades entre comunidades formais e informais no Rio de Janeiro²¹ e disparidades em saúde relacionada com o trabalho nos Estados Unidos¹⁷.

Subtema C – apresenta nova proposta para o funcionamento da vigilância em saúde a partir das noções de desenvolvimento humano segundo Bronfenbrenner e/ou Max-Neef

Nesta temática, os estudos se aproximam implicitamente à abordagem de desenvolvimento humano proposto por Bronfenbrenner como um

conjunto de processos através dos quais as particularidades das pessoas e do ambiente interagem para produzir constância e mudança nas características da pessoa no curso de sua vida⁴⁽¹⁹¹⁾.

Porém neste, o polo de atenção é para a vida cotidiana, e não para a vida sob privação decorrente de um problema de saúde⁵.

O enfoque na vida cotidiana das populações pressupõe intervir de fato sobre a realidade, ou seja, sobre o desenvolvimento humano das coletividades no território, o que exigirá intervenções de saúde intersetoriais, cada vez mais articuladas com outros setores do governo e da sociedade civil organizada⁵.

Não foram identificados estudos que abordassem a noção de Desenvolvimento Humano voltado às Necessidades Humanas de Max-Neef, em ações de promoção na vigilância ambiental em saúde.

Subtema D – enfatiza a participação social

Por fim, a participação social para reconhecimento do território, suas condições de vida e situação de saúde encontrou-se limitada à participação em entrevista e questionário adaptado de modelo de autópsia verbal¹⁵. Identificou-se também uma abordagem às relações sociais participativas, a partir do capital social, posto como exemplo a Estratégia Saúde da Família¹⁴. Há uma proposta de articulação das ações de vigilância da saúde com o Programa Saúde da Família, em que a família não é abstratamente considerada como 'lôcus' privilegiado de ações de saúde, mas o primeiro sistema constituidor do desenvolvimento humano, vista como a

melhor informante na construção das prioridades e das alternativas de ação sobre os determinantes e sobre os riscos individuais a que está exposta⁵.

Conclusões

Conhecer a contextualização teórica e prática de experiências em sistemas de vigilância em saúde em diferentes contextos sociais, culturais e políticos permitiu identificar o quanto ainda se tem caminhado em passos curtos na aplicabilidade de iniciativas do modelo de vigilância da saúde, no que se refere às práticas de desenvolvimento humano propostos por Bronfenbrenner e Max-Neef^{4,6}.

Iniciativas de articulação entre ações de vigilância voltadas ao desenvolvimento humano preenchem lacunas ainda presentes nesses sistemas que podem contribuir para a ampliação das desigualdades sociais. Essas iniciativas trazem como proposta uma vigilância da saúde que atue no monitoramento da vida cotidiana das populações no território. Ademais, fortalecem a participação social, para intervir de fato sobre a realidade, ou seja, sobre outras dimensões do desenvolvimento humano das coletividades no território, a saber: biológica, social, política e econômica.

Esta abordagem contribui para a estruturação de uma vigilância do desenvolvimento humano, com ênfase nas necessidades humanas, que estaria, desse modo, contribuindo para a identificação de problemas emergentes em saúde em populações vulneráveis a partir da participação popular. ■

Referências

1. Choi BCK. The past, present, and future of public health surveillance. *Scientifica* [internet]. 2012 [acesso em 2016 jan 23]; (2012):26. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/scientifica/2012/875253/cta/>.
2. Langmuir AD. The surveillance of communicable diseases of national importance. *N. Engl. j. med.* [internet]. 1963 [acesso em 2015 jun 3]; 268(4):182-92. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM196301242680405>.
3. Silva GAP, Vieira-da-Silva LM. Health surveillance: proposal for a tool to evaluate technological arrangements in local health systems. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2008 Nov [acesso em 2016 mar 05]; 24(11):2463-2475. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001100002&lng=en.
4. Bronfenbrenner U. Ecological systems theory. *Annals of Child Development*, Oxford. 1989 6:187-249.
5. Franco ALS, Bastos ACS. Um olhar sobre o Programa de Saúde da Família: a perspectiva ecológica na psicologia do desenvolvimento segundo Bronfenbrenner e o modelo da vigilância da saúde. *Psicol. estud.* [internet]. 2002 [acesso em 2016 nov 14]; 7(2):65-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722002000200008&lng=en&nrm=iso.
6. Max-Neef, M. A. Desenvolvimento humano à escala humana. Concepção, aplicação e reflexões posteriores. Blumenau: Edifurb, 2012. (Col. Sociedade e Ambiente 6).
7. Freitas JD. Por uma pedagogia dos satisfatores para a promoção da saúde: dos espaços estruturais de Boaventura de Souza Santos às necessidades humanas de Max-Neef [tese] [internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2010. 151 p. [acesso em 2015 jun 23]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2558>.
8. D'Aguiar RF, organizador. Celso Furtado e a dimensão cultural do desenvolvimento [internet]. Rio de Janeiro: Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento, 2013. [acesso em 2016 nov 3] [e-papers] 240 p. Disponível em: <http://goo.gl/N0mF33>.
9. Minayo MCS. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciênc Saúde colet.* [internet]. 2001 [acesso em 2016 mar 6]; 6(1):07-19. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100002&lng=en.
10. Santiago-Neta IS, Gonçalves ICM, Costa AM et al. A vigilância da saúde indutora do desenvolvimento humano. [internet]. In: Anais 2. Simpósio Brasileiro de Saúde Ambiental; 2014 19-23 Out., Belo Horizonte, Brasil: Minascentro [acesso em 2015 nov 16]. Disponível em: http://www.sibsa.com.br/resources/anais/4/1404176030_ARQUIVO_Vigilanciadodesenvolvimentohumano_Inez_santiaigoneta_et al.pdf.
11. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)* [internet]. 2010 Mar [acesso em 2016 mar 6]; 8(1):102-106. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en.
12. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm.* [internet]. 2008 Dez [acesso em 2016 mar 26]; 17(4):758-764. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en.
13. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac.*

- Salud Pública [internet]. 2013 Dez [acesso em 2015 jun 25]; 31(Suppl 1):13-27. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en.
14. Junges JR, Barbiani R. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. *Rev. bioet.* [internet]. 2013 [acesso em 2015 jun 25]; 21(2):207-17. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/810/896.
 15. Barrêto IC, Pontes LK, Corrêa L. Vigilância de óbitos infantis em sistemas locais de saúde: avaliação da autópsia verbal e das informações de agentes de saúde. *Rev Panam Salud Publica* [internet]. 2000 [acesso em 2016 nov 16]; 7(5):303-12. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v7n5/2362.pdf>.
 16. Barcellos C, Quitério LAD. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. *Rev. saúde pública.* [internet]. 2006 Fev [acesso em 2016 mar 06]; 40(1):170-77. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100025&lng=en.
 17. Stanbury M, Rosenman KD. Occupational Health Disparities: A State Public Health-Based Approach. *Am J Ind Med* [internet]. 2014 May [acesso em 2016 jun 16]; 57(5):596-604. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ajim.22292/abstract;jsessionid=F5A49EE75771F33C6A48AA180E40CF12.f01t01>.
 18. Minardi V, Campostrini S, Carrozzi G, et al. Social determinants effects from the Italian risk factor surveillance system PASSI. *Int J Public Health* [internet]. 2011 [acesso em 2015 jun 05]; 56:359-66, 2011. Disponível em: <https://slideheaven.com/social-determinants-effects-from-the-italian-risk-factor-surveillance-system-pas.html>.
 19. Ximenes RA, Martelli CMT, Souza WV, et al. Vigilância de doenças endêmicas em áreas urbanas: a interface entre mapas de setores censitários e indicadores de morbidade. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 1999 [acesso em 2015 nov 16]; 15(1): 53-61, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/v15n1/0035.pdf>.
 20. Arauz MJ, Ridde V, Hernández LM, et al. Developing a Social Autopsy Tool for Dengue Mortality: A Pilot Study. *PLoS ONE* [internet]. 2015 [acesso em 2016 jun 5]; 10(2):e0117455. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0117455>.
 21. Snyder RE. A Comparison of Social and Spatial Determinants of Health Between Formal and Informal Settlements in a Large Metropolitan Setting in Brazil. *J Urban Health* [internet]. 2014 [acesso em 2016 jun 20]; 91(3):432-445. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4074326/>.

Recebido em 28/06/ 2017

Aprovado em 15/02/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Cultura organizacional na área da saúde: um estudo bibliométrico

Organizational culture in the health field: a bibliometric study

Pedro Henrique Fonseca¹, Ingrid Margareth Voth Lowen², Mariane Lemos Lourenço³, Aida Maris Peres⁴

RESUMO O artigo objetivou identificar as características das pesquisas na área de saúde sobre o tema cultura organizacional publicadas em revistas brasileiras. A busca foi efetuada na Biblioteca Virtual em Saúde a partir do termo ‘cultura organizacional’, no período de 2007 a 2016. Foram encontrados 30 artigos em revistas nacionais de Qualis A1, A2, B1 nas áreas de avaliação Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior): enfermagem, saúde coletiva e psicologia. Os resultados evidenciaram o predomínio de artigos quantitativos e a aplicação de grande variedade de instrumentos para analisar a cultura organizacional na saúde, o que amplia as possibilidades de investigação e análise de diferentes aspectos do tema.

PALAVRAS-CHAVE Cultura organizacional. Saúde pública. Enfermagem. Psicologia. Bibliometria.

ABSTRACT *The article aims to identify the characteristics of research studies in the healthcare field on organizational culture published in Brazilian journals. The search was carried out in the Virtual Health Library from the search term ‘organizational culture’, in the period between 2007 and 2016. Thirty (30) articles were found in national journals rated Qualis A1, A2, B1 in the following Capes (Coordination of Superior Level Staff Improvement) assessment areas: nursing, collective health and psychology. The results showed the prevalence of quantitative articles, and the application of a large variety of instruments to analyze organizational healthcare culture, which broadens the possibilities of investigation and analysis of different aspects of the theme.*

KEYWORDS *Organizational culture. Public health. Nursing. Psychology. Bibliometric.*

¹Universidade Federal do Paraná (UFPR), Programa de Pós-Graduação em Administração – Curitiba (PR), Brasil.
pi.fonseca@hotmail.com

²Universidade Federal do Paraná (UFPR), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Curitiba (PR), Brasil.
pilowen@gmail.com

³Universidade Federal do Paraná (UFPR), Programa de Pós-Graduação em Administração – Curitiba (PR), Brasil.
psimari@uol.com.br

⁴Universidade Federal do Paraná (UFPR), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Curitiba (PR), Brasil.
amaris@ufpr.br

Introdução

A cultura organizacional é um termo com vastas possibilidades de pesquisa, que podem ser executadas por diferentes abordagens. Fleury e Fischer¹ distinguem três formas de investigação da cultura organizacional: a partir da visão da antropologia, que é caracterizada pela observação; a visão empirista, que é representada pela análise dos comportamentos na organização; e a clínica, que realiza a pesquisa na organização como uma forma de diagnóstico. Essas formas de investigação evidenciam a capacidade do campo para estudos e utilização de diferentes mecanismos para construções de artigos, com métodos tanto transversais quanto longitudinais, quantitativos, qualitativos e mistos, bem como estudos empíricos e teóricos.

Conceituar cultura organizacional não decorre de posições consensadas, já que ela é estudada a partir de várias perspectivas². Existem diversos conceitos para definir cultura. Pires e Macêdo relatam que cultura é “um conjunto complexo e multidimensional de tudo o que constitui a vida em comum nos grupos sociais”³⁽⁸⁴⁾. Ainda pelos mesmos autores, cultura é tudo o que integra uma sociedade e oferece modos para pensar e agir. A cultura é algo amplo e complexo, como citado, está presente em todas as dimensões da vida humana. Já Chatman e O'Reilly⁴ definem a cultura em termos de seus mecanismos psicológicos subjacentes, que os autores identificam como normas sociais que operam através das informações e influências da sociedade também nas organizações.

As organizações são tratadas como organismos e sistemas de conhecimentos, imersos em uma estrutura social, servindo como pontos primários de referências para construir o pensamento humano. Ressalta-se que as organizações são, também, constituídas por pessoas que partilham significados e agem de forma conjunta^{5,6}. Nesse sentido, nas constantes relações entre as pessoas de

uma organização, considerando-as imersas em uma sociedade ou ambiente, pode-se dizer que a cultura está presente nas organizações. Scmircich⁵ relata que a relação entre as organizações e cultura é dividida em dois campos de estudo: o primeiro situa a cultura organizacional como uma variável que pode ser gerenciada, tratando o tema como algo que a organização tem; já o segundo traz a cultura organizacional como uma metáfora, admitindo que ela é algo que a organização é.

Ao descrever a formação da cultura de um grupo, Schein⁷ afirma que uma das formas é a cultura originada a partir de um líder que impõe suas visões, metas, crenças, valores pessoais a um grupo, e determina como as coisas devem acontecer. Essa imposição pode produzir confiança neste líder; e, a partir do sucesso do resultado da tarefa, os valores e as crenças serão reconhecidos e compartilhados. Sua conclusão será de que ‘esta é a forma correta’ de pensar, sentir e agir. Se não tiver sucesso, o grupo fracassará ou buscará outro líder que levará as suas crenças e valores, podendo ser aceitas e gradativamente consideradas verdadeiras.

De acordo com Schein⁷, a cultura consiste em uma aprendizagem acumulada e compartilhada por um determinado grupo, envolvendo aspectos comportamentais, emocionais e cognitivos dos seus membros. Os valores que se tornam inegociáveis e compartilhados são aprendidos ao longo do processo de resolução dos problemas para sobreviver, crescer e se adaptar ao ambiente externo e de integração interna no seu funcionamento, adaptação e aprendizado. Esse padrão de pensar, agir e sentir ante os problemas persiste no ensinamento aos novos membros do grupo.

Na área da saúde, a importância da cultura organizacional também tem sido evidenciada. A saúde é considerada “um bem comum, um direito à vida nas sociedades modernas e um vetor de desenvolvimento sustentável”⁸⁽¹⁾. Kurcgant e Massarollo⁹, pesquisadoras da área da saúde, citam o conjunto de convicções,



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

objetivos, normas, rituais e a forma de resolver os problemas pela equipe ao conceito de cultura organizacional, e que espelha os objetivos e valores da organização. Também afirmam que a compreensão da realidade organizacional é fundamental, tanto nos seus elementos formais, tais como organogramas, regulamentos, manuais de técnicas e procedimentos, entre outros, como nos informais, que não são visualizados por meio de documentos e outras formas concretas, entre os quais estão a cultura e o poder. Acrescenta-se a importância de considerar o contexto social e cultural na gestão organizacional, a inserção do meio ambiente como influenciador nos “valores, atitudes e comportamentos das pessoas”, o que reflete nos “processos decisórios e nas formas de gestão”¹⁰⁽⁵⁶⁾.

Um estudo desenvolvido com enfermeiros em um hospital da Coreia do Sul, no qual é analisada a relação entre a cultura organizacional e *bullying*, evidenciou que uma cultura orientada para hierarquia aumenta a chance de sofrer *bullying* do que em uma cultura na qual se privilegia uma relação horizontalizada¹¹. No Brasil, um estudo que analisou a cultura organizacional e a capacidade de resiliência dos trabalhadores em um hospital psiquiátrico, demonstrou que a “rigidez, hierarquização, controle do trabalho e desvalorização da liberdade e da autonomia individual”¹²⁽⁸²³⁾, relacionados com o modelo de gestão e organização, podem levar os trabalhadores ao sofrimento e ao adoecimento, o que leva à necessidade de desenvolver a resiliência.

Na saúde pública, a cultura organizacional também tem interferido nos resultados de gestão. Em um estudo em Portugal, mudanças na cultura após a capacitação de gestores na área refletiram positivamente para as reformas necessárias no setor¹³. Portanto, as diferentes áreas e profissionais de saúde têm sido influenciados pela cultura da organização, e o desafio é de evidenciar aspectos que possam contribuir favoravelmente para as mudanças e melhorias nos resultados, na saúde do trabalhador, entre

outros fatores inerentes ao processo de trabalho e seu gerenciamento.

Com o intuito de ampliar o conhecimento e compreender a perspectiva de estudos publicados que abordam a cultura organizacional em revistas de saúde, especificamente na saúde coletiva, enfermagem e psicologia, o objetivo desta revisão foi identificar as características das pesquisas brasileiras da área de saúde sobre o tema cultura organizacional publicadas na última década, entre os anos de 2007 a 2016. A importância deste trabalho justifica-se pela necessidade de reconhecer as diversas influências e contribuições do estudo organizacional na área de saúde. O estudo oferece contribuições também para que os pesquisadores da área de cultura organizacional e saúde adquiram um panorama geral das pesquisas realizadas nos últimos dez anos como fundamento para pesquisas futuras.

Metodologia

Realizou-se uma pesquisa quantitativa de caráter exploratório¹⁴ para a qual foi utilizada a técnica da bibliometria. Pritchard definiu a bibliometria como “a aplicação de métodos matemáticos e estatísticos a livros e outros meios de comunicação”¹⁵⁽³⁴⁸⁾. Também é conceituada como a mensuração da produção científica, a partir de busca em periódicos, conjuntos de estudos e artigos, com objetivo de contribuir para o levantamento, avaliação e análise da produção científica¹⁶.

Buscou-se, na Plataforma Sucupira, uma ferramenta para coleta de informações, análises e avaliações¹⁷, o Qualis-Periódicos, que afere a qualidade dos artigos e outras produções publicadas. Essa busca foi realizada a partir da classificação de periódicos brasileiros 2015, das áreas de avaliação – enfermagem; saúde coletiva; psicologia – com o Qualis A1, A2 e B1, por serem as áreas da saúde de maior produção sobre o tema.

Após a identificação das revistas desses Qualis, prosseguiu-se a busca no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). O Portal Regional da BVS é caracterizado como um espaço de integração de fontes de informação em saúde que promove a democratização e ampliação do acesso à informação científica e técnica em saúde na AL&C (América Latina e Caribe)¹⁸. O portal da BVS oferece acesso a seis bases especializadas nacionais: Bibliografia Brasileira de Odontologia (BBO); Base de Dados de Enfermagem (BDENF); Coleção Nacional das Fontes de Informação do SUS (ColecionaSUS); Homeoindex, Bibliografia Brasileira de Homeopatia; Psicologia Diversas Bases de Dados; Bibliografia em Indicadores da Saúde (IPSA). Ademais, também oferece acesso a cinco bases de dados que abordam temas de ciências da saúde em geral: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs); Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline); Scientific Electronic Library Online (SciELO); Revisões Sistemáticas da Colaboração Cochrane (Cochrane); Legislação Básica de Saúde da América Latina e Caribe (Leyes). Utilizou-se o descritor ‘cultura organizacional’ também utilizado em inglês, para selecionar os artigos nos periódicos, conforme critérios descritos acima, quanto ao Qualis A1, A2 e B1, em periódicos brasileiros.

Como filtro para a seleção, foram utilizados: artigo, texto completo, país de filiação – Brasil, data de publicação, entre 2007 e 2016 e assunto principal –, cultura organizacional. Considerando que o foco da pesquisa era verificar os estudos sobre cultura organizacional, nas revistas da área de saúde e realizados no Brasil, a aplicação dos filtros citados acima permitiu afunilar os resultados de forma automática, sendo que a escolha dos filtros foi baseada nos objetivos do trabalho. A tabulação dos dados da pesquisa bibliométrica foi realizado no *software* Microsoft Excel® para análise estatística.

Resultados e discussão

Após a definição do conteúdo de pesquisa, seleção dos artigos perante os critérios pre-estabelecidos e devida tabulação dos dados, apresentam-se aqui as características das publicações realizadas no período de 2007 a 2016.

O termo cultura organizacional no portal da BVS gerou 23.044 resultados. A partir da utilização dos filtros: Texto completo – Disponível –, Assunto principal – Cultura Organizacional –, Ano de publicação – 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 –, Tipo de documento – artigo – e país de afiliação – Brasil. Após a ativação dos filtros citados acima, foram encontrados 54 resultados, dos quais foram selecionados 30 artigos a partir do critério de escolhas de revistas, dessa forma, 24 artigos não atendiam ao requisito de Qualis Capes A1, A2 e B1 em periódicos das áreas de enfermagem, saúde coletiva e psicologia, conforme definido pela metodologia.

Referente a publicações por período, a média encontrada de publicações de artigos por ano é de três, e o desvio padrão é de 1.4907. Dentro da quantidade de publicações por ano, não foram encontrados valores considerados *outliers*, ou seja, fora do padrão de publicações.

Os períodos mais distantes da concentração de quantidades de artigos publicados são os anos de 2011 e 2013 com um artigo cada, e os anos de 2009 e 2016, ambos com cinco artigos publicados. O primeiro semestre do ano de 2017, ano não contabilizado nesta busca, não apresentou publicações dentro dos critérios estabelecidos para a realização desta pesquisa.

Quanto às regiões das pesquisas, destaca-se o Sudeste com 12 (40%) dos artigos publicados, seguido de estudos multirregionais com 3 (10%) das pesquisas, Sul e Centro-Oeste com 4 (13,2%), a região Nordeste consta com um (3,3%) dos artigos publicados. Não foi possível identificar a região de 5 (16,6%) pesquisas, 1 (3,3%) artigo utiliza

dados secundários do contexto brasileiro, e 4 (13,2%) artigos são estudos teóricos.

Sobre os autores das referidas pesquisas, foram encontrados 103 pesquisadores, sendo a moda de 4 autores por estudo. Entre as informações disponíveis sobre estes, percebe-se uma grande concentração de autores com graduação área de enfermagem (65%) e medicina (25%), e demais autores de diferentes campos, como fonoaudiologia, comunicação social e farmácia (10%). De muitos desses autores também foi possível visualizar algum tipo de contato

com a área administrativa em seu histórico profissional, como a atuação na gestão estratégica de organizações de saúde ou especializações na referida área, até mesmo no nível de mestrado e doutorado.

Conforme citado, os artigos tinham o requisito de estar publicados em revistas de Qualis A1, A2 ou B1, portanto, foi realizada a separação dos artigos por revistas, a fim de demonstrar quais revistas mais publicaram o tema 'cultura organizacional', conforme o *quadro 1*.

Quadro 1. Nome das revistas e seu número de publicações, Qualis segundo critérios da Capes nas áreas de enfermagem, saúde coletiva, psicologia e administração

Revista	Qualis				Número de publicações
	Enfermagem	Saúde Coletiva	Psicologia	Administração	
Revista Latino-Americana de Enfermagem	A1	B2	A2	A2	3
PSICO-USF	B2	B2	A2	B2	4
Revista da Escola de Enfermagem da USP	A2	B2	-	-	3
Avaliação Psicológica	B3	B4	A2	B2	3
Paidéia	B2	B2	A1	B1	3
Revista Psicologia: Organizações e Trabalho	B4	B4	A2	B1	3
Einstein	B2	B3	B1	-	2
Estudos de Psicologia	B2	B3	A1	B2	2
Revista Gaúcha de Enfermagem	B1	B2	B1	B2	2
Cogitare Enfermagem	B1	B4	B2	B2	1
Psicologia Clínica	-	-	A2	-	1
Psicologia em Revista	B3	B4	A2	-	1
Revista Brasileira de Enfermagem	A2	B1	A2	B1	1
Revista da SPAGESP	B3	-	B1	-	1

Foram selecionados artigos de 14 revistas diferentes. Dessas, 11 (78%) encontram-se nas três áreas de avaliação Qualis A1, A2 ou B1 selecionadas: enfermagem, saúde coletiva e psicologia, simultaneamente,

exceto três revistas: Revista da Escola de Enfermagem da USP, Psicologia Clínica e a Revista da SPAGESP. Nove (64%) revistas também são avaliadas pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível

Superior (Capes) na área de administração.

Quanto aos aspectos metodológicos, dos 30 artigos analisados, 26 (87%) são pesquisas empíricas, e 4 (13%) são pesquisas teóricas. Assim, a apresentação dos demais aspectos metodológicos será realizada a partir de duas categorias: artigos empíricos e artigos teóricos.

Entre os artigos empíricos, 23 (88%) são constituídos por técnicas quantitativas, 1 (4%) artigo é formado por uma pesquisa mista, a primeira quantitativa e a segunda qualitativa, e os outros 2 artigos (8%) são relatos de experiência, referentes à estágio e aplicação de projeto.

A desproporção entre a pesquisa quantitativa e qualitativa nos estudos sobre cultura organizacional remete à necessidade de analisar o motivo da escolha predominantemente da primeira abordagem. Minayo afirma que o “caráter do objeto específico do conhecimento”¹⁹⁽⁶³⁾ a ser pesquisado é que define a escolha do método de pesquisa. Um estudo que analisou os métodos empregados na produção de dissertações e teses referentes à administração em enfermagem evidenciou 49% de pesquisas quantitativas e 43% de qualitativas, diferentemente da presente pesquisa²⁰.

A opção de método misto, que é a combinação da abordagem quantitativa e qualitativa indicada quando se quer compreender de forma mais ampla e/ou melhor o objeto pesquisado e que é caracterizada pela complementaridade

de métodos, o que nem sempre é necessário, mas poderá ampliar a análise do problema²¹, mostrou-se incipiente nesta busca.

Quanto à utilização da nomenclatura questionário e *survey*, optou-se pela classificação de acordo com o termo utilizado no artigo, sem realizar juízo de valor quanto ao termo ou método, mas vale ressaltar que as técnicas juntas correspondem a 63% das formas de coleta de dados. Justifica-se a utilização de questionários, *surveys* e que incluem as diversas escalas já elaboradas e validadas anteriormente, que caracterizam a pesquisa quantitativa. Bruno-Faria e Fonseca, ressaltam que “os instrumentos validados com rigor científico permitem a realização de estudos diversos [...]”²²⁽³²⁾.

Quanto à grande variedade de ferramentas, relacionadas na *tabela 1*, foram identificadas 26 delas para coleta e análise dos dados quantitativos, com destaque para o Instrumento Brasileiro para Avaliação da Cultura Organizacional (Ibaco), presente em quatro diferentes artigos. Ressalta-se que alguns artigos utilizaram mais do que uma ferramenta em sua pesquisa, semelhante ao encontrado em uma pesquisa bibliográfica²². Embora em dois artigos não tenham sido descritas as ferramentas utilizadas, identificou-se uma grande variedade de ferramentas disponíveis para avaliação de diversos aspectos da cultura organizacional.

Tabela 1. Relação de ferramentas utilizadas para coleta e análise

Ferramenta de coleta e análise	Frequência
Instrumento Brasileiro para Avaliação da Cultura Organizacional – Ibaco	4
Escala de Clima Organizacional para Organizações de Saúde	1
Escala de afetos positivos e negativos no trabalho	1
Escala de Comportamentos de Cidadania Organizacional (CCO)	1
Escala de Comportamentos de Redesenho do Trabalho	1
Escala de Comprometimento Organizacional	1
Escala de Configuração de Poder Organizacional (ECPO)	1
Escala de Copyng Ocupacional	1

Tabela 1. (cont.)

Escala de Satisfação no Trabalho de Siqueira	1
Escala de Autoestima de Rosenberg	1
Escala de Suporte Laboral (EsuL)	1
Inventário de Valores Organizacionais	1
Escala de cultura organizacional: culturas de clube, de função, de tarefa e existencial (4 escalas)	1
Múltiplas escalas derivadas de estudos anteriores	1
Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)	1
Organizational Culture Inventory (OCI) adaptado	1
Escala de Valores Organizacionais e Escala de Valores do Trabalho	1
Questionário de Atitudes de Segurança	1
Questionário Multifatorial de Liderança	1
Schwartz Values Survey	1
Self Assessment Questionnaire 30 (SAQ 30)	1
Ferramenta não descrita pelo artigo	2
Artigo teórico (levantamento bibliográfico)	4
Total	30

Fonte: Elaboração própria.

Dos instrumentos aplicados em seis hospitais (28,5%), quatro foram exclusivamente para a equipe de enfermagem, e três incluíram médicos e trabalhadores não especificados, com a utilização de um ou mais instrumentos acima citados. Cinco (23,8%) pesquisas foram realizadas com estudantes, professores ou trabalhadores não especificados em Instituições de Ensino Superior (IES), e dez (47,6%) foram realizadas em organizações públicas, indústria farmacêutica, alimentícia e em outras não especificadas. No entanto, ressalta-se a falta de estudos nas revistas pesquisadas na área da atenção primária à saúde, bem como o olhar do usuário e sua relação com a cultura organizacional.

Do total de artigos pesquisados, três (14,2%) abordam a cultura de segurança do paciente, tema em evidência na área da saúde, já que os riscos existem em todas as áreas da saúde e poderão ser evitados a

partir de ‘práticas seguras’, conforme citado em um estudo reflexivo²³. Nas pesquisas encontradas, aplicam questionários específicos para esse fim: Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), Self Assessment Questionnaire 30 e Questionário de atitudes de segurança. Os artigos recomendam fortalecer os valores que caracterizam a cultura organizacional de modo que promova maior segurança para os pacientes no ambiente do cuidado, neste caso, nos hospitais²⁴.

Referente aos métodos mistos utilizados, destaca-se que um artigo realizou sua coleta de dados em documentos e questionários, um artigo adquiriu seus dados a partir de questionários e entrevistas. Ademais, um dos artigos é caracterizado pela análise de dados obtidos em prontuários de um sistema chamado ‘Telemedicina’, o qual auxilia profissionais de saúde por meio de apoio de especialistas na assistência ao paciente²⁵

que consiste em impacto da telemedicina na cultura hospitalar e suas consequências na qualidade dos cuidados e da segurança.

A seguir, apresenta-se um quadro com os artigos selecionados a partir da utilização de um instrumento previamente elaborado

e validado e artigos que descrevem a elaboração e validação de instrumento. Busca-se, por meio deste quadro, sintetizar as principais informações do artigo e do instrumento utilizado.

Quadro 2. Relação de artigos estudados e devidos instrumentos utilizados

Título	Objetivo principal do estudo	Instrumento utilizado	Conclusões
1. Patient safety culture at Neonatal Intensive Care Units: perspectives of the nursing and medical team.	Verificar a avaliação da cultura de segurança do paciente, de acordo com o cargo e tempo de trabalho das equipes de enfermagem e médica de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal	Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)	As diferenças encontradas remetem a uma possível relação da avaliação da cultura de segurança com as características profissionais dos sujeitos das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal
2. Organizational influence on the occurrence of work accidents involving exposure to biological material.	Analisar os acidentes de trabalho com exposição a materiais biológicos, ocorridos entre trabalhadores de enfermagem, e avaliar a influência da cultura organizacional sobre a ocorrência desses acidentes	Instrumento Brasileiro para Avaliação da Cultura Organizacional (Ibaco)	Não foi possível constatar a influência dos valores e práticas organizacionais sobre o comportamento dos trabalhadores, frente à ocorrência desses acidentes
3. Do Work Values Predict Preference for Organizational Values?	Identificar a predição de valores do trabalho sobre a preferência por valores organizacionais, de maneira coerente, com a similaridade conceitual prevista pela Teoria de Valores	Escala de Valores Organizacionais e Escala de Valores do Trabalho	Esses construtos possuem comensurabilidade nominal adequada para a condução de estudos de compatibilidade organização individual, assim como aplicações no campo da socialização organizacional, orientação profissional e de carreira
4. The impact of transactional and transformational leadership style on organizational citizenship behaviors	Investigar o impacto dos estilos de liderança transacional e transformacional sobre os comportamentos de cidadania organizacional	Questionário Multifatorial de Liderança à Escala de Comportamentos de Cidadania Organizacional (CCO)	Os líderes transformacionais mostram-se mais aptos a levarem seus subordinados a adotar ações que vão além de seus papéis prescritos
5. O impacto dos valores pessoais e organizacionais no comprometimento com a organização	Investigar o impacto dos valores pessoais e organizacionais no comprometimento com a organização	Schwartz Values Survey (SVS), a qual contém 60 valores, que avaliam 10 tipos motivacionais. Inventário de Valores Organizacionais, composto por 36 valores. Escala de Comprometimento Organizacional composta por 18 itens	Foram apresentadas algumas sugestões de estratégias com base em valores capazes de suscitar maior comprometimento do empregado
6. Cultura organizacional e avaliação de instituições de educação superior: semelhanças e diferenças	Detectar níveis de presença e variabilidade dos oito fatores da cultura organizacional detectados em empresas: distância hierárquica; controle da incerteza; individualismo; masculinidade; assertividade; orientação para a realização; para o futuro; para a afiliação	Conjunto de escalas com 115 itens para medir os níveis de presença dos oito fatores da cultura organizacional, derivadas de pesquisas anteriores	Os resultados indicaram diferenças estatisticamente significativas entre e intra diferentes classes de IES, correlações negativas significativas entre as avaliações e os fatores distância do poder, individualismo e masculinidade, e positivas entre as avaliações e o controle da incerteza, assertividade, orientação para o futuro, para a realização e para a afiliação

Quadro 2. (cont.)

7. Patient safety in organizational culture as perceived by leaderships of hospital institutions with different types of administration	Identificar percepções das lideranças sobre as dimensões da cultura de segurança do paciente no cotidiano de hospitais de diferentes perfis administrativos: públicos, organizações sociais e privados, e realizar correlação entre as instituições participantes, de acordo com as dimensões da cultura de segurança do paciente utilizadas	Self Assessment Questionnaire 30 (SAQ 30)	As dimensões da cultura de segurança do paciente têm valores distintos nas diferentes organizações hospitalares, e a sua investigação possibilita identificar quais necessitam ser introduzidas ou aprimoradas para maior segurança do paciente
8. The organizational culture of a Brazilian public hospital	Analisar a cultura organizacional de um hospital público brasileiro	Instrumento Brasileiro para Avaliação da Cultura Organizacional – Ibaco	Fica evidenciado que modelos tradicionais de organização do trabalho sustentam as práticas de trabalho do hospital e determinam a cultura organizacional
9. Escala de Suporte Laboral: construção e estudo das qualidades psicométricas	Construir uma Escala de Suporte Laboral (Esul) e realizar estudos de evidência de validade de construto e confiabilidade da mesma	Escala de Suporte Laboral (Esul)	A consecução dos objetivos propostos neste estudo permite continuidade no processo de validade da Esul, além de normatização e futuro envio para avaliação do Conselho Federal de Psicologia
10. Evidence of Validity of the Job Crafting Behaviors Scale	Acrescentar à literatura, indícios de validade da Escala de Satisfação no Trabalho de Siqueira, testando-a em uma amostra de Segurança Pública.	Escala de Satisfação no Trabalho de Siqueira	A escala apresentou-se confiável, sendo importante instrumento gerencial no diagnóstico de satisfação no trabalho
11. O impacto do clima no comprometimento afetivo em equipes de trabalho	Investigar o poder explicativo do clima sobre a efetividade das equipes.	O comprometimento foi mensurado por uma escala unifatorial composta por 9 itens, enquanto o Clima Social foi mensurado por 35 perguntas	Evidenciaram que a qualidade das relações entre o líder e os membros, o espaço para a inovação e o conhecimento das demandas de desempenho explicam 26% da variância do comprometimento, considerado critério afetivo de efetividade. Esses resultados permitem a identificação dos elementos do clima relacionados com os vínculos afetivos estabelecidos com a equipe
12. Estratégias para criar no trabalho: proposição teórica e validação psicométrica de medida	Teve como objetivo a proposição teórica e a validação psicométrica de medida de estratégias para criar no trabalho	Criação de instrumento	Os resultados indicaram a adequação da medida proposta, que em muito pode contribuir para o avanço das pesquisas em criatividade no trabalho, e apontam caminhos para o refinamento da medida
13. Evidências de Validade da Escala de Comportamentos de Redesenho do Trabalho	Adaptar e reunir evidências de validade da Escala de Comportamentos de Redesenho do Trabalho para o contexto brasileiro	Escala de Comportamentos de Redesenho do Trabalho	A escala demonstrou evidências de validade, o que recomenda seu uso para futuras pesquisas sobre as mudanças que os indivíduos realizam em seu trabalho
14. O Poder discriminante da escala de configuração do poder organizacional na perspectiva macro organizacional e sua utilização como instrumento de caracterização do perfil cultural das organizações	Avaliar o poder discriminante da escala de Configurações de Poder organizacional para identificar as diferentes formas de manifestação de cada uma das configurações de poder em diferentes organizações, numa perspectiva macro organizacional/cultural	Escala de Configuração do Poder Organizacional (ECPO)	A análise discriminante mostrou que todas as configurações contribuem para os efeitos multivariados identificados na Manova (Multivariate Analysis of Variance), sendo possível concluir que as configurações de poder caracterizam as organizações estudadas e produzem efeitos diferenciados em relação a elas, o que também remete ao construto no nível organizacional
15. Cultura organizacional, coping e bem-estar subjetivo: um estudo com professores de universidades brasileiras	Analisar as relações entre cultura organizacional, coping e bem-estar subjetivo, operacionalizado em termos dos afetos positivos e negativos	Instrumento Brasileiro de Acesso à Cultura Organizacional (Ibaco), Escala de Coping Ocupacional e Escala de Afetos Positivos e Negativos no Trabalho	Este estudo contribui para explicar as variâncias das emoções no trabalho dos professores

Quadro 2. (cont.)

16. Inventário de cultura organizacional: adaptação e validação de um instrumento de diagnóstico para o contexto brasileiro	Adaptar e validar para o contexto brasileiro, o Organizational Culture Inventory (OCI), proposto por Cooke e Lafferty (1989)	Inventário de Cultura Organizacional (Organizational Culture Inventory - OCI)	Os resultados são discutidos à luz de diferenças metodológicas e culturais, sugerindo-se uma agenda de pesquisas da qual constam redefinições conceituais e operacionais e a utilização do instrumento em modelos explicativos relacionados com critérios de desempenho organizacionais
17. Escala de clima organizacional para organizações de saúde: desenvolvimento e estrutura fatorial	Desenvolver e validar a Escala de Clima Organizacional para Organizações de Saúde	Escala de Clima Organizacional para Organizações de Saúde	A Escala de Clima Organizacional para Organizações de Saúde demonstrou boa qualidade psicométrica, considerando-se o contexto cultural investigado
18. Cultura organizacional de um hospital privado	Avaliar os valores e as práticas que caracterizam a cultura organizacional de um hospital privado	Instrumento Brasileiro para Avaliação da Cultura Organizacional (Ibaco)	Na percepção dos trabalhadores, existe cooperação no trabalho, a instituição busca a satisfação do cliente e um bom relacionamento interpessoal, apesar de haver rigidez hierárquica
19. Atitudes profissionais para cultura de segurança do paciente em unidade de transplante de medula óssea.	Identificar as atitudes dos profissionais da saúde que evidenciem a cultura de segurança do paciente em unidade de Transplante de Medula Óssea	Questionário de Atitudes de Segurança	É necessário fortalecer as atitudes dos profissionais para a cultura de segurança do paciente na unidade investigada
20. Autoestima como expressão de saúde mental e dispositivo de mudanças na cultura organizacional da polícia	Problematizar como a autoestima e a saúde mental desses profissionais afetam e são afetadas pela cultura organizacional da polícia	Escala de Autoestima de Rosenberg	A pesquisa foi uma contribuição importante em nessa realidade, constituindo uma intervenção sistematizada com policiais
21. Inter-relações entre forças influenciadoras e cultura organizacional	Testar a parte da Teoria da Adequação Cultural (TAC) de Handy (2006), que relaciona as forças influenciadoras tamanho da empresa, ciclos de vida, padrões de trabalho e pessoas a diferentes combinações culturais	Quatro escalas de cultura organizacional	Os resultados evidenciaram diferenças significativas entre as empresas nas culturas de função, tarefa e existencial. As forças influenciadoras sugerem explicações para essas diferenças. Foi possível diagnosticar as organizações e recomendar ajustes às empresas

Em 2002, nos Estados Unidos, foi lançado um documento denominado 'Medical professionalism in the new millennium: a physician charter', que refere que o comportamento individual do médico está relacionado com a cultura, com as políticas e com os comportamentos das organizações nas quais esse profissional está inserido. Posteriormente, foi elaborada uma carta relacionada com o profissionalismo nos cuidados de saúde, na qual foi ampliado o escopo das abordagens, em que é abordada a cultura organizacional. Consideram-na como a chave para o profissionalismo e incentivam os líderes nas organizações a criarem uma cultura de confiança entre os integrantes, inclusive

com os pacientes e suas famílias. Ressaltam a importância do bem-estar de todos, o que inclui um ambiente saudável de trabalho²⁶.

Diante da complexidade e da amplitude do tema, emerge uma grande diversidade de instrumentos para avaliação da cultura organizacional. A maioria consiste em escalas, além de questionários e outras nomenclaturas que contribuem para a pesquisa dos aspectos da cultura organizacional e fatores associados, como valores, poder, clima organizacional, satisfação e bem-estar no trabalho, comportamento, estilos de liderança, entre outros, focado na inserção do trabalhador no contexto da organização. Tem como

finalidade analisar e/ou avaliar a relação entre a cultura e o desempenho organizacional. Chatman e O'Reilly⁴ citam a vasta diversidade dos instrumentos encontrados, o que dificulta a elaboração de uma teoria integrativa de cultura. Consideram que as quatro abordagens quantitativas mais significativas para avaliar a cultura organizacional são: Denison Organizational Culture Survey (Docs), Competing Value Frameworks (CVF), Organizational Culture Inventory (OCI) e o Organizational Culture Profile (OCP). O OCI foi citado em um dos artigos, o qual descreve sua adaptação e validação no Brasil,

Por fim, destacam-se três padrões de tratamento da cultura organizacional nos artigos encontrados na plataforma da BVS: cultura organizacional em instituições de saúde, saúde relacionada com a cultura organizacional e estudos sobre cultura organizacional. Na primeira categoria, foram alocados os artigos que realizavam suas pesquisas em instituições de saúde (n=11), na categoria seguinte, encontram-se os artigos que realizaram sua pesquisa sobre a cultura organizacional e seu impacto na saúde dos trabalhadores (n=7), na última categoria, encontram-se os artigos que realizam estudos mais amplos ou em diferentes abordagens sobre cultura organizacional (n=12), como estudos psicológicos no tema de cultura organizacional. A categoria de estudos sobre cultura organizacional apresenta maior representatividade devido à inclusão dos artigos teóricos que abordam de maneira geral o tema cultura organizacional, sem se atrelar ao desenvolvimento de uma categoria de estudos específica. Destaca-se que estudos em áreas como atenção primária e serviços de urgência e emergência não foram encontrados.

Conclusões

A pesquisa evidenciou diferentes campos de pesquisa, dentre os quais destacam-se várias áreas, como a hospitalar, a indústria farmacêutica, alimentícia, de órgãos públicos e outras organizações. O estudo nas instituições de ensino de nível superior também obteve destaque, já que integram as organizações nas quais a cultura ou várias subculturas são encontradas. No entanto, esta bibliometria desafia a ampliar o escopo de pesquisa sobre o tema no Brasil, já que estudos na atenção primária, serviços de urgência e emergência e de outras áreas da saúde não foram constatadas.

A maior representatividade da região Sudeste na publicação de pesquisas que abordam a cultura organizacional e os estudos multirregionais são evidências que merecem ser analisadas em um contexto que relaciona o número de IES, linhas de pesquisa e outras características que podem contribuir para o seu número expressivo.

O principal achado desta pesquisa se reporta à grande variedade de instrumentos descritos e/ou utilizados nas pesquisas em diferentes cenários para coleta de dados que amplia as possibilidades de análises da cultura organizacional. Recomendam-se outros estudos que utilizem essas ferramentas, pois a grande maioria só foi aplicada em um estudo, conforme a presente busca bibliométrica, a fim de ampliar a análise de suas potencialidades e limitações. Como sugestões para pesquisas futuras, poderiam ser realizados também estudos na área da atenção primária à saúde, bem como o olhar do usuário e sua relação com a cultura organizacional da instituição. ■

Referências

1. Fleury MTL, Fisher RM. Cultura e poder nas organizações. 2. ed. São Paulo: Atlas; 2007.
2. Braquehais AP, Wilbert JKW, Moresi EAD, et al. O Papel da Cultura Organizacional na Gestão do Conhecimento: Revisão de Literatura de 2009 a 2015. *Perspectivas em Gestão & Conhecimento* [internet]. 2017 Mar [acesso em 2017 jun 27]; 7(n. esp.):80-93. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/pgc/article/view/32944/17293>.
3. Pires JCS, Macêdo KB. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. *RAP* [internet]. 2006 Jan/Fev [acesso em 2017 jun 20]; 40(1):81-105. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n1/v40n1a05.pdf>.
4. Chatman JA, O'Reilly CA. Paradigm lost: Reinvigorating the study of organizational culture, Research in Organizational Behavior [internet]. 2016 [acesso em 2017 jul 20];1-26. Disponível em: <http://faculty.haas.berkeley.edu/chatman/papers/ParadigmLost2016.pdf>.
5. Smircich L. Concepts of culture and organizational analysis. *Administrative Science Quarterly*. 1983 Set [acesso em 2017 jun 20]; 28(3):339-358. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v18n4/1415-6555-rac-18-04-00372.pdf>.
6. Morgan G. Imagens da organização. São Paulo, Atlas, 2007.
7. Schein, EH. Cultura organizacional e liderança. São Paulo: Atlas; 2009.
8. Costa LS. Healthcare, development and innovation. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2016 Nov [acesso em 2017 maio 22]; 32(sup2):S1/S2. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v32s2/en_1678-4464-csp-32-s2-eED01S216.pdf.
9. Kurcgant P, Massarollo MCKB. In: Kurcgant P. (Coord.). Gerenciamento em Enfermagem. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
10. Aidar MM, Brisola AB, Motta FCP, et al. Mudança organizacional: uma introdução ao tema. In: Wood Junior T. (Coord.). Mudança organizacional. 5. ed., São Paulo: Atlas, 2009.
11. An Y, Kang J. Relationship between Organizational Culture and Workplace Bullying among Korean Nurses. *Asian Nursing Research, Korea* [internet]. 2016 Set [acesso em 2017 jun 28]; 10:2334-239. Disponível em: [http://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317\(16\)30049-4/pdf](http://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317(16)30049-4/pdf).
12. Rocha FLR, Gaioli CCLO, Camelo SHH, et al. Organizational culture of a psychiatric hospital and resilience of nursing workers. *REBEN* [internet]. 2016 Sept/Oct [acesso em 2017 jun 28]; 69(5):765-72. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/en_0034-7167-reben-69-05-0817.pdf.
13. Leone C, Dussault G, Lapão LV. Reforma na atenção primária à saúde e implicações na cultura organizacional dos Agrupamentos dos Centros de Saúde em Portugal. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2014 Jan [acesso em 2017 jun 28]; 30(1):149-160. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n1/0102-311X-csp-30-01-00149.pdf>.
14. Oliveira SL. Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografia, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira Thomson; 2004.
15. Pritchard A. Statistical bibliography or bibliometrics? *Journal of Documentation* [internet]. 1969 Jan [acesso em 2017 jun 10]; 25:348-349. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/236031787_Statistical_Bibliography_or_Bibliometrics.
16. Splitter K, Rosa CA, Borba JA. Uma Análise das Características dos Trabalhos "Ditos" Bibliométricos Publicados no Enanpad entre 2000 e 2011. In: Congresso brasileiro de custos. São

- Leopoldo: Associação Brasileira de Custos, 2013.
17. Plataforma Sucupira [internet]. Capes. [data desconhecida] [acesso em 2017 jun 5]. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/>.
 18. Sobre o portal [internet]. Biblioteca Virtual em Saúde. [data desconhecida] [acesso em 2017 jun 5]. Disponível em: <http://bvsalud.org/sobre-o-portal/>.
 19. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 63.
 20. Meneses AS, Sanna MC. Research methods used in the production of knowledge on nursing administration. *Rev. Eletr. Enf.* [internet]. 2015 Out/Dez [acesso em 2017 jul 1]; 17(4):1-11. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/34648/20692>.
 21. Creswell JW, Clark VLP. Pesquisa de métodos mistos. Tradução: Magda França Lopes. 2. ed. Porto Alegre: Penso; 2013.
 22. Bruno-Faria MF, Fonseca MVA. Cultura de Inovação: Conceitos e Modelos Teóricos. *RAC* [internet]. 2014 Jul/Ago [acesso em 2017 jun 20]; 18(4):372-396. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v18n4/1415-6555-rac-18-04-00372.pdf>.
 23. Fernando FSL, Almeida MTG, Oliveira KA, et al. Patient safety: a reflective analysis. *JNUOL* [internet]. 2016 Fev [acesso em 2017 jul 6]; 10(supl.2):894-902. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11034/12428>.
 24. Tomazoni A, Rocha PK, Souza S, et al. Patient safety culture at Neonatal Intensive Care Units: perspectives of the nursing and medical team. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2014 Set/Out [acesso em 2017 jun 21]; 22(5):755-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/0104-1169-rlae-22-05-00755.pdf>.
 25. Steinman M, Morbeck RA, Pires PV, et al. Impact of telemedicine in hospital culture and its consequences on quality of care and safety. *Gestão e economia em saúde* [internet]. 2015 Out/Dez [acesso em 2017 jun 21]; 13(4):580-586. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n4/1679-4508-eins-S1679-45082015GS2893.pdf>.
 26. Mason D. Professionalism in Health Care Organizations. *Jama* [internet]. 2017 Mar [acesso em 2017 jun 28]; 317(12):1203-1204. Disponível em: <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2613143>.

Recebido em 11/08/ 2017
Aprovado em 17/01/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Prevenção de transtornos alimentares e obesidade: relato de experiência da implementação do programa New Moves

Prevention of eating disorders and obesity: experience report of implementation of the program New Moves

Karin Louise Lenz Dunker¹, Marle dos Santos Alvarenga², Angélica Medeiros Claudino³

RESUMO O objetivo deste relato foi refletir sobre a adaptação, sobre as dificuldades e sobre as potencialidades de implementação do programa de prevenção conjunta de obesidade e transtornos alimentares New Moves para meninas de escolas públicas de São Paulo (SP). A versão brasileira do programa tem como potencialidades utilizar técnicas comportamentais efetivas, como a teoria sociocognitiva e a entrevista motivacional, e apresentar um conteúdo que aborda fatores comuns à obesidade e aos transtornos alimentares, o qual pode ser aplicado considerando-se as dificuldades quanto à adaptação e implementação apresentadas no estudo.

PALAVRAS-CHAVE Adolescente. Obesidade. Transtornos da alimentação e da ingestão de alimentos. Entrevista motivacional. Saúde pública.

ABSTRACT *The aim of this study was to reflect upon the adaptation process, difficulties and potentials of the implementation of the New Moves program, designed to prevent obesity and eating disorders in girls of public schools in São Paulo (SP). The Brazilian version of the program has the potential to use effective behavioral techniques such as socio-cognitive theory and motivational interviewing, and present a content that addresses factors common to obesity and eating disorders, which can be applied considering the difficulties related to adaptation process and implementation presented in the study.*

KEYWORDS *Adolescent. Obesity. Feeding and eating disorders. Motivational interviewing. Public health.*

¹Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.
kdunker00@yahoo.com.br

²Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.
marlealvarenga@gmail.com

³Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.
angelica.claudino@uol.com.br

Introdução

O programa New Moves (NMB) foi desenvolvido por pesquisadores da Universidade de Minnesota, nos Estados Unidos¹, com o objetivo de prevenir a obesidade e os Transtornos Alimentares (TA). O foco é a mudança de comportamentos que podem levar à adoção de práticas inadequadas em relação à alimentação, atividade física e aceitação corporal, e não à perda de peso a curto-prazo. Ele foi implementado nas escolas secundárias durante os anos de 2007-2009 com adolescentes do sexo feminino de 14 a 16 anos e teve como resultados principais a diminuição do sedentarismo, melhora no padrão de alimentação, diminuição de comportamentos não saudáveis para controle de peso e melhora na imagem corporal². O programa foi proposto apenas para meninas de minorias étnicas/raciais e baixo nível socioeconômico por tratar-se de um grupo considerado de risco para o desenvolvimento do sobrepeso/obesidade, menor prática de atividade física, hábitos alimentares inadequados, uso de métodos não saudáveis de controle de peso e insatisfação corporal^{3,4}, que também são fatores considerados de risco para o desenvolvimento dos TA^{5,6}. A maioria dos estudos de prevenção dos problemas relacionados com o peso (TA e/ou obesidade) publicados nas últimas duas décadas com resultados positivos foi aplicada em grupos de adolescentes e estudantes universitários do sexo feminino⁶.

O programa incorpora princípios aprendidos anteriormente em pesquisas da área dos TA e obesidade^{6,7} e está baseado na Teoria Social Cognitiva (TSC), que busca entender porque os indivíduos adquirem ou mantêm comportamentos de saúde específicos⁸. A teoria pressupõe que a mudança da autopercepção dos indivíduos propicia mudanças comportamentais e que, principalmente em adolescentes, a melhora a imagem corporal por meio da promoção de sua autoimagem e de sua autoestima é relevante no tratamento

e previne problemas relacionados com o peso e a alimentação⁹. O programa apresenta uma estrutura com conteúdos e dinâmicas que influenciam de forma positiva a prática de atividade física, uma alimentação saudável e a não adoção de métodos de controle de peso inadequados, por meio dos módulos 'Seja Poderosa', 'Seja Ativa' e 'Seja Bem Nutrida' que envolvem conteúdos, respectivamente, de suporte social, atividade física e alimentação.

Segundo Cerin et al.¹⁰, intervenções que têm como objetivo mudança do comportamento alimentar apresentam melhores resultados se focarem nos construtos da TSC, que incluem: 1) o conhecimento dos riscos e benefícios de diferentes práticas para a saúde; 2) a percepção da autoeficácia, na qual o indivíduo é incentivado a acreditar na sua própria capacidade de mudar um comportamento; 3) as expectativas em relação aos resultados sobre a adoção das práticas – com metas individuais e planejamento de estratégias concretas para incluir ou modificar comportamentos; e 4) a percepção dos facilitadores e impedimentos para realizar as mudanças.

Os construtos da TSC também foram trabalhados com o uso da entrevista motivacional, que é uma técnica diretiva, em que o profissional da saúde guia o indivíduo, por intermédio de um aconselhamento centrado neste, na exploração e na busca das suas próprias motivações para resolver a ambivalência em relação à mudança de comportamentos. É uma abordagem que utiliza ferramentas efetivas na mudança do comportamento, que inclui a escuta reflexiva, aceitação, afirmação e reforço das próprias motivações do indivíduo¹¹.

É considerada uma técnica eficaz na promoção da atividade física¹² e na melhora dos comportamentos alimentares¹³. Ela é utilizada para explorar os pensamentos, sentimentos, expectativas e preocupações das adolescentes sobre saúde por meio de um plano de ação quanto aos motivos para a escolha de mudanças relacionadas com os temas do programa.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Poucos estudos brasileiros de intervenção se baseiam na TSC^{13,14}, sendo que a maioria daqueles que avaliam o efeito no sobrepeso/obesidade é baseada na educação nutricional¹⁵⁻¹⁷, e poucos investigam os efeitos adversos das intervenções, como o agravamento da estigmatização social ou problemas psicossociais em adolescentes com sobrepeso/obesidade ou o desenvolvimento dos TA^{18,19}.

Estudos que avaliam a efetividade na mudança de comportamentos em relação à alimentação e atividade física, em populações de baixa renda, são, em sua maioria, realizados com populações residentes nos Estados Unidos, potencialmente limitando a generalização dos resultados para populações de países de baixa ou média renda. Tendem a não descrever o conteúdo das intervenções de forma abrangente e o processo de implementação das intervenções, o que traz vários desafios práticos, conceituais e logísticos e torna difícil explorar o que funciona para as pessoas de baixo nível socioeconômico^{19,20}.

A discussão sobre as dificuldades e potencialidades de novos programas é essencial para que sejam adaptados para outras populações – de diferentes condições socioeconômicas, culturais e ambientais. Assim, o objetivo deste estudo foi apresentar o processo de implementação do modelo brasileiro do NMB, descrevendo o processo de adaptação do seu conteúdo, as dificuldades

e potencialidades no contexto da cidade de São Paulo (SP).

Relato da experiência

Adaptação do programa New Moves

O processo de adaptação do programa NMB teve autorização e suporte dos autores originais. Os materiais incluíram: manual das alunas (164 páginas), dinâmicas dos componentes do programa (56 páginas), manual dos profissionais de saúde (82 páginas), roteiro das entrevistas individuais (8 páginas), folhetos para os pais (12 páginas), questionário de avaliação do programa (1 página) e questionário de avaliação das percepções, atitudes e comportamentos relacionados com a alimentação, atividade física e imagem corporal (22 páginas).

Todos os materiais foram traduzidos, adaptados e avaliados por *experts* na área de nutrição, psicologia e educação física para que o conteúdo fosse de fácil compreensão pelas adolescentes e pais/responsáveis. Os conteúdos das sessões das fases do programa adaptado encontram-se nos quadros 1 e 2, e a descrição das atividades desenvolvidas no programa original e adaptado podem ser acessados em www.newmovesonline.com.

Quadro 1. Conteúdo programático da fase de intervenção do programa New Moves Brasil (NMB)

Sessão	Atividades desenvolvidas no módulo 'Seja Ativa'
1 a 9	<ul style="list-style-type: none"> – Oferecer um ambiente em que as alunas se sentissem confortáveis na prática da atividade física. – Oferecer atividades físicas de moderadas a vigorosas em, pelo menos, 50% da aula, e discutir conteúdos relacionados com a importância e motivação para a prática da atividade física. – Aulas realizadas com professor de educação física da equipe de pesquisa: danças, alongamento, treino de força, jogos cooperativos, circuito. Aulas realizadas por professores convidados: ioga, pilates, capoeira, aeróbica, <i>muay thai</i>.
Sessão	Atividades desenvolvidas no módulo 'Seja Poderosa'
1	<p><u>É tudo sobre mim</u>: discutir o conceito de autoimagem e criar uma rede de suporte social no grupo que aceita uma variedade de formas e tamanhos corporais.</p>

Quadro 1. (cont.)

2	<u>Escolha sua aventura</u> : introduzir o conceito de metas, como determiná-las e monitorar as mudanças.
3	<u>Determinando metas que duram</u> : discutir os desafios do uso dos pedômetros e como definir metas relacionadas com a nutrição e atividade física.
4	<u>Um dia na vida</u> : discutir como administrar melhor o tempo para aumentar o nível de atividade física.
5	<u>Mídia</u> : aumentar o conhecimento sobre os fatores que influenciam a imagem corporal e autoimagem. Reconhecer a influência das mensagens irreais apresentadas pela mídia e aprender a avaliar de forma crítica essas mensagens.
6	<u>Menos estresse</u> : identificar sinais de estresse e pensamentos negativos e conhecer técnicas de relaxamento.
7	<u>Armadilha da comparação</u> : reconhecer os efeitos negativos da comparação e formas de reduzir o hábito de se comparar. Aprender formas de reduzir 'a fala sobre peso'. Identificar características positivas individuais.
8	<u>Finalizando</u> : rever os conteúdos principais apresentados no programa e discutir soluções e estratégias para as barreiras comuns para a mudança da alimentação e atividade física.
Sessão	Atividades desenvolvidas no módulo 'Seja Bem Nutrida'
1	<u>Começando com a nutrição</u> : identificar os benefícios da alimentação saudável. Trabalhar os conceitos de fome, saciedade e tamanho das porções. Discutir a ineficiência do ciclo da dieta.
2	<u>Ahhhh, água refrescante</u> : identificar as razões para beber mais água e limitar o consumo de refrigerantes. Apresentar alternativas para os refrigerantes e bebidas adoçadas.
3	<u>O básico do café da manhã</u> : identificar razões para tomar o café da manhã regularmente. Discutir estratégias para facilitar o consumo do café da manhã. Explorar opções de café da manhã.
4	<u>Explosão das frutas e vegetais</u> : entender a importância do consumo das frutas, verduras e legumes. Identificar formas de aumentar o consumo.
5	<u>Bom para seu lanche</u> : aprender a reconhecer os sinais de fome e saciedade. Identificar lanches saudáveis em situações variadas (ex.: em casa, fora de casa com os amigos, fazendo compras no <i>shopping</i> etc.). Levantar ideias de lanches saudáveis.
6	<u>Vamos almoçar</u> : aprender como realizar um almoço saudável e balanceado. Identificar opções saudáveis de almoço em casa, na escola ou fora de casa.
7	<u>Verdades e mitos sobre o fast food</u> : aprender a fazer escolhas saudáveis, mesmo comendo fora de casa. Discutir estratégias para comer fora.
8	<u>Planejando seu futuro</u> : avaliar o progresso durante o programa. Discutir formas de motivação para se manter nas metas.

Quadro 2. Conteúdo programático da fase de manutenção do programa New Moves Brasil (NMB)

Sessão	Atividades desenvolvidas 'Seja Ativa', 'Seja Poderosa', 'Seja Bem Nutrida'
1	<u>Normas socioculturais e padrões de beleza</u> : discutir a influência da mídia nos padrões de beleza.
2	<u>Alimentação e mídia</u> : discutir a influência da mídia sobre as escolhas alimentares.
3	<u>Mídia e atividade física</u> : discutir a influência da mídia sobre saúde e corpo.
4	<u>Estresse e emoções</u> : discutir como diferentes formas de estresse podem influenciar no corpo.
5	<u>Estresse e emoções na alimentação</u> : discutir os efeitos do estresse na alimentação, bem como técnicas que ajudam na percepção da fome e saciedade (comer com atenção plena).
6	<u>Estresse e emoções na atividade física</u> : discutir o uso da prática da atividade física no controle do estresse.
7	<u>Influência da família</u> : discutir determinantes genéticos e familiares nas características pessoais.
8	<u>Família e alimentação</u> : discutir a influência da família nos comportamentos e escolhas alimentares.
9	<u>Família e atividade física</u> : discutir a importância da participação da família no incentivo da prática da atividade física.

Adaptações em relação à duração do NMB ocorreram por conta de diferenças quanto ao calendário escolar e à inserção do programa no currículo escolar. O programa original foi aplicado durante 16 semanas contínuas, como parte do currículo escolar americano; a prática de educação física foi oferecida quatro vezes por semana, e as sessões de suporte social e de nutrição ocorreram de forma intercalada ao longo das 16 semanas, em dias diferentes aos da prática de atividade física.

O calendário escolar brasileiro tem, em média, 18 semanas por semestre, sendo que o ano escolar não é contínuo, pois há dois meses de férias de verão e um mês de férias de inverno. Algumas características da rotina das escolas, como reuniões de planejamento, de pais, recessos escolares por emenda de feriados e a redução da frequência das adolescentes na finalização do semestre, impossibilitaram a realização das 16 semanas propostas no original. Dessa forma, o NMB foi adaptado para 9 semanas (com 17 sessões) na fase intervenção e, após o intervalo de férias, para mais 9 semanas (com 9 sessões) na fase de manutenção. Além da redução do número de semanas, a frequência das aulas de educação física foi de duas vezes por semana, sendo que as sessões de nutrição e suporte social aconteceram semanalmente no mesmo dia – antes das aulas de educação física. O programa aconteceu em horário diferente do escolar, pois, de acordo com as diretrizes governamentais, não poderia ser incluído no currículo.

As sessões foram conduzidas por profissionais da área da saúde treinados. No programa original, os educadores físicos faziam parte do corpo docente e eram treinados para realizar a intervenção – diferentemente do NMB, em que os educadores eram de fora da escola, pois os professores do corpo docente não tinham disponibilidade para o treinamento e aplicação.

Todos os conteúdos teóricos dos módulos foram trabalhados em dinâmicas de grupo, sendo que o ‘Seja Ativa’ também incluía a

atividade prática nos espaços disponíveis (quadras e sala de aula).

Implementação do programa New Moves

O processo de adaptação dos conteúdos e a aplicação do NMB foram testados inicialmente com 22 adolescentes do sexo feminino de 12 a 14 anos de uma escola pública localizada na região Centro-Sul da cidade de São Paulo (SP) e, após os ajustes, seu impacto foi avaliado em um estudo do tipo ensaio clínico com 270 adolescentes com esse perfil de sexo e idade, em 10 escolas, sendo que 5 receberam a intervenção do NMB e 5 foram consideradas controle.

Os termos de consentimento e assentimento foram assinados pelas adolescentes e seus pais/responsáveis antes da implementação do projeto que foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo (CAAE:06460112.6.0000.5505). Este estudo foi registrado no Brazilian Registry of Clinical Trials (*registration number*: RBR-6ddpb3).

Os resultados sobre o efeito do programa indicam que não houve mudanças significativas em relação à satisfação corporal, autoestima, peso e métodos de controle de peso²³. Os resultados não significativos, indicam a necessidade de relatar as dificuldades e as potencialidades do programa observadas pelos pesquisadores durante sua implementação.

CONTEÚDO

Na avaliação da compreensão dos materiais, os ajustes foram quanto aos conteúdos das sessões de nutrição, nos quais os alimentos que faziam parte da cultura americana foram adaptados para a realidade brasileira, em termos de hábitos e condição socioeconômica. Mudanças de sugestões de alimentos de café da manhã foram feitas, como *bagel* com *cream-cheese* e uva-passa por *bisnaguinha* com requeijão; cereal matinal com uva-passa

por torradas prontas ou feitas em casa; pão ou *bagel* com manteiga de amendoim por sanduíche de presunto e queijo; burrito com ovos e feijões por tapioca com queijo ou cuscuz com ovos mexidos. Também foram feitas adaptações nos lanches saudáveis (*bagel* integral por pão de forma integral, *pretzel* por pipoca do pipoqueiro); frutas, verduras e legumes (frutas ou verduras cortadas em copo por unidades de frutas inteiras); sucos e refrigerantes (bebidas saborizadas *light* industrializadas por água aromatizada com sabor de frutas e ervas feita em casa); almoço (iogurte com granola, palitos de vegetais, uvas e suco de laranja por omelete de queijo com tomate e ervilha, arroz/torradas e laranja) e alimentos nos restaurantes *fast-food* cantinas e padarias (*smoothie* de frutas por vitamina de frutas com iogurte e leite e *pretzel* por pão na chapa ou misto-quente).

Em relação aos conteúdos das sessões de atividade física, os tipos de atividades indicadas, assim como as realizadas nas aulas práticas, foram adaptados à população de baixa renda, considerando a possibilidade de continuidade dessas práticas em locais de fácil acesso e que ofereçam segurança – como parques, praças e em casa. (troca de ioga na academia por DVD de ioga para prática em casa; patinar por dançar uma música; caminhar ou correr no parque por caminhar no *shopping* – por questão de segurança).

CONTATO COM AS ESCOLAS

O contato com as escolas se deu por meio de acesso pessoal dos pesquisadores a cada diretoria de escola. Do total de 46 escolas pertencentes à regional Centro-Sul, que tinham ensino fundamental, de 5^a à 8^a série, 20 escolas foram consultadas. As 26 escolas restantes foram excluídas por serem de ensino integral, por seu período escolar ser vespertino ou por dificuldade de acesso dos pesquisadores. Observou-se, no processo de adesão das escolas ao projeto de pesquisa, que os motivos de recusa de algumas escolas

em participar foram: não ter espaço para a realização das atividades do programa; não ter interesse na proposta por conta de mudanças de diretoria; não ter tempo disponível e interesse para conhecer a proposta.

Percebeu-se que a rotina intensa das escolas, decorrentes da alta demanda de resolução de problemas, como a falta de professores, estrutura, indisciplina dos alunos etc., interferiu no envolvimento, tanto da participação de professores como na disponibilidade de material de suporte e espaço adequado para realizar as atividades. No entanto, apesar dessas limitações, muitas das diretorias/coordenações demonstraram interesse e curiosidade ao longo do processo, o que também foi observado com as alunas do NMB.

ADESÃO

Observou-se que, apesar de as alunas e diretorias apresentarem um grande interesse inicial pela proposta, a adesão não correspondeu ao esperado. Foi observado na fase da intervenção que 40,5% (n=53) de um total de 131 participaram de mais de 10 sessões, e que 28,2% (n=37) nunca compareceram ao programa. A adesão foi ainda menor na fase de manutenção, em que somente 31,1% (n=32) foram ao menos em 5 sessões.

Alguns pontos podem justificar a baixa adesão. Observou-se que, apesar de as alunas pertencerem a níveis socioeconômicos semelhantes (classe média-baixa), a localização da escola e a procedência das alunas (se moravam em comunidades ou não) determinavam maior ou menor adesão. Houve também variação entre as escolas quanto aos níveis de compreensão, atenção e disciplina das alunas. As escolas cujas adolescentes procediam de comunidades e áreas invadidas apresentaram estudantes de menor adesão, as quais apresentavam maiores dificuldades para acompanhar as atividades – com deficiências de leitura e atenção; também apresentavam uma frequência inconstante e falta de comprometimento com o programa.

Nas escolas públicas, o fator socioeconômico, aliado a alguns determinantes do desempenho escolar, pode ter impacto no acompanhamento das atividades e, consequentemente, nas decisões quanto às escolhas alimentares e à prática de atividade física. Um relatório apresentado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) ao Ministério da Educação sobre a qualidade do ensino oferecido na escola pública verificou que somente 3% dos alunos de 8ª série apresentavam um nível adequado de aprendizado, o que compromete o acompanhamento do conteúdo escolar²⁴.

Análises conclusivas do relatório quanto aos principais determinantes indicam que, apesar da procedência das famílias ser importante no desempenho, fatores como a gestão adequada das escolas e o número de horas em sala de aula têm maior impacto no aprendizado²⁴. No NMB, observou-se que as escolas com melhores gestões foram as que tiveram as maiores adesões ao programa.

A participação da família também é outro ponto a ser considerado na adesão. Observou-se uma baixa participação dos pais/responsáveis no evento de confraternização que tinha por objetivo oferecer vivências das atividades do programa. Os pais são considerados modelos para seus filhos em relação à saúde, no entanto a motivação e manutenção da proatividade desses pais nas intervenções ainda é um desafio. Estudos realizados em países de baixa/média renda demonstram que as famílias normalmente estão mais envolvidas na resolução dos problemas da rotina diária de seus filhos, relatam não ter tempo para participar das atividades promovidas pela escola e demonstram resistência em serem orientados pela escola¹⁹. Estudos de revisão sobre intervenções escolares indicam o uso de métodos diretos (aulas expositivas ou *workshops* presenciais) ao invés de indiretos (folhetos informativos e tarefas), como a forma mais efetiva de sensibilizar e envolver os pais no

ambiente escolar e na melhora da relação com os filhos^{25,26}.

Apesar das dificuldades observadas em relação à adesão ao programa, pode-se notar, no delineamento do NMB, potenciais determinantes da permanência das alunas no programa. Entre eles, pode-se citar o oferecimento dos lanches no intervalo entre o término das aulas curriculares e o início do programa. A inclusão do lanche ocorreu, pois, no pré-teste, muitas das alunas que voltavam para suas casas para almoçar não retornavam no período vespertino para participar do programa. Essa ação foi vista de forma positiva pelas alunas, pois o compartilhamento das refeições permitiu a discussão sobre opções saudáveis de alimentação, o contato com novos alimentos e gerou um senso de coletividade e o estímulo à participação no programa.

Outro ponto que teve efeito positivo na adesão foi a forma como a atividade física foi oferecida no programa. As atividades diversificadas, como danças, ioga, pilates, capoeira, jogos cooperativos, aeróbica, circuito, realizadas com o grupo, tinham como objetivo promover a diversão, o prazer na prática, e não na competição, respeitando a capacidade e habilidade individual das alunas.

ESTRUTURA/MATERIAIS

Em relação à estrutura para a prática das atividades, é importante que exista flexibilidade e criatividade na escolha de espaços adequados. Muitas das aulas foram adaptadas para serem realizadas nas salas de aula, por indisponibilidade de uso de quadras. No desenvolvimento de propostas fora do horário escolar, deve-se considerar a limitação de espaços, por conta da prioridade de uso destes para as práticas das aulas curriculares. Quanto aos materiais, soluções alternativas podem ser utilizadas para sanar as deficiências evidentes das escolas, com o uso de materiais de baixo custo como bexigas, bolas feitas de meia calças usadas, sacos de

alimentos que podem ser utilizados como peso, e ainda com a aquisição de materiais não usuais, como petecas, espaguete de piscina, *frisbee*, raquetes de praia.

USO DAS TÉCNICAS INOVADORAS

Intervenções que são baseadas em teorias, como a TSC²⁷, são promissoras, por apresentarem maior impacto na mudança de comportamentos, do que as somente educacionais^{10,19}. Estudos de prevenção de obesidade são pouco conclusivos sobre o que realmente é efetivo. É consenso na literatura que abordagens baseadas no controle de peso são ineficazes na perda e estabelecimento de um peso saudável, contribuindo para uma preocupação excessiva com a alimentação e corpo, a repetição de ciclos de perda e ganho de peso, a perda do foco na saúde, diminuição da autoestima, TA, estigmatização e discriminação corporal^{28,29}.

Temas do NMB, como a aceitação corporal, influência da mídia, padrões de beleza, de não dicotomização dos alimentos entre bons e ruins, os riscos da restrição alimentar, deveriam ser incorporados em intervenções futuras por trazerem efeitos positivos, como a melhora da autoestima, da relação com a alimentação, satisfação corporal e redução dos comportamentos inadequados de controle de peso⁶.

O uso da técnica da Entrevista Motivacional, testada pela primeira vez em um ambiente escolar brasileiro, apresenta-se como promissora, uma vez que permite trabalhar preocupações individuais e as barreiras para a mudança de comportamento¹¹ – que muitas vezes não são acessadas em discussões de grupo. A resposta ao uso desta técnica foi heterogênea: muitas demonstravam motivação evidente para participar; enquanto outras, mesmo sendo mais introspectivas e com dificuldade de expressar seus pensamentos, aderiram as entrevistas. Percebeu-se que as alunas que estavam mais motivadas para participar do programa

também estavam para participar das entrevistas, mas que, independentemente da motivação de cada uma delas, a maioria teve dificuldade em determinar metas relacionadas ao programa em suas vidas.

Ademais, das questões elencadas por tópicos anteriormente, deve-se questionar o próprio programa uma vez que vários desafios foram encontrados em sua implantação e que resultados significativos não foram encontrado²³. De qualquer forma, o NMB original gerou 26 publicações (disponível em www.newmovesonline.com) e foi reconhecido pelo Institute of Cancer como um programa de intervenção referência que produziu resultados comportamentais e psicossociais positivos.

Vale ressaltar que, apesar de o programa original ter sido bem avaliado, uma avaliação da sustentabilidade do programa nas escolas por professores, diretores e coordenadores, alguns anos depois, indicou que somente o componente relacionado com atividade física ('Seja Ativa') se manteve na maioria das escolas³⁰ e que a continuidade das atividades ocorreu por estarem incluídas no currículo, a escola se preocupar com a saúde dos alunos e ter recursos financeiros, infraestrutura e equipe disponível para a aplicação do programa, questões também levantadas durante a implementação do NMB.

O processo de adaptação em si seguiu todos parâmetros e cuidados recomendados de tradução e adequação à cultura e situação local, no entanto, poderia ser criticado quanto ao conteúdo excessivo de informações do manual, de alguns protocolos de dinâmicas por vezes tendo que ser modificados para atender limitações de tempo de intervenção e intercorrências decorrentes da desatenção e desinteresse das alunas, não sendo possível ser fiel na adaptação do original. Assim como no original, pode-se observar que o conteúdo relacionado com a atividade física foi o que teve maior aceitação, sendo considerado um modelo promissor a ser adotado em escolas. Os de suporte social e de nutrição devem ser reavaliados

quanto à quantidade de informações disponibilizadas, podendo ser reduzidos em seu conteúdo e revistos quanto ao formato das dinâmicas utilizadas.

Consideradas essas questões, vale uma reflexão crítica sobre a adoção de programas desenvolvidos internacionalmente para aplicação no contexto em questão – mesmo que adaptados. Além dos aspectos alimentares e socioeconômicos, uma série de variáveis psicossocioculturais da cultura americana *versus* a cultura brasileira poderiam ser aprofundadas para a compressão das dificuldades de sucesso com o programa no cenário nacional. Novamente, uma delas é a realidade dos programas e estruturas escolares. Não é comum no Brasil que programas extracurriculares sejam abrangidos pelas escolas e que os alunos recebam e tenham familiaridade com tais programas. Assim, as escolas podem ser menos abertas e, inclusive, ter menos infraestrutura e oferecer menos apoio para a realização e adesão dos educandos. Alunos que já podem ter dificuldades com a estrutura padrão dos currículos podem ser desmotivados para se engajar em outras atividades ‘pensantes’ que pedem escrita, reflexão etc. Ainda na estrutura educacional americana clássica, os pais são mais engajados com as escolas de suas comunidades – inclusive os filhos classicamente estudam em escolas do bairro em que moram, e há outro senso de comunidade –, o que pode fazer diferença na participação dos pais e incentivo destes para adesão dos filhos.

Também é importante entender a problemática da segurança alimentar e básica nas esferas macro e microsocial no Brasil³¹, que difere dos Estados Unidos, como possível interferência nos resultados do programa. As escolhas alimentares, assim como a necessidade da prática de atividade física, e o autocuidado, nesse contexto, deixam de ter importância em vista das condições de risco maiores que envolvem a própria sobrevivência e impedem a reflexão e adoção de hábitos saudáveis. Nesse sentido, nas adolescentes

do NMB, fica evidente que os temas tratados no programa estavam, por vezes, distantes da realidade social e que apesar do interesse inicial pelo programa estar associado a saúde, a manutenção no programa foi devido à atenção e ao acolhimento por parte dos profissionais de saúde.

Assim, as dificuldades enfrentadas na aplicação de uma intervenção podem ser desafiadoras, e deve-se pensar até se um programa internacional é ‘adaptável’ e aplicável. De qualquer forma, soluções podem ser encontradas por equipes comprometidas, bem formadas e bem coordenadas. É importante ressaltar a necessidade do treinamento dos profissionais da área da saúde na condução de um programa baseado na TSC. O nutricionista deve ir além do modelo tradicional de educação nutricional, no qual os conteúdos – direcionados à ciência dos alimentos – são passados de forma didática, com pouca interação com o público; e sim adquirir experiência em aplicação de dinâmicas de grupo, interagindo e conduzindo reflexões sobre os conteúdos. No NMB, é essencial que o nutricionista saiba transitar em discussões sobre os sentimentos, crenças, e percepções em relação à alimentação e às condições sociais envolvidas nas escolhas alimentares. Também deve promover um ambiente de não julgamento e aceitação, conduzindo os temas para a reflexão. Em relação às entrevistas individuais, é importante que o nutricionista seja treinado na técnica da entrevista motivacional, entendendo a sua dinâmica de aplicação, buscando desenvolver o estilo e as habilidades para condução da conversa. No entanto, mesmo com todos esses cuidados, esse formato pode ser desafiador e ‘estranho’ para os participantes (de escolas públicas) não acostumados ao formato.

Os educadores físicos devem ter experiência em práticas de atividade física em grupo, não somente na orientação da prática em si, mas também na interação com o grupo e com o indivíduo, reforçando as habilidades e minimizando as dificuldades. Dessa

forma, ele incentiva a inclusão e participação de indivíduos normalmente não motivados a se interessarem pela prática de atividade física, entendendo que ela pode ser feita por prazer e diversão, e não somente por obrigação. Todavia, para atividades mais práticas, como as físicas, as barreiras foram menores no NMB.

Considerações finais

É essencial que se descreva o processo de aplicação de programas internacionais quanto à sua adaptação transcultural e às dificuldades metodológicas de implementação. Diferentemente da realidade desse projeto, que teve financiamento, é evidente o escasso investimento em pesquisa no país, e, conseqüentemente, há carência de estudos nacionais que possam gerar reflexões sobre o desenvolvimento de intervenções. Os resultados sempre se remetem a estudos internacionais, que diferem muito da realidade nacional em termos de tamanho de amostra, metodologia adotada e qualidade na análise dos dados, comprometendo a generalização de seus resultados, o que funcionaria em países de baixa-média renda, como o Brasil.

Observou-se que os desafios não se centram somente no conteúdo em si e no tipo de intervenção *per se*, mas que podem acontecer devido ao local, às questões relacionadas com as escolas (da estrutura à equipe) e ao perfil dos participantes. Os construtos desse programa são inovadores e um tanto inéditos e se mostraram ‘incompreensíveis’ – como o conceito de imagem corporal –, especialmente dado o nível sociocultural das participantes.

O NMB apresenta potencial para ser replicado e utilizado como referência para novos modelos de intervenção no país, sendo necessário adaptações nos seus conteúdos, com redução da quantidade de informações

do manual, assim como na redução de atividades propostas em cada sessão, especificamente as relacionadas com o suporte social e alimentação, para que sejam mais bem compreendidos por populações com dificuldades de aprendizado e despertem o interesse nos temas abordados. Por ser considerado uma referência internacional, com muitos resultados positivos, pode ser usado como um modelo de estratégia comportamental diferenciado, podendo ser proposto em escolas de período integral como uma disciplina optativa direcionada às meninas.

Colaboradores

Karin Louise Lenz Dunker – Contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; contribuiu significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito.

Marle dos Santos Alvarenga – Contribuiu significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito.

Angélica Medeiros Claudino – Contribuiu substancialmente para a concepção e para o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados.

Agradecimentos

Os autores agradecem a Dianne Neumark-Sztainer, da University of Minnesota, por sua permissão para adaptar o programa New Moves, assim como suas considerações sobre o desenvolvimento desse projeto. ■

Referências

1. Neumark-Sztainer D, Story M, Hannan PJ, et al. New Moves: a school-based obesity prevention program for adolescent girls. *Prev Med* 2003 Jul; 37(1):41-51.
2. Neumark-Sztainer D, Fried SE, Flattum CF, et al. New moves—preventing weight-related problems in adolescent girls: a group-randomized study. *Am J Prev Med* 2010 Nov; 39(5):421-432.
3. Neumark-Sztainer D, Story M, Hannan PJ, et al. Weight-related concerns and behaviors among overweight and non-overweight adolescents: Implications for preventing weight-related disorders. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002 Feb; 156(2):171-178.
4. Sherwood NE, Wall M, Neumark-Sztainer D, et al. Effect of socioeconomic status on weight change patterns in adolescents. *Prev Chronic Dis* 2009 Jan; 6(1):A19.
5. Shaw H, Stice E, Becker CB. Preventing eating disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009 Jan; 18(1):199-207.
6. Ciao AC, Loth K, Neumark-Sztainer D. Preventing eating disorder pathology: common and unique features of successful eating disorders prevention programs. *Curr Psychiatry Rep* 2014 Jul; 16(7):1-13.
7. Khambalia A, Dickinson S, Hardy L, et al. A synthesis of existing systematic reviews and meta-analyses of school-based behavioural interventions for controlling and preventing obesity. *Obes Rev* 2012 Mar; 13(3):214-33.
8. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav* 2004 Apr; 31(2):143-164.
9. O'Dea J. Preventing body image problems: School-based approaches. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*. 2012; 686-92.
10. Cerin E, Barnett A, Baranowski T. Testing Theories of Dietary Behavior Change in Youth Using the Mediating Variable Model with Intervention Programs. *J Nutr Educ Behav* 2009 Sept-Oct; 41(5):309-318.
11. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
12. O'Halloran PD, Blackstock F, Shields N, et al. Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil* 2014 Dec; 28(12):1159-71.
13. Resnicow K, McMaster F, Bocian A, et al. Motivational interviewing and dietary counseling for obesity in primary care: an RCT. *Pediatrics* 2015 Apr; 135(4):649-57.
14. Leme ACB, Lubans DR, Guerra PH, et al. Preventing obesity among Brazilian adolescent girls: Six-month outcomes of the Healthy Habits, Healthy Girls–Brazil school-based randomized controlled trial. *Prev Med* 2016 May; 86:77-83.
15. Cunha DB, De Souza BSN, Pereira RA, et al. Effectiveness of a randomized school-based intervention involving families and teachers to prevent excessive weight gain among adolescents in Brazil. *Plos One* 2013 Feb 25; 8(2):e57498.
16. Sichieri R, Trotte AP, Souza RA, et al. School randomised trial on prevention of excessive weight gain by discouraging students from drinking sodas. *Public Health Nutr* 2009 Feb; 12(2):197-202.
17. Vargas ICS, Sichieri R, Sandre-Pereira G, et al. Avaliação de programa de prevenção de obesidade em adolescentes de escolas públicas. *Rev Saúde Públ* 2011; 45(1):59-68.
18. Doak CM, Visscher TL, Renders CM, et al. The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and

- programmes. *Obes Rev* 2006 Feb; 7(1):111-136.
19. Verstraeten R, Roberfroid D, Lachat C, et al. Effectiveness of preventive school-based obesity interventions in low-and middle-income countries: a systematic review. *Am J Clin Nutr* 2012 Jul 3; 96(2):415-38.
 20. Bull ER, Dombrowski SU, McCleary N, et al. Are interventions for low-income groups effective in changing healthy eating, physical activity and smoking behaviours? A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2014 Nov 28; 4(11):e006046.
 21. Burgess E, Hassmén P, Welvaert M, et al. Behavioural treatment strategies improve adherence to lifestyle intervention programmes in adults with obesity: a systematic review and meta-analysis. *Clin Obes* 2017 Apr; 7(2):105-114.
 22. Gaglianone CP, Taddei JAAC, Colugnati FAB, et al. Nutrition education in public elementary schools of São Paulo, Brazil: the Reducing Risks of Illness and Death in Adulthood project. *Rev Nutr* 2006 May/June; 19(3):309-20.
 23. Dunker KLL, Claudino AM. Preventing weight-related problems among adolescent girls: A cluster randomized trial comparing the Brazilian 'New Moves' program versus observation. *Obes.Res. Clin. Pract.* 2018 Jan/Feb;12(1):102-115.
 24. Menezes-Filho NA. Os determinantes do desempenho escolar do Brasil. Instituto Futuro Brasil, IBMEC, São Paulo; 2007 [acesso em 2018 mar 28]. Disponível em: <https://www.todospelaeducacao.org.br/arquivos/biblioteca/f4e8070a-8390-479c-a532-803bbf14993a.pdf>.
 25. Golan M, Crow S. Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutr Rev* 2004 Jan; 62(1):39-50.
 26. Hingle MD, O'Connor TM, Dave JM, et al. Parental involvement in interventions to improve child dietary intake: a systematic review. *Prev Med* 2010 Aug; 51(2):103-11.
 27. Abraham C, Michie S. A taxonomy of behavior change techniques used in interventions. *Health Psychology* 2008 May; 27(3):379-387.
 28. Bacon L, Aphramor L. Weight Science: Evaluating the Evidence for a Paradigm Shift. *Nutr J* 2011 Jan 24; 10(1):9-13.
 29. Sánchez-Carracedo D, Neumark-Sztainer D, López-Guimerà G. Integrated prevention of obesity and eating disorders: barriers, developments and opportunities. *Public Health Nutr* 2012 Dec; 15(12):2295-2309.
 30. Friend S, Flattum CF, Simpson D, et al. The researchers have left the building: what contributes to sustaining schoolbased interventions following the conclusion of formal research support? *J.Sch. Health*. 2014 May; 84(5):326-33.
 31. Freitas MCS, Pena PG. Segurança alimentar e nutricional: a produção do conhecimento com ênfase nos aspectos da cultura. *Rev Nutr* 2007 Jan/Fev; 20(1):69-81.

Recebido em 26/06/ 2017

Aprovado em 11/03/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) (processo número: 2012/16952-8) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (processo número: 483871/2013-3)

Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADA EM JANEIRO DE 2018

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', 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 da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares*

detectores de plágio, Plagiarisma e Copyspider. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu login e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

3. Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha 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 texto deve conter:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' 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>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos: a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos

na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, na seção de material e métodos, o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada;

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pela editoria do Cebes.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, cinco autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

Informações complementares (devem ser encaminhadas em arquivo separado)

a) Conflito de interesses. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesses. Os conflitos de interesses financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação *"Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho"* será suficiente.

b) Colaboradores. Devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do ICMJE, os autores devem contemplar as seguintes condições: 1) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; 2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e 3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

c) Agradecimentos. (Opcional).

OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a

critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

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

Saúde em Debate

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN JANUARY 2018

SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management, work and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

In case of approval and publication of the work in the journal, the copyrights referred to it will become property of the journal, which adopts the Creative Commons License CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) and the open access policy, so the texts are available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse and distribute, with due citation of the source and authorship. In such cases, no permission is required from authors or publishers.

No fees are charged from the authors for the submission or publication of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (mandatory) and the translation into English (optional), based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

The journal has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy. Its members are part of the Editorial

Committee and/or the database of referees in their specific areas.

Before being sent for peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo plagiarism-detecting softwares Plagiarisma and Copyspider. Thus, it is possible that the authors are questioned about information identified by the tool to guarantee the originality of the manuscripts, referencing all the sources of research used. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, so if its existence is proven, the authors involved will not be able to submit new articles to the journal.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access <http://www.cebes.org.br>.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted on the website: www.saudeemdebate.org.br. After registering, the author responsible for the submission will create his login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

Types of texts accepted for submission

- 1. Original article:** result of scientific research that may be generalized or replicated. The text should comprise a maximum of 6,000 words.
- 2. Essay:** critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and/or international topical health policies. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 3. Systematic or integrative review:** critical review of literature on topical theme in health. Systematic review rigorously synthesises research related to an issue. Integrative review provides more comprehensive information on the subject. The text should comprise a maximum of 8,000 words.
- 4. Opinion article:** exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 5. Case study:** description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise a maximum of 5,000 words.
- 6. Critical review:** review of books on subjects of interest to

the field of public health, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise a maximum of 1,200 words. A high resolution cover should be sent through the journal's system.

7. Document and testimony: works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

Important: in all cases, the maximum number of words includes the body of the article and references. It does not include title, abstract, keywords, tables, charts, figures and graphs.

Text preparation and submission

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format, to be attached in the corresponding field of the submission form. It must not contain any information that makes it possible to identify the authors or institutions to which they are linked.

Type in standard size page A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

The text must comprise:

Title: expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

Abstract: in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 200 words, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. It should not be structured, without topics (introduction, methods, results etc.); citations or abbreviations should not be used, except for internationally recognized abbreviations.

Keywords: at the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by period (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at www.decs.bvs.br.

Clinical trial registration: 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO

and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

Ethics in research involving human beings: the publication of articles with results of research involving human beings is conditional on compliance with the ethical principles contained in the Declaração de Helsinki, of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 and 2008, of the World Medical Association; besides complying with the specific legislations of the country in which the research was carried out, when existent. Articles with research involving human beings should make it clear, in the material and methods section, the compliance with ethical principles and send a declaration of responsibility in the act of submission.

The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

Introduction: with clear definition of the investigated problem and its rationale;

Material and methods: objectively described in a clear and objective way, allowing the reproducibility of the research. In case it involves human beings, the approval number of the Research Ethics Committee (CEP) must be registered;

Results and discussion: may be presented together or separately;

Conclusions or final considerations: depending on the type of research carried out;

References: only cited authors should be included in the text and follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, of the ICMJE, used for the preparation of references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend consulting the Reference Normalization Manual (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) prepared by the Cebes editorial.

NOTES:

The journal does not use underlines and bold as an emphasis. Use single quotes to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages should be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for absolutely necessary ones.

Testimonials of subjects should be presented in italics and in double quotation marks in the body of the text (if less than three

lines). If they have more than three lines, they should be written in italics, without quotes, highlighted in the text, with a 4 cm backspace, simple space and font 11.

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the work (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable (not taken from other files) and, in the case of images (photographs, drawings, etc.), it must be in high resolution with at least 300 DPI.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

Information about authors

The journal accepts a maximum of five authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The Editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

Complementary information (should be sent in a separate file)

a) Conflict of interest. The works submitted for publication must comprise information on the existence of any type of conflict of interest. Financial conflict of interest, for example, is related not only to the direct research funding, but also to employment link. In case there is no conflict, it will suffice to place on the title page the statement *"I declare that there has been no conflict of interest regarding the conception of this work"*.

b) Contributors. Individual contributions of each author should be specified at the end of the text. According to the authorship criteria developed by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), authorship should be based on the following conditions: a) substantial contribution to the conception and the design of the work, or to the analysis and interpretation of data for the work; b) substantial contribution to drafting the work or critically revising the contents; and c) participation at the final approval of the version to be published.

c) Acknowledgements. (Optional).

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER

1. Declaration of responsibility and assignment of copyright

All the authors and co-authors must fill in and sign the statements following the models available at: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document is-sued by the CEP where the research has been approved must be forwarded. Researches carried out in other countries: attach declaration indicating full compliance with the ethical principles and specific legislations.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER APPROVAL OF THE ARTICLE

1. Statement of spelling and grammar proofreading

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

2. Statement of translation

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

Correspondence address

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

Saúde em Debate

Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN ENERO DE 2018

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión y la evaluación de la salud. La revista le otorga importancia a trabajos con abordajes teórico-metodológicos diferentes que representen contribuciones de las varias ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. Y de acuerdo al criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de sujeción y evaluación de los números regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otra, ni parcial ni integralmente.

En el caso de la aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referidos al mismo se tornarán propiedad de la revista que adopta la Licencia Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) y la política de acceso abierto, por lo tanto, los textos están disponibles para que cualquier persona los lea, baje, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida citación de la fuente y la autoría. En estos casos, ningún permiso es necesario por parte de los autores o de los editores.

'Saúde em Debate' no cobra tasas a los autores para la evaluación de sus trabajos. Si el artículo es aprobado queda bajo la responsabilidad de estos la revisión (obligatoria) del idioma y su traducción para el inglés (opcional), teniendo como referencia una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

La revista cuenta con un Consejo Editorial que contribuye a la definición de su política editorial. Sus miembros integran el Comité Editorial y/o el banco de árbitros en sus áreas específicas.

Antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por un software detector de plagio, Plagiarisma y Copyspider. Así es posible que los autores sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos y las referencias a todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable y, de esa forma, en caso de que sea comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado de apoyos institucionales e individuales. La colaboración para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud se dará por medio de la asociación de los autores al Cebes. Para asociarse entre al site <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y LA SUJECCIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser presentados en el site: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable por el envío creará su login y clave para el acompañamiento del trámite.

Modalidades de textos aceptados para publicación

1. Artículo original: resultado de una investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener un máximo 6.000 palabras.

2. Ensayo: un análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para la coyuntura de las políticas de salud brasileña e internacional. El trabajo debe contener un máximo de 7.000 palabras.

3. Revisión sistemática o integradora: revisiones críticas de la literatura de un tema actual de la salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con una cuestión. La integrativa proporciona una información más amplia sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.

4. Artículo de opinión: exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con un tamaño máximo de 7.000 palabras. En este formato no se exigirán resumen y abstract.

5. Relato de experiencia: descripciones de experiencias académicas, asistenciales o de extensión con hasta 5.000 palabras y que aporten contribuciones significativas para el área.

6. Reseña: reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva de acuerdo al criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar una visión general del contenido de la obra, de sus presupuestos teóricos y del público al que se dirigen, con un tamaño de hasta 1.200 palabras. La portada en alta resolución debe ser enviada por el sistema de la revista.

7. Documento y declaración: a criterio del Comité Editorial, trabajos referentes a temas de interesse histórico o coyuntural.

Importante: en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras-clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

Preparación y sujeción del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés. Debe ser digitalizado en el programa Microsoft®Word o compatible y grabado en formato doc o docx, para ser anexado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o las instituciones a las que se vinculan.

Y digitalizado en hoja patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra Times New Roman tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

El trabajo debe contener:

Título: que exprese clara y sucintamente el contenido del texto en un máximo de 15 palabras. El título se debe escribir en negritas, sólo con iniciales mayúsculas para nombres propios. El texto en español y portugués debe tener el título en el idioma original y en Inglés. El texto en Inglés debe tener el título en Inglés y portugués.

Resumen: en portugués y en Inglés o Español y en Inglés con no más de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones. Debe ser no estructurado, sin emplear tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), citas o siglas, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

Palabras-clave: al final del resumen, debe incluirse de tres a cinco palabras-clave, separadas por punto (sólo la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos: la revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones de los

mismos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE y cuyas direcciones están disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

Ética en investigaciones que involucren seres humanos: la publicación de artículos con resultados de investigaciones que involucren a seres humanos está condicionada al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008 de la Asociación Médica Mundial, además de atender a las legislaciones específicas del país en el cual la investigación fue realizada, cuando las haya. Los artículos con investigaciones que involucrar a seres humanos deberán dejar claro en la sección de material y métodos el cumplimiento de los principios éticos y encaminar una declaración de responsabilidad en el proceso de sometimiento.

La revista respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto; sin embargo, el texto debe observar elementos convencionales como:

Introducción: con una definición clara del problema investigado, su justificación y objetivos;

Material y métodos: descritos en forma objetiva y clara, permitiendo la replicación de la investigación. En caso de que ella envuelva seres humanos, se registrará el número de opiniones aprobatorias del Comité de Ética en Pesquisa (CEP);

Resultados y discusión: pueden ser presentados juntos o en ítems separados;

Conclusiones o consideraciones finales: que depende del tipo de investigación realizada;

Referencias: Deben constar sólo los autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes de Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocidos como 'Estilo de Vancouver'). Para mayores aclaraciones, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencias (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>).

OBSERVACIONES

La revista no utiliza subrayados ni negritas para resaltar partes del texto. Utiliza comillas simples para llamar la atención de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Salud en Debate'. Las palabras en otros idiomas se deben escribir en cursivas, con la excepción de nombres propios.

Se debe evitar el uso de iniciales mayúsculas en el texto, con la excepción de las absolutamente necesarias.

Los testimonios de sujetos deberán ser presentados igualmente en cursivas y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si son menores de tres líneas). Si son mayores de tres líneas, deben escribirse en la misma manera, sin comillas, desplazadas del texto, con retroceso de 4 cm, espacio simple y fuente 11.

No se debe utilizar notas al pie de página en el texto. Las marcas de notas a pie de página, cuando sean absolutamente indispensables, deberán ser numeradas y secuenciales.

Se debe evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes que componen el texto.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o escala de grises, y sometidos en archivos separados del texto, uno a uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben ser numerados y tener título y fuente). En el texto sólo tiene que identificarse el lugar donde se deben insertar. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser de un máximo de cinco por texto. El archivo debe ser editable (no extraído de otros archivos) y, cuando se trate de imágenes (fotografías, dibujos, etc.), tiene que estar en alta resolución con un mínimo de 300 DPI.

En el caso del uso de fotografías, los sujetos involucrados en estas no pueden ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, para fines de divulgación científica.

Información sobre los autores

La revista acepta, como máximo, cinco autores por artículo. La información debe incluirse sólo en el formulario de sometimiento conteniendo: nombre completo, nombre abreviado para citas bibliográficas, instituciones a las que están vinculados con hasta tres jerarquías, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico.

PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo con las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para su adecuación y una nueva evaluación.

Una vez cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán valorados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y la relación con la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos árbitros indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su experticia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método del doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. En caso de que se presenten divergencias de opiniones, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De la misma manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer juicio. Cabe a los evaluadores, como se indicó, recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de una solicitud de corrección, los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en tal plazo, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de la comunicación por *e-mail*.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada igualmente por correo electrónico al autor responsable por la correspondencia de la revisión final y deberá devolverla en el plazo estipulado.

Información complementaria (deben enviarse en un archivo separado)

a) Conflicto de intereses. Los trabajos encaminados para la publicación deben informar si tienen algún tipo de conflicto de intereses. Los conflictos de interés financiero, por ejemplo, no están relacionados solo con la financiación directa de la investigación, sino también con el propio vínculo de trabajo. Si no hay conflicto, será suficiente la información "*Declaro que no hubo conflictos de intereses en la concepción de este trabajo*" en la hoja de presentación del artículo.

b) Colaboradores. Deben estar especificadas las contribuciones individuales de cada autor en la elaboración del artículo. Según el criterio de autoría de ICMJE, los autores deben contemplar las siguientes condiciones: 1) contribuir substancialmente en la concepción y la planificación o en el análisis y la interpretación de los datos; 2) contribuir significativamente en la elaboración del borrador o la revisión crítica del contenido; y 3) participar de la aprobación de la versión final del manuscrito.

c) Agradecimientos. (Opcional).

LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEBEN SER DIGITALIZADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA EN EL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores y coautores deben llenar y firmar las declaraciones según el modelo disponible en: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracion.docx>.

2. Dictamen de Aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones que involucren a seres humanos realizadas en Brasil, en los términos de la Resolución 466 del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, debe enviarse el documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de instituciones que no dispongan de un CEP, deberá presentarse el documento del CEP por el cual fue aprobada. Las investigaciones realizadas en otros países, deben anexar la declaración indicando el cumplimiento integral de los principios éticos y de las legislaciones específicas.

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADOS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

1. Declaración de revisión ortográfica y gramatical

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por un profesional cualificado, según una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados podrán ser, a criterio de los autores, traducidos al inglés. En este caso, la traducción debe ser hecha igualmente por un profesional cualificado, siempre de acuerdo a una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

Dirección para correspondencia

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

Diagramação e editoração eletrônica

Layout and desktop publishing

Rita Loureiro

www.apoioacultura.com.br

Design de Capa

Cover design

Alex I. Peirano Chacon

Normalização, revisão e tradução de texto

Normalization, proofreading and translation

Ana Carvalho e Cristina Antunes - B&C Revisão de Textos (inglês)

Ana Karina Fuginelli (inglês)

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês)

Carla de Paula (português)

Martim Cardoso - Verbomundi Tradução e Interpretação (inglês)

Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português e inglês)

Luiza Nunes (normalização)

Mariana Acorse (normalização)

Simone Basilio (português)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês)

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m²

Miolo em papel couché matte LD 90 g/m²

Cover in ensocoat LD 250 g/m²

Core in couché matte 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, 2018.

v. 42. n. 116; 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