



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 44, NÚMERO 125
RIO DE JANEIRO, ABR-JUN 2020
ISSN 0103-1104

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2020-2021)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2020-2021)

Presidente:	Lucia Regina Florentino Souto
Vice-Presidente:	Livia Angeli Silva
Diretor Administrativo:	Carlos Fidelis da Ponte
Diretora de Política Editorial:	Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretores Executivos:	Alane Andreilino Ribeiro
	Ana Maria Costa
	Heleno Rodrigues Corrêa Filho
	Maria Lucia Freitas Santos
	Vinicius Ximenes Mourici da Rocha

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Claudia Travassos
Victória S. L. Araújo do Espírito Santo
Suplentes | Substitutes
Iris da Conceição
Jamilli Silva Santos
Matheus Ribeiro Bizuti

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
Cornelis Johannes van Stralen
Cristiane Lopes Simão Lemos
Isabela Soares Santos
Itamar Lages
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Livia Millena B. Deus e Mello
Lizaldo Andrade Maia
Maria Edna Bezerra Silva
Maria Eneida de Almeida
Maria Lucia Frizon Rizzotto
Matheus Falcão
Rafael Damasceno de Barros
Sergio Rossi Ribeiro

SECRETARIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Carlos dos Santos Silva

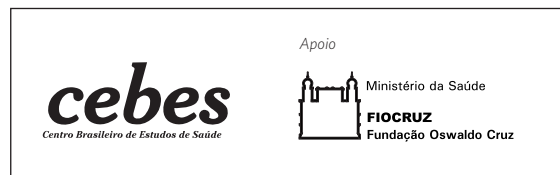
SECRETARIA ADMINISTRATIVA | ADMINISTRATIVE SECRETARY

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-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

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 de Brasília, Brasília (DF), Brasil
Leda Aparecida Vanelli Nabuco de Gouvêa - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), 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

Ademar Arthur Chioro dos Reis - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
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 de Brasília, Brasília (DF), Brasil
Diana Mauri - Università degli Studi di Milano, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), México
Elias Kondilis - Queen Mary University of London, Londres, Inglaterra
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
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 Salete 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 Oswaldo Cruz, 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

EDITORAS ASSISTENTES | ASSISTANT EDITORS

Carina Munhoz
Luiza Nunes

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)
Periódica - Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias
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 44, NÚMERO 125

RIO DE JANEIRO, ABR-JUN 2020

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

EDITORIAL | EDITORIAL

- 289 **Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS**
In the Covid-19 pandemic, Brazil sees the SUS
Ana Maria Costa, Maria Lucia Frizon Rizzotto,
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

- 297 **Modelização do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade em um município baiano**
Modelling of the National Program for Improving Primary Care Access and Quality in a municipality from Bahia
Larissa Morgan Andrade Lemos, Nília Maria de Brito Lima Prado, Maria Guadalupe Medina
- 310 **O conflito como manifestação da dimensão política dos enfermeiros na implementação do PMAQ-AB**
Conflict as a manifestation of the political dimension of nurses' work in primary care: the case of PMAQ-AB
Tânia Silva Gomes Carneiro, Pedro Silveira Carneiro, Ione Carvalho Pinto
- 322 **'Uma semente abrindo a terra para germinar': o processo formativo com educadores/as populares do EdPopSUS**
'A seed opening the ground to germinate': the training process with EdPopSUS popular educators
Mayana de Azevedo Dantas, Maria Rocineide Ferreira da Silva, André Ribeiro de Castro Júnior, Lúcia Conde de Oliveira

- 335 **Percepção dos moradores de uma ocupação urbana sobre o 'empoderamento' em saúde**
Perception of residents of an urban occupation about 'empowerment' in health
Shirley Pereira de Almeida, Lilian Machado Torres, Daniele Aguiar Simim, Patrícia Pinto de Paula, Nathan Mendes Souza
- 349 **Do começo ao fim, caminhos que segui: itinações no cuidado paliativo oncológico**
Paths I have followed, from the beginning to the end: iterations on oncologic palliative care
Dayse Maria de Vasconcelos Rodrigues, Ana Lúcia Abrahão, Fernando Lopes Tavares de Lima
- 362 **Tendências da mortalidade por câncer de colo no Brasil em 5 anos (2012-2016)**
Trends in cervical cancer mortality in Brazil in 5 years (2012-2016)
Blenda Tallon, Denise Monteiro, Leila Soares, Nádia Rodrigues, Flavio Morgado
- 372 **Percepção da Equipe de Saúde da Família sobre o cuidado a usuários de drogas**
Perception of the Family Health Team on the care of drug users
Laís Santana Santos Pereira Lira, Luana Machado Andrade, Luma Costa Pereira Peixoto, Sâmia de Carliris Barbosa Malhado, Edite Lago da Silva Sena

-
- 384** **Qualidade da atenção aos pacientes com Diabetes Mellitus no Programa Mais Médicos, em um município da região metropolitana do Recife (PE), Brasil**
Quality of care for patients with Diabetes Mellitus in the More Doctors Program, in a municipality in the metropolitan region of Recife (PE), Brazil
 Maria da Penha Rodrigues dos Santos, Maria do Socorro Veloso de Albuquerque, Tereza Maciel Lyra, Antonio da Cruz Gouveia Mendes, Fabiana Letícia da Silva, George Tadeu Nunes Diniz
- 400** **Perfil de atendimento de população idosa nas Unidades de Pronto Atendimento do município do Rio de Janeiro**
Care profile of the elderly population in Emergency Care Units in the city of Rio de Janeiro
 Gabriela Abreu Paes Carneiro da Costa, Gisele O'Dwyer, Yasmim de Souza Carvalho, Hisbello da Silva Campos, Nadia Cristina Pinheiro Rodrigues
- 411** **Percepções de atores sociais sobre Assistência Farmacêutica na atenção primária: a lacuna do cuidado farmacêutico**
Perceptions of social actors on Pharmaceutical Assistance in primary care: the gap of pharmaceutical care
 Leticia Santana da Silva Soares, Evelin Soares de Brito, Dayani Galato
- 427** **Monitoramento do Desempenho da Gestão da Vigilância em Saúde: análise dos usos e da influência**
Monitoring of Health Surveillance Management Performance: analysis of uses and influence
 Gisele Cazarin, Yluska Almeida Coelho dos Reis, Juliana Martins Barbosa da Silva Costa, Monik Silva Duarte, Luciana Caroline Albuquerque Bezerra
- 438** **Características e demandas da população em situação de vulnerabilidade social acompanhadas em Belford Roxo (RJ)**
Characteristics and demands of the population in a situation of social vulnerability attended in Belford Roxo (RJ)
 Lana Carrilho Lisbôa, Vania Reis Girianelli, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
- 451** **Fatores associados à satisfação dos usuários com a atenção à saúde bucal na Paraíba, 2014**
Factors associated with users' satisfaction with oral health care in Paraíba, 2014
 Hévila de Figueiredo Pires, Nayara Pereira Limão, Ane Polline Lacerda Protasio, Ana Maria Gondim Valença
- 465** **Análise espacial da distribuição dos casos de dengue e sua relação com fatores socioambientais no estado da Paraíba, Brasil, 2007-2016**
Spatial analysis of the distribution of dengue cases and its relationship with socio-environmental factors in the state of Paraíba, Brazil, 2007-2016
 Ellen Tayanne Carla da Silva, Ricardo Alves Olinda, Anna Stella Pachá, Arthur Oliveira Costa, Alisson Lima Brito, Dixis Figueroa Pedraza
- 478** **O Apoio Matricial na qualificação da Atenção Primária à Saúde às pessoas com doenças crônicas**
Matrix Support in the qualification of the Primary Health Care for people with chronic diseases
 Cássia Regina Gotler Medeiros, Ana Luísa Freitag, Luísa Scheer Ely Martines, Olinda Maria de Fátima Lechmann Saldanha, Magali Quevedo Grave, Lydia Koetz Jager, Gisele Dhein

491 Atributos da atenção primária na saúde fluvial pela ótica de usuários ribeirinhos*Attributes of primary care in river health from the perspective of riverine users*

Maura Cristiane e Silva Figueira, Wellington Pereira da Silva, Dalvani Marques, Jennifer Bazilio, Jessica de Aquino Pereira, Maria Filomena Gouveia Vilela, Eliete Maria Silva

504 Participação universitária em defesa do Sistema Único de Saúde*University participation in defense of the Unified Health System*

Fernanda Thayná de Souza Pinheiro, Natália Bastos Ferreira Tavares, João Paulo Xavier Silva, Aretha Feitosa de Araújo

ENSAIO | ESSAY**516 A Atenção Básica e os cuidados intermediários: um debate necessário***Primary Care and intermediate care: a necessary debate*

Túlio Batista Franco, Luiz Carlos Hubner

527 Edição de humanos por meio da técnica do Crispr-cas9: entusiasmo científico e inquietações éticas*Human editing using the Crispr-cas9 technique: scientific enthusiasm and ethical concerns*

Anor Sganzerla, Leo Pessini

REVISÃO | REVIEW**541 Trajetória da privatização do sistema de saúde chileno (1924-2005)***Trayectory of the privatization of the Chilean health system (1924-2005)*

Fabián Andrés Moraga Cortés, Thereza Christina Bahia Coelho, Clara Aleida Prada Sanabria

556 A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa*The choice of the mode of delivery and the autonomy of women in Brazil: an integrative review*

Nathalia Fernanda Fernandes da Rocha, Jaqueline Ferreira

RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY**569 Atendimento à mulher em situação de violência: construção participativa de um protocolo de trabalho***Assistance to women in situations of violence: participatory construction of a working protocol*

Ana Pereira dos Santos, Paula Dias Bevilacqua, Cristiane Magalhães de Melo

RESENHA | CRITICAL REVIEW**580 Gibbs G. Análise de dados qualitativos**

Camila Amaral Moreno Freitas, Adriano Maia dos Santos, Nília Maria de Brito Lima Prado

Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS

Ana Maria Costa^{1,2}, Maria Lucia Frizon Rizzotto^{1,3}, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato^{1,4}

DOI: 10.1590/0103-1104202012500

NO MOMENTO QUE ESCRREVEMOS ESTE EDITORIAL, somam-se 122 dias do registro do primeiro caso da Covid-19 no Brasil, confirmado em São Paulo, no dia 25 de fevereiro de 2020¹. A pandemia encontrou a Nação com um governo de ultradireita, militarizado, desnortado e submerso em uma crise política, agravada por um baixo desempenho da economia com crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), em 2019, de apenas 1,1% e contabilizando cerca de 13 milhões de desempregados. Essa combinação de fatores e crises tem aprofundado a instabilidade política e se revelado trágica sob todos os pontos de vista, fazendo com que o País se assemelhe a uma nau sem rumo, prestes ao naufrágio.

Temos, hoje, 928.985 casos confirmados de infectados pelo Sars-CoV-2, embora as estimativas alertem para números, pelo menos, 8 a 10 vezes mais elevados em virtude da baixa testagem praticada em nosso território. Em ritmo de crescimento acelerado, são registrados mais de 20 mil novos casos diagnosticados diariamente, acumulando, lamentavelmente, 53.895 mortes, sendo 1.185 nas últimas 24 horas². Com esses dados, o Brasil passa a ser o segundo país em número de mortes, ultrapassado, no momento, apenas pelos Estados Unidos.

A pandemia atingiu em cheio o narcisismo da sociedade, sempre alimentado pela satisfação com a negação da realidade. Escancara-se a abissal desigualdade social agora tão escandalosamente exposta quanto antes fora negada. O Brasil que emergirá desta crise sanitária já não poderá esconder de si a imagem que revelou seus milhões de pobres e miseráveis desprovidos de condições mínimas para o cumprimento das normas sanitárias preconizadas para o controle da pandemia: ficar em casa, manter distanciamento social, lavar as mãos e se alimentar adequadamente. Esse espelho, se não for de novo quebrado – e a incômoda imagem, esquecida outra vez –, exigirá mudanças radicais no modelo de desenvolvimento e na política econômica. As transformações envolvem admitir que um País mais justo e menos desigual apenas é possível por meio da adoção de uma política econômica não ortodoxa que institucionalize mecanismos universais de proteção social, garantindo uma renda básica de cidadania e promovendo um efetivo aumento do investimento público para ampliar o mercado de trabalho e absorver os brasileiros hoje abandonados³.

O auxílio emergencial de R\$ 600,00, aprovado pelo Congresso Nacional, em lugar dos R\$ 200,00 propostos pelo governo federal, já foi solicitado por 43% da população brasileira; e, destes, apenas 60% receberam ao menos uma parcela do dinheiro⁴.

O resultado está na ‘desobediência’ às recomendações sanitárias, refletida nas baixíssimas taxas de isolamento encontradas nas grandes metrópoles e estados brasileiros que, mesmo em

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. dotorana@gmail.com

²Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) – Brasília (DF), Brasil.

³Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.

⁴Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil.



situação de *lockdown*, não conseguem atingir o nível desejável de distanciamento social. Sem o apoio do auxílio emergencial ou outra forma de garantir renda, os trabalhadores precários não podem deixar de trabalhar e usar os transportes públicos abarrotados que continuam circulando nas grandes cidades. É essa mesma população acostumada ao tráfico e às milícias que convive com a violência policial, crescente em tempos de evidente instalação do autoritarismo no País⁵.

As dificuldades com o pagamento do auxílio, registradas nas milhares de respostas ‘em análise’ do aplicativo da Caixa Econômica Federal e nas imensas filas nas portas das agências, não são apenas problemas de gestão. Caso quisesse agilizar os pagamentos e a identificação dos brasileiros com direito efetivo ao auxílio, o governo teria usado a estrutura do Sistema Único de Assistência Social (Suas) e ampliado a rede bancária para efetivar o pagamento. Ao contrário, o auxílio foi centralizado na Caixa Econômica Federal e administrado pelo Ministério da Economia, sem participação do Ministério da Cidadania, que tem (ou tinha) o aparato técnico e tecnológico para lidar com programas sociais. O que faltou foi comprometimento que mobilizasse o conhecimento e a habilidade para lidar com os problemas do povo, já que o projeto econômico do governo se baseia exclusivamente em cortar gastos e privatizar.

A lógica antiproteção social foi ainda mais grave na ação deliberada de desmonte do Ministério da Saúde, com demissão de quadros técnicos e troca de três ministros desde o início da pandemia, agora dirigido por um militar disciplinado e obediente mais aos anseios políticos do governo do que às necessidades de saúde da população, que desconhece a geografia do próprio País e nada sabe de saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS).

Outra situação de enorme gravidade é a ausência de liderança que conduza o Brasil no enfrentamento da pandemia, uma vez que o próprio presidente opta por gerar crises políticas com os Poderes da República, em que adota posição negacionista, minimizando a gravidade da doença e a extensão da pandemia, orientando a população em sentido contrário ao indicado pela ciência, por organismos nacionais e internacionais de saúde e pela experiência acumulada por outros países. Essa omissão do papel de líder da Nação inegavelmente contribui para a ampliação e para o agravamento da tragédia sanitária, seja pela ambiguidade na comunicação, seja pela mentirosa indicação de fármacos sem eficácia comprovada. A recusa do governo federal em conduzir de forma responsável as ações de controle e mitigação do sofrimento do povo durante a pandemia fez com que governadores e prefeitos, em consonância com o interesse público, passassem a assumir o processo, mesmo que sob forte e constante ataque do presidente e sem a coordenação nacional do Ministério da Saúde.

Esse profundo desamparo do povo brasileiro descortina o valor e a importância do SUS que, apesar de suas fragilidades históricas, agiganta-se diante do desafio e, com todo sacrifício, enfrenta a pandemia. As insuficiências e as dificuldades, que já eram visíveis pelo subfinanciamento crônico do Sistema, foram brutalmente agravadas pela Emenda do Teto dos Gastos (EC-95), que congela por 20 anos o investimento em políticas sociais. Segundo o Conselho Nacional de Saúde, o SUS perdeu, somente em 2019, R\$ 20 bilhões com a EC 95. Lutando contra condições precárias para salvar vidas, milhares de profissionais de saúde se infectam e adoecem por falta de equipamentos de proteção individual, colocando o Brasil entre os países que mais perderam profissionais de saúde para a morte.

A Comissão de Financiamento da Saúde, órgão de assessoramento do Conselho Nacional de Saúde, vem produzindo informes semanais para monitoramento da execução e do gasto dos recursos destinados ao combate à pandemia no País⁶. Os dados mostram que, enquanto os casos e as mortes provocadas pela Covid-19 crescem exponencialmente, o Ministério da Saúde fica semanas seguidas sem gastar a maior parte do orçamento destinado à pandemia. Segundo o último Boletim Cofin/CNS (com dados até 8 de junho), o valor a empenhar totalizou R\$ 26

bilhões dos R\$ 39 bilhões disponíveis, ou seja, 67% dos recursos estão parados⁶. Estão sem uso 76% dos recursos de Aplicação Direta do Ministério da Saúde, 60% de Transferência para Estados e 66% de Transferência para Municípios. Em comparação aos valores das dotações autorizadas para cada uma dessas modalidades de aplicação, os valores pagos representaram, respectivamente, 10%, 39% e 34% do total destinado⁶.

Essa situação seria considerada um escândalo em qualquer país civilizado, pois, em meio a uma pandemia, com os casos e mortes crescendo exponencialmente há 16 semanas, o Ministério da Saúde mantém 67% de recursos parados no orçamento, sem sequer serem empenhados. Não é somente incompetência, é ação deliberada para não gastar, deixando o SUS e o povo brasileiro à própria sorte. Ao contrário da lerdeza na aplicação dos recursos tão necessários ao SUS neste momento, vê-se a velocidade com que, em nome do esforço de ‘guerra’ contra a pandemia, o governo ‘protegeu’ o sistema bancário permitindo a compra de títulos podres dos bancos, cujo prejuízo aos cofres públicos pode chegar a vários trilhões de reais. Também é bom não esquecer da tentativa do governo, abortada prontamente pela forte crítica da sociedade e do Congresso Nacional, de transferência de R\$ 83,9 milhões do Bolsa Família para a Secretaria de Comunicação.

Ao mesmo tempo que acompanha atônita o descaso e a desorientação do governo, a sociedade enxerga e se surpreende com a presença diária do sistema público nos noticiários, de forma nunca apresentada antes, salvando muitos brasileiros, e sofrendo a perda de tantos de nós. É um sentimento de reconhecimento do SUS e de seu valor como bem público. Curiosamente, o sistema privado saiu de cena nestes tempos de pandemia embora beneficiado pela falta de uso dos serviços rotineiros por seus usuários acuados pelo surto, mas que mantém em dia suas mensalidades. O acesso universal do SUS entre nós contrasta com o que vemos na experiência americana, em que, sem sistema público, muitos cidadãos com sintomas da Covid-19 fogem do tratamento, morrem em casa, nas ruas e parques por medo da conta que não podem pagar. Aqui, mesmo a duras penas, o SUS atende todos os brasileiros que dele dependem, sem nenhum custo. É um direito de todos.

É cedo para previsões e prognósticos sobre o futuro, mas esse novo status da importância do SUS bem poderia representar a força e a pressão política para a consolidação do sistema que foi criado para garantir o direito universal à saúde e que vem encontrando tantas pedras no seu caminho. A maior delas, já que dela decorre soluções para tantas mazelas, é garantir financiamento adequado, revogando o teto dos gastos e definindo um volume justo e adequado de financiamento ao seu revigoramento e consolidação.

Este é o momento para ampliar a consciência crítica que confere valor social sobre o direito à saúde e a defesa do SUS como basilar à democracia. Nessa direção, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) tem realizado ações com os movimentos sociais e com a própria sociedade, com destaque para duas campanhas recentes que resultaram na mobilização de uma diversidade de atores sociais, a campanha #emdefesadoSUS e a Marcha pela Vida. Celebramos e saudamos também os jovens das periferias que lideram e mobilizam manifestações contra o racismo e por democracia, em defesa da vida.

O Cebes investe-se na sua responsabilidade como ator político em defesa da vida e do direito à saúde e em defesa do SUS, e reafirma sua consigna: ‘Saúde é democracia, democracia é saúde!’.

Colaboradoras

Costa AM (0000-0002-1931-3969)*, Rizzotto MLF (0000-0003-3152-1362)* e Lobato LVC (0000-0002-2646-9523)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Agravos de Notificação Compulsória. [acesso em 2020 jun 16]. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/calendario-epidemiologico-2020>.
2. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Monitora COVID. [acesso em 2020 jun 17]. Disponível em: <https://bigdata-covid19.iciet.fiocruz.br/>.
3. Fleury S. Golpe na Saúde. [acesso em 2020 jun 16]. Disponível em: <https://outraspalavras.net/crise-brasileira/o-golpe-na-saude/>.
4. O Globo. G1. Dados do Datafolha. [acesso em 2020 jun 16]. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/05/28/auxilio-emergencial-13-de-quem-requisitou-beneficio-nao-recebeu-nenhuma-parcela.ghtml>.
5. Abramo HW. Jovens da periferia no centro da cena política. [acesso em 2020 jun 16]. Disponível em: <https://teoriaedebate.org.br/2020/06/12/jovens-da-periferia-no-centro-da-cena-politica/>.
6. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Boletim COFIN. [acesso em 2020 jun 16]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim_2020_0609_T1_2Ae2B_3_4_ate_08_RB-FF-CO_rev.pdf.

In the Covid-19 pandemic, Brazil sees the SUS

Ana Maria Costa^{1,2}, Maria Lucia Frizon Rizzotto^{1,3}, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato^{1,4}

DOI: 10.1590/0103-11042020125001

AT THE TIME OF WRITING THIS EDITORIAL, 122 days have passed since the first Covid-19 case was registered in Brazil, confirmed in São Paulo, on February 25, 2020¹. The pandemic found the nation with a militarized, ultra-right government, bewildered and submerged in a political crisis, aggravated by a low performance of the economy with growth of the Gross Domestic Product (GDP), in 2019, of only 1.1% and adding up to approximately 13 million unemployed citizens. This combination of factors and crises has deepened political instability and has proved to be tragic from all points of view, making the country seem like a ship with no direction, ready to sink.

Today, we have 928,985 confirmed cases of infected with Sars-CoV-2, although the estimates warn to figures at least 8 to 10 times higher due to the low testing practiced in our territory. In a pace of accelerated growth, more than 20 thousand new diagnosed cases are registered daily, regrettably accumulating 53,895 deaths, of which 1,185 in the last 24 hours². With these data, Brazil becomes the second country in number of deaths, surpassed, at the moment, only by the United States.

The pandemic has hit the core of society's narcissism, always fueled by satisfaction with the denial of reality. The abysmal social inequality is now wide opened as scandalously exposed as it had previously been denied. The Brazil that will emerge from this health crisis will no longer be able to hide from itself the image that revealed its millions of poor and miserable people without minimum conditions for complying with the sanitary standards recommended for the control of the pandemic: staying at home, maintaining social distance, washing hands, and eating properly. This mirror, if not broken again – and the uncomfortable image, once again forgotten –, will require radical changes in the development model and in economic policy. The transformations involve admitting that a fairer and less unequal country is only possible through the adoption of an unorthodox economic policy that institutionalizes universal social protection mechanisms, guaranteeing a basic citizenship income and promoting an effective increase in public investment to expand the labor market and absorb the Brazilians who are found completely abandoned today³.

The R\$ 600 emergency aid, approved by the National Congress, instead of the R\$ 200 proposed by the federal government, has already been requested by 43% of the Brazilian population; and of these, only 60% received at least a portion of the money⁴.

The result is in the 'disobedience' to health recommendations, reflected in the extremely low isolation rates found in large Brazilian cities and states which, even in a lockdown situation, are unable to reach the desirable levels of social distance. Without the support of

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. dotorana@gmail.com

²Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) – Brasília (DF), Brasil.

³Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.

⁴Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil.



the emergency aid or another way of guaranteeing income, precarious workers cannot stop working and use the crowded public transport that continues to circulate in large cities. It is this same population accustomed to drug traffic and militias that live with police violence, growing in times of evident installation of authoritarianism in the country⁵.

The difficulties with the payment of the aid, registered in the thousands of responses 'under analysis' of the Caixa Econômica Federal app and in the immense queues at the banks' doors, are not just management problems. If it wanted to speed up payments and identify Brazilians with an effective right to the aid, the government would have used the structure of the Unified Social Assistance System (Suas) and expanded the banking network to effectuate payment. On the contrary, the aid was centralized at the Caixa Econômica Federal and administered by the Ministry of Economy, without the participation of the Ministry of Citizenship, which has (or had) the technical and technological apparatus to deal with social programs. What was lacking was a commitment to mobilize the knowledge and the ability to deal with people's problems, since the government's economic project is based exclusively on cutting spending and privatizing.

The social anti-protection logic was even more serious in the deliberate action of dismantling the Ministry of Health, with the dismissal of technical staff and the replacement of three ministers since the beginning of the pandemic, now directed by a disciplined military man, more obedient to the government's political desires than the health needs of the population, who does not know the geography of his own country and knows nothing about health and the Unified Health System (SUS).

Another situation of enormous gravity is the lack of leadership that will lead Brazil to facing the pandemic, since the president himself chooses to generate political crises with the Powers of the Republic, in which he adopts a negationist position, minimizing the severity of the disease and the extent of the pandemic, guiding the population in the opposite direction to that indicated by science, by national and international health organizations, and by the experience accumulated by other countries. This omission of the role of leader of the Nation undoubtedly contributes to the expansion and to the aggravation of the health tragedy, whether by the ambiguity in the communication, or by the lying indication of drugs without proven efficacy. The refusal of the federal government to responsibly conduct actions to control and mitigate people's suffering during the pandemic has led governors and mayors, in line with the public interest, to take over the process, even under strong and constant attack of the president and without the national coordination of the Ministry of Health.

This profound helplessness of the Brazilian people reveals the value and importance of the SUS, which, despite its historical weaknesses, looms large in the face of the challenge and, with all sacrifice, faces the pandemic. The shortcomings and difficulties, which were already visible due to the chronic underfunding of the System, were brutally aggravated by the Spending Ceiling Amendment (EC-95), which freezes investment in social policies for 20 years. According to the National Health Council, the SUS lost, in 2019 alone, R\$ 20 billion with EC-95. Fighting precarious conditions to save lives, thousands of health professionals become infected and fall ill due to the lack of personal protective equipment, putting Brazil among the countries that most lost health professionals to death.

The Health Financing Commission, an evaluation body of the National Health Council, has been producing weekly information to monitor the execution and expenditure of resources used to combat the pandemic in the country⁶. The data show that, while the cases and deaths caused by the Covid-19 grow exponentially, the Ministry of Health stays weeks in a row without spending most of the budget directed to the pandemic. According to the last Cofin/CNS Bulletin (with data up to June 8), the total amount pledged totaled R\$ 26 billion of the R\$ 39 billion available, that is, 67% of the available resources⁶. 76% of the Ministry of Health's Direct Application

resources are unused, 60% are transferred to States, and 66% are transferred to Municipalities. In comparison to the amounts of the appropriations authorized for each of these applications, the amounts paid represent, respectively, 10%, 39% and 34% of the total destined⁶.

This situation would be considered a scandal in any civilized country, because, in the midst of a pandemic, with cases and deaths growing exponentially for 16 weeks, the Ministry of Health keeps 67% of resources unused in the budget, without even being committed to something. It is not just about incompetence, it is a deliberate action not to spend, leaving the SUS and the Brazilian people to their own luck. Contrary to the slowness in the application of the resources so necessary to the SUS at this moment, we can see the speed with which, in the name of the 'war' effort against the pandemic, the government 'protected' the banking system by allowing the purchase of bad bonds from banks, whose losses to public treasure can reach up to several trillion Reals. We should also not forget the government's attempt, promptly aborted by strong criticism from society and the National Congress, to transfer R\$ 83.9 million from Bolsa Família to the Secretariat of Communication.

At the same time that the government's disregard and disorientation is astonishingly observed, society sees and is surprised by the daily presence of the public system in the news, in a way never before presented, saving many Brazilians, and suffering the loss of so many of us. It is a feeling of recognition of the SUS and its value as a public good. Interestingly, the private system has left the scene in these pandemic times, although it benefited from the lack of use of routine services by its users cornered by the outbreak, but which keeps their monthly payments up to date. The universal access to the SUS among us contrasts with what we see in the American experience, in which, without a public system, many citizens with symptoms of Covid-19 escape treatment, die at home, in the streets and parks, out of fear of the bill that they could never pay. Here, even with major difficulties, the SUS serves all Brazilians who depend on it, at no cost. It is a right guaranteed to all.

It is too early for predictions and prognoses about the future, but this new status of the importance of the SUS could well represent the strength and political pressure for the consolidation of the system that was created to guarantee the universal right to health and that has hit so many bumps in its way. The biggest one, since it results in solutions to so many problems, is to guarantee adequate financing, revoking the spending ceiling and defining a fair and adequate volume of financing for its reinvigoration and consolidation.

This is the time to expand the critical awareness that confers social value to the right to health and the defense of the SUS as a cornerstone of democracy. In this direction, the Brazilian Center for Health Studies (Cebes) has carried out actions along with social movements and with society itself, with emphasis on two recent campaigns that resulted in the mobilization of a diversity of social actors, namely, the #emdefesadoSUS campaign and the March for the life. We also celebrate and salute young people from the peripheries who lead and mobilize protests against racism and for democracy, in the defense of life.

The Cebes is invested in its responsibility as a political actor in the defense of life and the right to health and in defense of the SUS, and reaffirms its slogan: 'Health is democracy, democracy is health!'

Collaborators

Costa AM (0000-0002-1931-3969)*, Rizzotto MLF (0000-0003-3152-1362)* and Lobato LVC (0000-0002-2646-9523)* have equally contributed to the elaboration of the manuscript. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

References

1. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Agravos de Notificação Compulsória. [acesso em 2020 jun 16]. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/calendario-epidemiologico-2020>.
2. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Monitora COVID. [acesso em 2020 jun 17]. Disponível em: <https://bigdata-covid19.iciet.fiocruz.br/>.
3. Fleury S. Golpe na Saúde. [acesso em 2020 jun 16]. Disponível em: <https://outraspalavras.net/crise-brasileira/o-golpe-na-saude/>.
4. O Globo. G1. Dados do Datafolha. [acesso em 2020 jun 16]. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/05/28/auxilio-emergencial-13-de-quem-requisitou-beneficio-nao-recebeu-nenhuma-parcela.ghtml>.
5. Abramo HW. Jovens da periferia no centro da cena política. [acesso em 2020 jun 16]. Disponível em: <https://teoriaedebate.org.br/2020/06/12/jovens-da-periferia-no-centro-da-cena-politica/>.
6. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Boletim COFIN. [acesso em 2020 jun 16]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim_2020_0609_T1_2Ae2B_3_4_ate_08_RB-FF-CO_rev.pdf.

Modelização do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade em um município baiano

Modelling of the National Program for Improving Primary Care Access and Quality in a municipality from Bahia

Larissa Morgan Andrade Lemos¹, Nília Maria de Brito Lima Prado¹, Maria Guadalupe Medina¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012501

RESUMO O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica é uma iniciativa importante para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no País, na perspectiva de melhoria e mudança do modelo de atenção à saúde em consonância com os princípios orientadores da Reforma Sanitária Brasileira. Este artigo objetiva analisar e explicitar, por meio de um modelo lógico-operacional referente aos dois primeiros ciclos, a plausibilidade lógica do Programa em um município baiano. Para tanto, foi realizado um estudo avaliativo de caso único no município investigado. A produção de dados foi realizada mediante entrevistas semiestruturadas, que objetivaram extrair dos gestores da atenção básica e profissionais de duas Unidades de Saúde da Família os relatos sobre suas experiências com a implementação de ações vinculadas ao Programa. Foi possível descrever o contexto de sua implementação no município, identificar seus objetivos, as ações desenvolvidas pelas equipes e a percepção dos atores quanto aos principais resultados alcançados no município, bem como verificar a coerência, no nível local, em comparação com as recomendações nacionais, propondo um modelo de análise útil para os gestores do Programa.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Política de saúde. Avaliação em saúde. Avaliação da qualidade dos cuidados de saúde. Programas nacionais de saúde.

ABSTRACT *The National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ-AB) is an important initiative to strengthen Primary Health Care in the Country, aiming at improving and changing the health care model in line with the guiding principles of the Brazilian Sanitary Reform. This article aims to analyze and explain, through an operational logical model referring to the first two cycles, the logical plausibility of the Program in a municipality in Bahia. For that, a single case evaluative study was carried out in the municipality under investigation. The data were produced through semi-structured interviews, which aimed to extract from the primary care managers and professionals of two Family Health units the reports about their experiences with the implementation of actions linked to the Program. It was possible to describe the context of its implementation in the municipality, to identify its objectives, the actions developed by the teams and the main results achieved in the municipality, as well as to verify the coherence, at the local level in comparison with the national recommendations, proposing a useful analytical model for program managers.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Health policy. Health assessment. Evaluation of the quality of health care. National health programs.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Vitória da Conquista (BA), Brasil.
larissamorgan@fainor.com.br



Introdução

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira busca a reorientação do modelo de atenção à saúde, a melhoria da cobertura e da qualidade dos serviços, bem como a integralidade das práticas, aprofundando processos de democratização e de participação social^{1,2}.

Para superar o modelo de saúde centrado na doença e em práticas curativas, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido priorizada como alternativa para o fortalecimento de um modelo de Atenção Primária à Saúde (APS)^{3,4}. Contudo, apesar de essa estratégia ter promovido a qualificação e uma maior abrangência às ações de caráter interdisciplinar e interprofissional, do mesmo modo, desvelou alguns desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS), relacionados à melhoria dos processos assistenciais, a condições para efetivar a integração da APS à rede de serviços de saúde em seus diversos níveis de atenção e à dificuldade na qualificação das equipes da Atenção Básica (AB)^{1,4}.

Para reverter esse cenário, a aposta governamental mais recente é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)⁵, uma iniciativa destinada a induzir as capacidades dos gestores e das equipes de AB a ampliarem o acesso e a qualidade dos serviços de saúde^{6,7}.

Contudo, ainda são incipientes os estudos sobre o PMAQ-AB que revelem as nuances, inconsistências e contradições do Programa. Ressalta-se, ainda, a existência de heterogeneidade na implementação local, especialmente relacionada à destinação dos incentivos financeiros, e a coerência e integridade do Programa em relação ao escopo idealizado e proposto pela normatização federal⁸⁻¹¹. Diante disto, surge o questionamento sobre em que medida o desenho do PMAQ-AB é capaz de assegurar os efeitos pretendidos, especialmente em municípios com dificuldades para a sua implementação. Assim, o presente estudo teve como objetivo analisar e explicitar, por meio de um modelo lógico operacional referente aos dois primeiros ciclos, a plausibilidade lógica do PMAQ-AB em um município baiano.

Material e métodos

Foi realizado um estudo de caso único com o intuito de modelizar o PMAQ-AB implementado em um município de médio porte do estado da Bahia, no período compreendido entre agosto de 2017 e junho de 2018.

No planejamento de um processo avaliativo, a elaboração do modelo lógico configura-se como um dos passos iniciais. Este modelo pode ser definido como um esquema visual, que apresenta como uma intervenção deve ser implementada e quais resultados são esperados¹². A modelização revela também o conjunto de hipóteses necessárias para que a intervenção permita melhorar determinada situação problemática, sendo a sistematização destas hipóteses a teoria do Programa¹³.

A modelização favorece que uma iniciativa seja compreendida em sua racionalidade e em seu encadeamento lógico, abrangendo componentes tais como problemas, pressupostos, objetivos, hipóteses, estratégias e resultados esperados, explicitados em um modelo lógico-operacional¹³.

O caso selecionado para esta pesquisa foi um município de referência macrorregional da região Sudoeste do estado da Bahia, que apresenta uma ampla rede de atenção primária, organizada nas zonas urbana e rural por unidades básicas, Equipes de Saúde da Família (EqSF) e Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família (Nasf)¹⁴.

Para aprofundar a análise sobre os fundamentos e a lógica da implementação do PMAQ-AB no município, foram selecionadas duas EqSF (E1 e E2) que obtiveram pontuação acima da média na avaliação de desempenho, nos dois primeiros ciclos do PMAQ-AB. A primeira equipe, vinculada a uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada na zona rural (USF 1), e a segunda equipe, vinculada a uma USF da zona urbana (USF 2).

As entrevistas foram realizadas com gestores da atenção primária e profissionais das duas EqSF que haviam trabalhado no município nos dois primeiros

ciclos do PMAQ-AB. Quanto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), foram incluídos aqueles com o maior tempo de atividade profissional na unidade. Assim, foram realizadas 11 entrevistas, com 2 médicos, 2 enfermeiros, 4 ACS e 3 gestores (*quadro 1*).

Todas as entrevistas foram previamente agendadas e realizadas pelo pesquisador principal, em espaços distintos das unidades de saúde, para evitar constrangimentos decorrentes de algum questionamento relativo às práticas profissionais. Antes de se iniciarem as entrevistas, o consentimento informado por escrito foi obtido, sendo assegurados aos profissionais o sigilo e a confidencialidade das informações.

Os dados derivados das entrevistas foram transcritos na íntegra e organizados de modo a permitir a identificação de convergências e divergências nos discursos dos entrevistados, sendo realizada a triangulação das

fontes de evidência, mediante entrevistas transcritas e observações *in loco* realizadas pelo pesquisador.

A análise dos dados contemplou as seguintes categorias: (1) objetivos do Programa; (2) ações e/ou atividades desenvolvidas; (3) processo de implantação (reorganização da atenção, processo de trabalho, infraestrutura); (4) remuneração (incentivo individual, investimentos em infraestrutura); (5) avaliação (indicadores, avaliação externa); (6) resultados; (7) percepção sobre o PMAQ-AB. A análise com base nas categorias operacionais permitiu elucidar o modelo lógico-operacional do PMAQ-AB no município, bem como verificar a coerência do Programa em comparação com a proposta governamental. Após a elaboração do modelo lógico-operacional local, foi realizada uma comparação com o modelo teórico do PMAQ-AB proposto em um estudo de avaliação¹⁵.

Quadro 1. Caracterização dos participantes da pesquisa, de acordo com escolaridade e tempo de atuação na APS ou gestão

Vínculo institucional	Cargo ocupado	Código do entrevistado	Escolaridade	Tempo de atuação na APS/Gestão
Equipes de saúde	Enfermeiro	E1U1	E. Superior	15 anos
	Médico	E2U1	E. Superior	9 anos
	Agente Comunitário de Saúde	E3U1	E. Médio	19 anos
	Agente Comunitário de Saúde	E4U1	E. Fundamental	18 anos
	Enfermeiro	E5U2	E. Superior	15 anos
	Médico	E6U2	E. Superior	20 anos
	Agente Comunitário de Saúde	E7U2	E. Médio	15 anos
	Agente Comunitário de Saúde	E8U2	E. Superior	17 anos
Gestão	Gestor da APS	E9G	E. Superior	3 anos
	Gestor da APS	E10G	E. Superior	12 anos
	Gestor da SMS*	E11G	E. Superior	5 anos

Fonte: Elaboração própria.

*SMS: Secretaria Municipal de Saúde.

A análise de coerência contemplou as seguintes fases: 1. Explicação do problema e referências básicas do Programa; 2. Estruturação lógica do Programa para alcance de resultados (objetivos, ações, resultados); 3. Identificação de fatores de contexto que podem influenciar na implementação do Programa; 4. Comparação entre o modelo lógico-operacional do Programa e o modelo teórico elaborado a partir da revisão da literatura¹⁶.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Saúde da Universidade Federal da Bahia, do Instituto Multidisciplinar em Saúde, sob o parecer nº 2.475.022, e seguiu as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

O contexto anterior à implementação do PMAQ-AB no município

O município investigado foi um dos pioneiros na região Nordeste a implantar a ESF. Iniciou com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, ocorrendo a primeira seleção de agentes em abril de 1998. Em setembro do mesmo ano, implantou o Programa de Saúde da Família (PSF) com cinco equipes na área urbana, cada uma contando com um médico, um enfermeiro, um odontólogo, três auxiliares de enfermagem e quatro ACS. Já no ano de 2001, o PSF alcançou 30 equipes de saúde e uma cobertura de 40,03%. Em 2010, essa cobertura foi ampliada para 41,11%, contando com 38 equipes de saúde. Além da ESF, o município conta, na APS, com uma rede de serviços básicos que estão organizados com uma lógica de articulação entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS), o Nasf e as USF, que são referências na organização dos fluxos para os demais níveis de complexidade da rede municipal.

O município aderiu ao PMAQ-AB desde o primeiro ciclo, em 2011, quando incluiu 31,5% de suas equipes, sendo que as razões

mencionadas pelos gestores para essa adesão foram a inclusão de indicadores para a avaliação e o monitoramento das ações e serviços, e a ampliação da cobertura e dos recursos financeiros destinados à AB. Já os profissionais assinalaram que a adequação da estrutura física das USF incluídas e a ampliação dos recursos financeiros destinados à AB foram os principais fatores que motivaram a adesão.

Ao que parece, os gestores se empenharam em formalizar a adesão ao Programa por compreenderem a importância da avaliação no contexto da AB, fato que deriva de suas experiências prévias de atuação neste âmbito, no próprio município investigado, antes de assumirem os cargos vinculados à gestão da AB e à secretaria municipal de saúde.

No que concerne a aspectos relacionados à gestão local e à organização dos serviços na AB, o financiamento insuficiente para expandir e/ou manter a cobertura dos serviços de saúde, ou ampliar ações de manutenção predial ou reestruturação física das unidades de saúde consideradas em condições inadequadas, foi a questão priorizada pelos gestores e demais profissionais. As fragilidades citadas pelos gestores apontaram, do mesmo modo, restrições relacionadas ao financiamento das ações para a ampliação da capacidade resolutiva da AB municipal. Um dos gestores pontuou a estagnação do valor dos repasses financeiros realizados pela esfera federal.

Além dos desafios supracitados, os gestores acrescentaram uma preocupação com a elevada rotatividade e, até mesmo, a ausência de profissionais de saúde nas USF – principalmente, os médicos –, na composição de algumas equipes. Para eles, tal fato poderia influenciar o processo de cuidado e a resolutividade dos problemas de saúde da população adstrita.

A rotatividade dos profissionais de saúde é um problema identificado no processo de implantação da ESF em diversos municípios brasileiros, tendo em vista que o modelo de atenção prioriza o vínculo entre profissionais da equipe de saúde e a população. A alta rotatividade pode estar relacionada à precarização

dos vínculos empregatícios (poucos profissionais concursados atuando na AB)¹⁷.

Ainda sobre o contexto da implantação, alguns gestores apontaram potencialidades inerentes à AB do município investigado, no período antecedente à implementação do PMAQ-AB. Entre elas, pode-se citar a utilização de uma estratégia de avaliação denominada ‘sala de situação’, caracterizada pelo encontro periódico de representante de equipes de saúde com os apoiadores institucionais para a explicitação dos indicadores de saúde da unidade. Essa prática foi pontuada, de forma unânime entre profissionais e gestores, como uma potencialidade para a melhoria da qualidade técnica em saúde, pois demonstrava que a AB local incluía o monitoramento das ações e dos serviços como uma prática contínua.

A Sala de Situação em Saúde (SDSS) é uma ferramenta que favorece o uso da informação em saúde para a tomada de decisões, posto que seja uma proposta de trabalho que facilita a tarefa de analisar a informação sanitária e vinculá-la à gestão de governo em saúde. Assim, a SDSS apoia processos decisórios em duas direções: auxilia os gestores (municipais, estaduais ou federal) no seguimento ou na avaliação de políticas e programas de saúde; e subsidia a decisão que a equipe da sala realiza e que culmina nas UBS, onde se gera o dado primário¹⁸.

Modelo lógico-operacional do PMAQ-AB no município

É importante destacar que a pertinência de uma intervenção depende, fundamentalmente, do contexto, dos atores envolvidos e do alinhamento entre objetivos e interesses, nos quais estão mergulhadas as intervenções em análise¹⁶. Neste sentido, a avaliação da intervenção pode contribuir para identificar se os objetivos definidos inicialmente são adequados para resolver o problema e responder as necessidades locais, e se os responsáveis pela intervenção estão agindo adequadamente, considerando suas funções e atribuições.

A análise prévia do contexto anterior à implementação do PMAQ-AB desvelou elementos importantes, quais sejam: financiamento insuficiente para a manutenção dos serviços da AB, baixa cobertura da APS no município, unidades de saúde com estrutura inadequada, dificuldades para a expansão do número de equipes de saúde no município, realização de práticas de avaliação restritas à ‘sala de situação’ e equipes de saúde desestimuladas.

O contexto de implementação do PMAQ-AB no município

Em 2011, o município aderiu ao primeiro ciclo do PMAQ-AB e, em 2013, sancionou a Lei Municipal nº 1.907, que dispõe sobre o pagamento do incentivo financeiro do Programa. Por meio dela, a gestão estabeleceu que, dos recursos financeiros disponibilizados pelo PMAQ-AB, 50% seriam utilizados para melhorar a adequação da estrutura da AB municipal, não necessariamente nas unidades bem avaliadas. A segunda metade do recurso seria repassada, semestralmente, sob a forma de prêmio de incentivo, aos servidores lotados nas EqSF que aderiram ao Programa e à diretoria da AB, condicionada ao desempenho de cada equipe, independentemente da categoria profissional e do montante de valores efetivamente recebidos pelo município por meio do Fundo Nacional de Saúde¹⁹.

No primeiro ciclo, 12 equipes dentre as 38 da ESF aderiram e participaram do PMAQ-AB. Dessas equipes, cinco obtiveram desempenho classificado como ‘ótimo’ e receberam R\$ 11 mil por mês, que foram divididos entre o pagamento da premiação e o investimento na AB, e sete equipes foram avaliadas com o conceito ‘bom’ e receberam um recurso correspondente a R\$ 6,6 mil por mês para investir nas mesmas aplicações²⁰.

No segundo ciclo, iniciado em 2013, o PMAQ-AB foi ampliado em todo o País, apresentando 74% de aumento no número

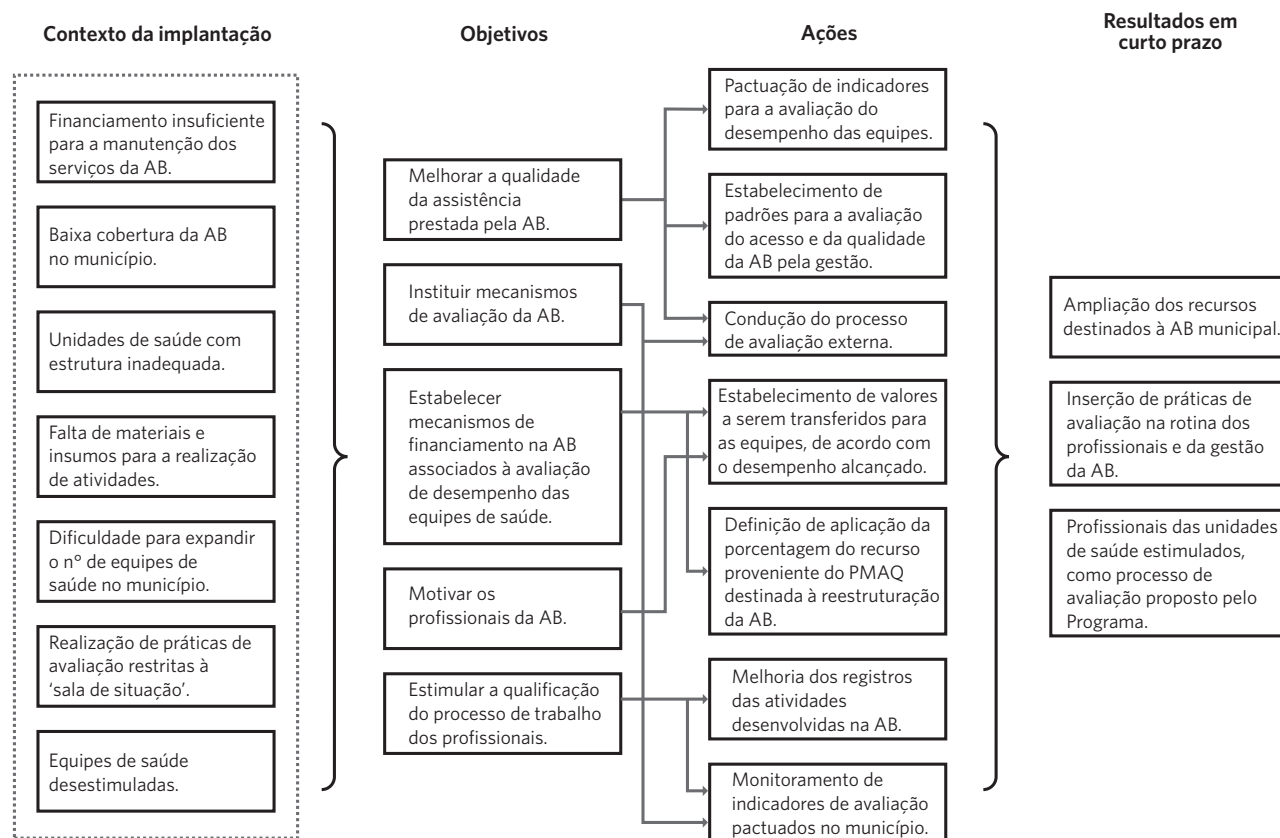
de EqSF participantes, o que evidencia um grande incremento da adesão municipal. Entretanto, é importante destacar que, no primeiro ciclo, houve um limite previamente definido de equipes participantes, diferentemente do segundo, ao qual puderam aderir todas que desejaram²¹.

No município investigado, 37 equipes de AB aderiram ao segundo ciclo, o que representa 90% do total de equipes. Dessas, 16 obtiveram classificação ‘muito acima da média’, 19 foram avaliadas como ‘acima da média’ e 2 apresentaram avaliação ‘mediana ou abaixo da média’²⁰.

Modelização do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no município

A partir do reconhecimento do contexto da implantação, foi possível identificar os objetivos do Programa no município, as ações realizadas nesse território e os resultados alcançados em curto prazo, além de elaborar o modelo lógico-operacional, como se vê na *figura 1*, que faz uma análise dos relato dos atores sociais envolvidos na implementação do PMAQ-AB no município e verifica se condizem com as recomendações nacionais.

Figura 1. Modelo lógico-operacional do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em um município do sudoeste da Bahia



Fonte: Elaboração própria.

O modelo lógico-operacional sintetiza e esquematiza os objetivos, as ações e os resultados do PMAQ-AB, relacionando-os com os fatores de contexto existentes no município, ou seja, o cenário de implementação do Programa¹⁵. Tais elementos se articularam com os objetivos do PMAQ-AB identificados a partir da análise das entrevistas dos gestores e profissionais, a saber: melhorar a qualidade da assistência prestada pela AB municipal; instituir ferramentas de avaliação nesse âmbito; estabelecer mecanismos de financiamento associados à avaliação do desempenho das equipes de saúde; motivar os profissionais; e estimular a qualificação dos processos de trabalho.

A seguir, são detalhados os principais componentes do modelo lógico-operacional do PMAQ-AB no município.

Objetivos do PMAQ-AB

Quanto ao entendimento dos objetivos do PMAQ-AB, foram observadas discordâncias entre profissionais e gestores. Ao conjecturarem sobre o assunto, os profissionais entrevistados foram unânimes em afirmar que o Programa objetivava melhorar a qualidade da assistência prestada pelas EqSF. Alguns correlacionaram o incentivo financeiro como o principal mecanismo disparador de mudanças de práticas profissionais direcionadas à melhoria da qualidade. Para outros, o PMAQ-AB objetivava melhorar as condições de trabalho na AB.

Os gestores alegaram dificuldade de entendimento sobre os objetivos do PMAQ-AB e relataram que estavam mais voltados para mudança do processo de trabalho e para ampliação do aporte financeiro municipal repassado pelo Ministério da Saúde (MS). Ademais, acrescentaram que as mudanças no processo de trabalho vinculavam-se aos resultados alcançados com a implantação do Programa. Esse fato demonstrou certa fragilidade na comunicação entre profissionais e gestores, e pouca concordância em relação a um aspecto importante, que é o objetivo do Programa.

Ainda que alguns objetivos tenham sido sinalizados como alcançados, poucos profissionais apontaram a existência de melhoria significativa na infraestrutura das unidades de saúde. Esse constituiu outro ponto de divergência entre profissionais e gestores, pois, ao contrário do que foi revelado pelos profissionais, os gestores afirmaram ter sido um objetivo alcançado pelo município, por meio de reformas estruturais de algumas unidades de saúde e aquisição e manutenção de equipamentos e materiais.

Outro quesito relativo ao objetivo do PMAQ-AB foi identificado no discurso dos profissionais de enfermagem ao referirem que o Programa objetivava instituir estratégias de cobrança, e que utilizava a 'avaliação' como um possível 'indutor' para um maior empenho e melhores resultados dos profissionais na AB. É provável que isto implique diretamente sobre a capacidade de as equipes identificarem a importância do PMAQ-AB, dificultando não somente a construção de planejamento, mas inclusive a fragmentação dos resultados entre as unidades de saúde da rede municipal.

Cabe destacar que essa perspectiva não foi verificada na entrevista de profissionais de outras categorias, o que pode estar relacionado à sobrecarga do profissional de enfermagem na APS, ao incluir, progressivamente, atividades administrativas, além das atividades assistenciais inerentes ao seu processo de trabalho²². Assim, vinculavam o PMAQ-AB a mais uma atribuição sob a sua condução.

Identificação das ações do Programa desenvolvidas pelas equipes

As ações desenvolvidas a partir da implantação do PMAQ-AB foram abordadas pelas equipes incluídas neste estudo. As principais ações referidas pelos profissionais foram: a melhoria nos registros e a organização das informações; o fortalecimento de práticas de promoção da saúde dentro das unidades; a pactuação de indicadores de saúde para realizar o processo de avaliação e

monitoramento, além do acompanhamento da equipe de avaliadores e do processo de avaliação externa; e definição da aplicação dos recursos oriundos do Programa.

A melhoria nos registros e a organização das informações em saúde foram as ações mais citadas nas entrevistas, tanto pelos profissionais quanto pelos gestores participantes, que salientaram a grande contribuição do PMAQ-AB no avanço observado no processo de trabalho das equipes que aderiram ao Programa.

Atrelado a isso, nota-se o entendimento parcial de alguns profissionais a respeito de suas práticas em serviço e o processo de incorporação de novas atividades e ações, a partir da indução de mudanças de práticas, objetivada pelo PMAQ-AB. Alguns apontaram que não verificaram mudanças significativas, apenas perceberam o fortalecimento de práticas de promoção da saúde que não estavam, até então, concretizadas na rotina das equipes de saúde analisadas. Como exemplo, os entrevistados citaram: ações de educação em saúde realizadas em grupo, especialmente direcionadas à saúde dos idosos, previstas pelo Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus e salas de espera.

Os gestores apresentaram entendimento concordante sobre o significativo avanço na pactuação de indicadores entre os profissionais das equipes de saúde e a gestão, bem como das metas que esses indicadores deveriam alcançar. Esse processo, segundo eles, foi uma construção coletiva, que envolveu um espaço de tomada de decisão compartilhado por gestores, profissionais de saúde e apoiadores institucionais. Sobre os indicadores utilizados para a avaliação da qualidade, os profissionais consideraram alguns inadequados para avaliar a realidade local, pois apresentaram baixa coerência com as especificidades identificadas no município, a exemplo da presença de práticas integrativas, que não estão implementadas localmente. Essa percepção sobre os indicadores também foi verificada pela equipe atuante na área rural do município, que apontou a

inexistência de indicadores e padrões adequados às especificidades do território rural.

No que se refere à avaliação externa, alguns profissionais de saúde apontaram como aspecto frágil o constrangimento inerente ao processo de avaliação das práticas. Tal assertiva foi explicitada pelos entrevistados, tanto de equipe da zona rural quanto urbana, ao referirem uma preocupação consensual acerca dos resultados alcançados pelas equipes. Uma ilustração sobre essa questão foi citada pelo participante E2U1 – médico, ao afirmar que

avaliar é um processo complicado, a gente se sente inseguro. Mas estávamos preparados sim, até mesmo porque fazíamos tudo que estava ao nosso alcance. Então, não foi surpresa o que pediam e perguntavam para nós.

Avaliar pressupõe emitir juízo de valor, segundo um determinado contexto histórico, social, econômico e cultural¹². Desta forma, o processo avaliativo está relacionado à capacidade de reflexão crítica coletiva, especialmente, no que concerne ao processo de trabalho das equipes e à identificação de pontos que requerem melhorias, e não deve ser reduzido a uma imposição, cuja finalidade é apenas o cumprimento de metas. Mas, deve ser amplo e provocador de mudanças³.

As recomendações para a aplicação dos recursos derivados do PMAQ-AB diferem de algumas experiências internacionais. No Brasil, o repasse do incentivo financeiro é realizado fundo a fundo (do nível federal para o municipal). Contudo, os municípios possuem autonomia para estabelecer normas específicas para a utilização do recurso (por meio de adicionais pecuniários e/ou suprimentos, infraestrutura e outros estímulos que possam auxiliar a melhoria do desempenho das equipes)¹⁰.

Outro aspecto que merece destaque é a vinculação dos critérios para a priorização de investimento ao desempenho das equipes participantes, tendo em vista que a classificação pode variar de insuficiente a muito acima da

média. Fica a critério dos municípios optarem por investir naquelas que obtiveram maior nível de desempenho ou, alternativamente, investir nas equipes que obtiveram as pontuações mais baixas, para promovê-las. Este leque de opções pode gerar resultados não intencionais e, consequentemente, contribuir para a ampliação das desigualdades locais²³.

Sobre o montante de recursos municipais, transferidos por meio do PMAQ-AB e destinados à premiação vinculada ao desempenho, segundo os entrevistados, foram geridos pelas próprias equipes, sem a intervenção da gestão municipal. Eles relataram que os profissionais de saúde que compunham as equipes definiram as estratégias para a aplicação do recurso. Nesse ponto, foi consensual que a premiação seria dividida de forma igualitária entre os integrantes da equipe.

É importante ressaltar que o processo de divisão da premiação foi permeado por opiniões divergentes. Em unidades de saúde que continham duas equipes de trabalho, os profissionais informaram que o processo de rateio gerou conflitos, em virtude das diferenças nos resultados das avaliações de cada equipe, e, consequentemente, quanto aos valores recebidos por cada.

Resultados do Programa no município

Sobre o acompanhamento dos resultados do PMAQ-AB, após os dois primeiros ciclos, os gestores apresentaram opiniões convergentes e sinalizaram aspectos favoráveis relacionados à abrangência das ações no contexto local, quais sejam: 1. A ampliação dos recursos destinados à AB, o que permitiu melhorias na infraestrutura das unidades de saúde, e a implantação de novas unidades e equipes; 2. A inserção de práticas de avaliação na AB de forma sistemática, em consonância com as diretrizes do Programa; 3. O estímulo dos profissionais da AB, decorrente da implantação do Programa, visto que, para os gestores entrevistados, mesmo diante das dificuldades encontradas no processo de

trabalho, os profissionais conseguiram resgatar a motivação e passaram a enviar maior empenho na execução das atividades.

Contudo, ainda que tenham sido observados pontos positivos na ampliação do acesso e da qualidade no município, alguns entrevistados revelaram opiniões distintas das proferidas pelos gestores. Quanto à estrutura física das unidades de saúde, todos os profissionais da área apontaram que os serviços de saúde careciam de reestruturação física para ampliarem as ações de saúde e atenderem as necessidades da população adstrita, ainda que não tenham sido consolidadas reformas estruturais abrangentes.

Do mesmo modo, os profissionais não perceberam melhoria importante no acesso após a implementação do PMAQ-AB, apesar de indicarem que a aplicação do incentivo financeiro consistiu em um mecanismo disparador de mudanças de práticas profissionais com desdobramentos, ainda que tímidos, para essa melhoria e para a qualidade da assistência prestada pela AB. Por outro lado, os gestores não apontaram grandes mudanças com os resultados alcançados pelo Programa nos dois primeiros ciclos, o que pode constituir em um indício de que, em curto e médio prazos, essas mudanças não foram alcançadas.

Alguns autores discutem que a fragmentação da avaliação em ciclos e a alternância dos temas de intervenção, como proposto pelo PMAQ-AB, dificultam a mensuração das melhorias em longo prazo e a continuidade de projetos anteriores na vigência de novos ciclos, o que pode gerar frustração e inibir o desenvolvimento da cultura de qualidade. Esta fragmentação está relacionada à limitação de gestores e equipes para entender o planejamento, monitoramento e a avaliação como partes de um processo contínuo de trabalho por melhorias³.

Análise de coerência do modelo lógico-operacional

O modelo lógico-operacional permitiu a comparação entre o que é preconizado e o que é realizado no município, para que seja possível,

então, compreender se as ações realizadas estão de acordo com as recomendações nacionais, conforme o modelo lógico da teoria do PMAQ-AB no âmbito nacional, proposto em um estudo de avaliação¹⁵.

O PMAQ-AB, da forma que foi idealizado pelo MS, visa alcançar melhorias nos níveis de saúde da população através do desenvolvimento de processos avaliativos que levem em consideração tanto os objetivos dos serviços de saúde quanto as necessidades de saúde da população. Contudo, observou-se que, no município investigado, o modelo lógico-operacional local assume conformação menos abrangente do que o modelo teórico, que considerou as recomendações das diretrizes operacionais do Programa¹⁵.

Além disso, verificou-se uma incipiente compreensão da teoria do Programa, fato que pode ter contribuído para uma implantação parcial dos objetivos, sendo identificado no sistema local o desenvolvimento dos seguintes: melhorar a qualidade da assistência prestada pela AB municipal; instituir ferramentas de avaliação nesse âmbito; estabelecer mecanismos de financiamento da AB associados à avaliação do desempenho das equipes de saúde; motivar os profissionais da AB; e estimular a qualificação dos processos de trabalho desses profissionais.

Desses objetivos, derivaram as ações relacionadas à pactuação de indicadores para a avaliação do desempenho das equipes; o estabelecimento de padrões para a avaliação do acesso e da qualidade da AB pela gestão; a condução do processo de avaliação externa; a pactuação de valores a serem transferidos para as equipes, de acordo com o desempenho alcançado; a definição de aplicação da porcentagem do recurso proveniente do PMAQ-AB destinada à reestruturação da AB; as melhorias nos registros das atividades desenvolvidas; e o monitoramento dos indicadores pactuados para a avaliação contínua no município.

Contudo, observou-se uma priorização das ações relacionadas à obrigatoriedade do cumprimento de prerrogativas vinculadas ao componente financeiro do Programa, enquanto as

ações que buscavam contemplar a melhoria da qualidade técnica e o fortalecimento das práticas de avaliação não foram evidenciadas.

Quanto aos resultados, foram identificados a ampliação dos recursos destinados à AB municipal e os desdobramentos dessa suplementação financeira; a inserção de práticas de avaliação na rotina dos profissionais e da própria gestão; e a melhoria no desenvolvimento das atividades dentro das unidades de saúde, em virtude do maior estímulo das equipes frente à proposta do Programa.

Considerações finais

O presente estudo alcançou o propósito de sistematizar o modelo lógico-operacional do PMAQ-AB em um município baiano. Ademais, o estudo da conformação em contextos locais permitiu analisar a pertinência do *modus operandi* e outros aspectos considerados relevantes das práticas de avaliação da qualidade executadas no município, para qualificá-las e torná-las mais aptas às necessidades e questões dos grupos de interesse nelas envolvidos.

A partir da análise das percepções, opiniões e do conhecimento dos profissionais e gestores entrevistados, atuantes no município investigado nos dois primeiros ciclos do PMAQ-AB, sobre o Programa, foram verificados aspectos convergentes entre algumas ponderações dos atores entrevistados, bem como a coerência do Programa desenvolvido no nível local, em comparação com a proposta governamental.

A sistematização evidenciou que, com a implementação do PMAQ-AB, em curto prazo, o município avançou em questões como: ampliação dos recursos destinados à AB municipal; inserção de práticas de avaliação na rotina dos profissionais e da gestão da AB; e profissionais das unidades de saúde estimulados com o processo de avaliação proposto pelo Programa. Estes resultados estão relacionados com os pontos que deram origem à implantação do Programa, principalmente com o financiamento insuficiente para a manutenção e expansão

dos serviços da AB, a estrutura inadequada das unidades de saúde, a falta de materiais e insumos para a realização de atividades, as práticas de avaliação restritas à ‘sala de situação’ e o desestímulo das equipes de saúde quanto ao processo de trabalho.

Do mesmo modo, a experiência prévia com processos avaliativos e a iniciativa de instituir uma cultura de avaliação na AB municipal, conforme verificado no município, pode ter facilitado o processo de compreensão do eixo ‘organização de práticas avaliativas’, identificado no modelo teórico nacional, e dos objetivos e ações mais voltados para esta abordagem.

Contudo, cabe destacar que a presente pesquisa se limitou a estudar os dois primeiros ciclos do Programa e, portanto, não conseguiu estabelecer os possíveis resultados em longo prazo. Outra limitação refere-se à adoção de uma análise descritiva da conformação local, a partir da percepção dos atores envolvidos, o que pode ter desdobrado em interpretações individuais que não traduziram o cenário real. Neste sentido, recomenda-se a realização de estudos que considerem o grau de implantação das ações previstas pelo Programa e permitam uma correlação com as variáveis contextuais.

Por fim, conclui-se que estudos dessa natureza contribuem para suscitar reflexões sobre a discrepância entre a intencionalidade das normas formuladas pelo âmbito federal e sua implementação, de fato, e a conformação dos programas no âmbito local, evidenciando um conjunto de indagações pertinentes para subsidiar avaliações futuras, quais sejam: a dificuldade de operacionalização decorre da falta de clareza dos pressupostos teóricos do Programa, que permitem o alinhamento

entre objetivos e interesses, nos quais estão mergulhadas as intervenções em análise? Decorre da inexistência de fluxos operacionais que direcionam o processo de implementação? Ou da ausência de indicadores que viabilizem o monitoramento contínuo do alcance da implementação do Programa em contextos distintos?

Colaboradoras

Lemos LMA (0000-0001-6148-3825)* contribuiu para a concepção, o desenho, a aquisição, análise e interpretação de dados; elaborou o trabalho criticamente, para conteúdo intelectual importante; aprovou a versão final a ser publicada; e é responsável por prestar contas de todos os aspectos do trabalho, garantindo que as questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte sejam devidamente investigadas e resolvidas. Prado NMBL (0000-0001-8243-5662)* trabalhou para a concepção, delineamento e processamento dos dados, avaliação da versão final; e é responsável por prestar conta de todos os aspectos do trabalho, garantindo que as questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte sejam devidamente investigadas e resolvidas. Medina MG (0000-0001-7283-2947) contribuiu para a concepção do trabalho e análise de dados; revisou criticamente o conteúdo intelectual importante; aprovou versão final a ser publicada; e é responsável por prestar contas de todos os aspectos do trabalho, garantindo que as questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte sejam devidamente investigadas e resolvidas. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Fertonani HP, Pires DEP, Biff B, et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20(6):1869-1878.
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*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
3. Silva RR, Furtado JP, Akerman M, et al. Subsídios à meta-avaliações do PMAQ. In: Akerman M, Furtado JP. *Práticas de avaliação em saúde no Brasil – diálogos*. Porto Alegre: Reunida; 2016. p. 327-355.
4. Clementino FS, Gomes LB, Vianna RPT, et al. Acolhimento na Atenção Básica: análise a partir da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Rev. Saúde Ciênc. Online.* 2015; 4(1):62-80.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
6. Cruz MM, Souza RBC, Torres RMC, et al. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. *Saúde debate.* 2014; 38(esp):124-139.
7. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde debate.* 2014; 38(esp):13-33.
8. Belo FMA, Carvalho EF, Farias SF. Análise do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em Recife-PE. *Saúde debate.* 2014; 38(103):706-719.
9. Sossai TA, Galavote HS, Vieira ECL, et al. Evidências sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Rev. Bras. Pesq. Saúde.* 2016; 18(1):111-119.
10. Moraes PN, Iguti AM. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. *Saúde debate.* 2013; 37(98):416-426.
11. 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, Actas de Saúde Colet.* 2015; 9(2):237-250.
12. Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
13. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, 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. 61-74.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Informações de Saúde. Indicadores de Saúde e Pactuações. 2015. [internet] [acesso em 2018 jul 1]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2015/cnv/coapmunba.def>.
15. Lemos LMA, Prado NMBL, Medina MG. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): modelização da política no âmbito nacional. *Soc. e Cult.* 2018; 21(2):54-72.
16. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, et al., organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
17. Medeiros KRG, Junqueira AGW, Schwingel G, et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014; 15(1):1521-1531.

18. Albuquerque IMN, Santos LTV, Dias FIS, et al. Sala de situação para tomada de decisão: percepção dos profissionais que atuam na atenção básica à saúde de Sobral - Ceará. *Sanare*, 2013; 12(2):40-46.
19. Vitória da Conquista. Lei nº 1.907, de 06 de junho de 2013. Dispõe sobre o pagamento do Prêmio Variável de Qualidade e Inovação, do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e do incentivo financeiro (PMAQ-AB), denominado componente de qualidade do piso de atenção básica, instituído pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Vitória da Conquista, 06 de junho de 2013. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <http://ba.portaldatransparencia.com.br/prefeitura/vitoria-da-conquista/index.cfm?pagina=abreDocumento&arquivo=32E3025C8146>.
20. Vitória da Conquista. Prefeitura Municipal. Rede Básica de Saúde Vitória da Conquista participa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. [internet]. 27 dez 2013. [acesso em 2020 jun 11]. Disponível em: <http://www.pmvc.ba.gov.br/rede-basica-de-saude-vitoria-da-conquista-participa-do-programa-nacional-de-melhoria-do-acesso-e-da-qualidade-da-atencao-basica/>.
21. 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; 38(esp):358-372.
22. Rizzotto MLF, Gil CRR, Carvalho M, et al. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. *Saúde debate*. 2014; 38(esp):237-251.
23. Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ) Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. *J Ambulatory Care Manage*. 2017; 40(2):4-11.

Recebido em 02/06/2019

Aprovado em 07/05/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

O conflito como manifestação da dimensão política dos enfermeiros na implementação do PMAQ-AB

Conflict as a manifestation of the political dimension of nurses' work in primary care: the case of PMAQ-AB

Tânia Silva Gomes Carneiro¹, Pedro Silveira Carneiro¹, Ione Carvalho Pinto¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012502

RESUMO Neste estudo, considera-se como dimensão política a relação que os trabalhadores estabelecem com a gestão pública em saúde e seus desdobramentos no trabalho na Atenção Básica (AB) nas modalidades de organização da AB. Objetivou-se discutir o conflito entre enfermeiros da AB e gestão municipal em torno da contratualização e recontratualização ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) como manifestação da dimensão política. Estudo de caso instrumental e qualitativo, alicerçado na Análise de Discurso de matriz francesa. O *corpus* constituiu-se por entrevistas semiestruturadas com oito enfermeiros, informantes-chave da AB municipal de Ribeirão Preto (SP), e por documentos de planejamento de cinco quadriênios de gestão. Observa-se uma transição incompleta do modelo de AB, mais como mistura do que de transição, com uma implantação incipiente da Estratégia Saúde da Família. Fica claro que a relação entre enfermeiros e gestão não é de confiança, nem de coresponsabilidade. Não há perspectiva de participação nos processos de decisão relativos ao PMAQ-AB, cuja condução privilegiou os aspectos burocráticos esvaziando a política de avaliação de sentido para os trabalhadores. Apesar de responsabilizarem a gestão, os enfermeiros se limitam a formas de resistência pontuais, em um contexto de ausência de negociação coletiva.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Enfermagem em saúde comunitária. Gestão em saúde. Sistema Único de Saúde. Política de saúde.

ABSTRACT *This study considers the political dimension as the relationship that workers have with the public health management at work and its developments in Primary Care (PC) services in different modalities of PC organization. It seeks to discuss the conflict between PC nurses and management regarding the contratualization and recontratualization of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care (PMAQ-AB) as a manifestation of the political dimension. It is an instrumental and qualitative case study grounded on French discourse analysis. The corpus was constituted by semi-structured interviews with 08 nurses, key informants from the PC of Ribeirão Preto (SP), as well as planning documents of five quadriennium of municipal administration. Data points to an incomplete transition of the PC model, more of a mixture than a transition, with an incipient use of the Family Health Strategy. The relationship between nurses and management lacks trust and coresponsibility. There is no perspective of participation in decision-making processes around the PMAQ-AB, whose implementation focused on bureaucratic aspects while emptying the policy of evaluation of meaning for workers. Despite holding management responsible, nurses are limited to punctual forms of resistance, in the absence of collective negotiation.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Community health nursing. Health management. Unified Health System. Health policy.*

¹Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.
jasmimgomes@yahoo.com.br

Introdução

Consolidar a efetivação do processo da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) incide em discussões sobre os desafios atuais e sobre o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS), debatidas por diversos autores e entidades do campo da saúde coletiva, comprometidos com a institucionalização da saúde como direito de cidadania¹⁻⁴.

“A dimensão sociopolítica contempla as ações voltadas para obter o apoio da população às políticas do SUS”¹⁽⁹¹²⁾. Seria natural que a efetivação do SUS fosse defendida pela maioria da população, mas, concretamente, é necessário que as pessoas percebam as vantagens do SUS para que o defendam¹. Nesse sentido, a participação popular se constitui uma estratégia importante; já que o SUS tem como proposta a democratização, não é possível negligenciar ações que fortaleçam a participação de usuário, trabalhadores e prestadores na construção e implementação de políticas de saúde.

Conforme vem sendo discutido nesse último período, em que o SUS completa 30 anos sob diversos ataques de viés privatista^{2,3}, apesar de seus avanços, como, por exemplo, ampliação da cobertura de Atenção Básica (AB)², ele sofre uma série imensa de obstáculos por parte de diversos setores da sociedade brasileira. Inclusive, conforme coloca Paim²⁽¹⁷²⁵⁾, “o SUS sofre resistências de profissionais de saúde, cujos interesses não foram contemplados pelas políticas de gestão do trabalho e educação em saúde”.

Entende-se que a AB, que compõe um importante campo de trabalho de profissionais de saúde no SUS e um espaço de disputa da mudança das práticas profissionais, pode ser um espaço de reflexão crítica e, também, de contra-hegemonia. Nessa perspectiva, faz-se necessário constituir um bloco de agentes sociais que sustentem o SUS enquanto projeto civilizatório^{2,4}.

Ao se considerar que, de 2.054 Equipes de Saúde da Família (EqSF) em 1998, chegou-se, em 2017, a 41.619 equipes, o que corresponde a um salto de 4,4% para cerca de 70% de cobertura de pessoas cadastradas pela Estratégia Saúde da Família (ESF)⁵, pode-se dimensionar

a potencialidade de uma parceria entre os trabalhadores e os usuários da AB em um movimento de afirmação do SUS⁶. Considerando o contingente de enfermeiros inseridos nas equipes na AB, é central ter esses trabalhadores como sujeitos políticos na luta pelo avanço da RSB e do SUS constitucional.

Discutindo aspectos do trabalho em enfermagem, Almeida⁷ coloca como dimensões inerentes ao trabalho gerencial a “técnica, a política, comunicativa e o desenvolvimento da cidadania”⁷⁽²⁸⁸⁾. Segue definindo a dimensão política como:

Aquela que articula o trabalho gerencial ao projeto que se tem a empreender, a consolidação do SUS. Neste movimento se fazem presentes determinações de caráter político-ideológicas, econômicas, assim como as marcadas pelas organizações corporativas e pelos distintos tipos de usuários dos serviços de saúde. Implica, sem dúvida, a articulação do momento mais interno do processo de trabalho as determinações externas deste, que dizem respeito às políticas sociais e de saúde em específico e das contradições e conflitos presentes na sociedade para sua efetivação⁷⁽²⁸⁹⁾.

A articulação entre o ‘processo de trabalho’ e as ‘determinações externas’ se concretiza na relação entre os trabalhadores da saúde e a gestão, de tal forma que se considera como dimensão política a relação que os trabalhadores estabelecem com a gestão pública em saúde e seus desdobramentos no trabalho na AB nas distintas modalidades de organização da AB.

Destarte, este artigo se propõe a discutir um dos aspectos que emergiram ao se analisar a dimensão política em pesquisa de doutorado da qual este artigo é fruto, que foi o conflito entre os trabalhadores de saúde da AB e a gestão municipal em torno da contratualização e recontra-tualização ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

O PMAQ-AB foi criado em 2011 com intuito enunciado de ampliar o acesso e a melhoria da qualidade da AB, por meio da “instituição de processos contínuos e progressivos de avaliação

e monitoramento que pudessem fortalecer a capacidade das três esferas de governos de ofertar serviços”⁸⁽⁵⁷²⁾ com garantia de um padrão de qualidade

comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde^{9,10}.

Representou uma continuidade de um progressivo processo de avaliação institucional dentro do SUS, porém, “diferenciando-se, todavia, por ter um escopo abrangente, principalmente por vincular o processo avaliativo a incentivos financeiros por desempenho”⁸⁽⁵⁷¹⁾. Foi criado como base para distribuição de novos recursos financeiros para AB8 denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica (PAB) Variável^{9,10}, um incentivo que, em parte, depende do desempenho das equipes na avaliação.

O primeiro ciclo (2011-2012) desse programa ficou direcionado para a avaliação da ESF, porém, já no segundo ciclo (2013-2014), foram definidos “Critérios de Parametrização e Equivalência das Diferentes Modalidades de Organização da Atenção Básica com a Estratégia Saúde da Família”¹¹⁽²⁹⁾, incluindo outras formas de organização da AB na avaliação.

O PMAQ-AB, em seus dois ciclos, foi composto por quatro fases complementares que constituem um processo de melhoria do acesso e da qualidade da AB: a adesão e a contratualização (primeira fase), o desenvolvimento (segunda fase), a avaliação externa (terceira) e a recontratualização (quarta fase), que representa o início do novo ciclo^{9,10}.

No terceiro ciclo, iniciado com a adesão das equipes em 2015, mas com realização da avaliação externa postergada até 2017, por conta da crise de governabilidade e políticas de austeridade fiscal que cortaram fortemente as receitas do SUS, as fases foram reagrupadas em três. A fase de desenvolvimento foi reorganizada e transformada em eixo estratégico transversal, que deve ser realizada de forma permanente⁸⁽⁵⁷²⁾.

É importante ressaltar que a fase quatro, recontratualização, posterior à certificação das equipes, que se propõe a ser um momento de nova pactuação de indicadores e dos processos de trabalho, teoricamente confere ao programa um caráter cíclico e contínuo de melhoria. Para que seja possível aferir, ao longo do tempo, essa melhoria, no entanto, seria essencial a continuidade e a comparabilidade entre os ciclos⁸.

Dessa forma, objetivou-se, neste artigo, discutir o conflito entre enfermeiros da AB e gestão municipal em torno da recontratualização e recontratualização do PMAQ-AB como manifestação da dimensão política.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de caso, do tipo instrumental¹², alicerçado pela abordagem qualitativa e pelo referencial teórico-metodológico da Análise de Discurso (AD) de matriz francesa, que, epistemologicamente, funde-se em uma filosofia linguística, materialística e psicanalítica¹³.

O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto (SP), pertencente à Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) 13 do estado de São Paulo, com população municipal estimada de 694.534¹⁴. Possui 46 estabelecimentos, distribuídos nos Distritos de Saúde, sendo 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 19 Unidades de Saúde da Família (USF) e 2 Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS)¹⁵.

Para melhor compreender a rede de serviços da AB municipal, foram levantados aspectos estruturais e organizativos de todas as unidades descritos nos documentos de planejamento municipal, sendo possível identificar distintos arranjos organizativos na rede.

Para o escopo deste estudo, definiram-se quatro modalidades de organização da AB presentes no município, a partir da incorporação (ou não) de elementos da ESF: UBS Tradicional (sem nenhum elemento de saúde da família); UBS com Agente Comunitário de Saúde (ACS); USF adaptada (com médicos nas especialidades básicas: ginecologista, pediatra e clínico); USF pura (somente com

EqSF). Não foram incluídas unidades com pronto atendimento ou terceirizadas.

Definiu-se, também, para o escopo do estudo, que seriam incluídos na investigação somente profissionais com jornada integral na rede de AB municipal, ou seja, jornada de 40 horas, critério que faz parte da recomendação da Política Nacional de Atenção Básica vigente¹⁶ e vínculo com a administração direta municipal. Chegou-se a 39 enfermeiros, distribuídos entre 23 unidades de saúde.

Aplicaram-se, a esses sujeitos, os seguintes critérios de exclusão: estar alocados em cargos de chefia ou gerência; estar de férias, licença saúde, licença maternidade ou outras causas de afastamento; não atender à pesquisadora em três tentativas de visita à unidade. Após esses critérios, em um contato inicial, oito sujeitos não aceitaram participar do estudo. Chegou-se a 24 sujeitos em potencial.

Dentre estes, foram escolhidos 10 informantes-chave de interesse, usando como critério ter participação no primeiro ciclo do PMAQ-AB tendo em vista a importância dada pelos enfermeiros ao conflito com relação ao processo de avaliação durante a exploração inicial do campo. Foi possível entrevistar oito informantes no período da realização das entrevistas (uma estava afastada por licença saúde e outra havia sido transferida para um serviço da atenção secundária).

Os dados foram coletados nos meses de fevereiro a abril de 2014, por meio da realização de entrevistas semiestruturadas, utilizando roteiro. As entrevistas foram gravadas e transcritas literalmente, totalizando 6 horas e 32 minutos. Utilizou-se, também, a análise documental como técnica de coleta de dados, buscando (re)constituir o contexto sócio-histórico da organização da rede de AB na qual estão inseridos os sujeitos do estudo, a partir de documentos oficiais de planejamento municipal em saúde.

Consideraram-se, como documentos de interesse, os Planos Municipais de Saúde e os Relatórios Anuais de Gestão¹⁷, desde o início da implantação do Programa Saúde da Família em 1997, correspondendo a cinco quadriênios de gestão municipal (1997 a 2000; 2001 a 2004; 2005

a 2008; 2010 a 2013; 2014 a 2017). Não foi possível o acesso ao Plano Municipal de Saúde de 1997 a 2000 e ao Relatório de Gestão de 2001 a 2004.

O *corpus* de análise desta pesquisa foi constituído por entrevistas semiestruturadas (material empírico) e pelos documentos mencionados (arquivos). Na perspectiva discursiva¹⁸, é a partir de um 'recorte' de dados determinado pelas condições de produção que se pode falar na construção do *corpus*, levando-se em conta os objetivos e princípios teóricos que, orientando toda a análise, possibilitaram uma análise objetiva dos dados. A linearização do discurso é apresentada sob a forma de sequências discursivas de referência a partir de recortes da fala dos enfermeiros sobre o PMAQ-AB.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, sob parecer nº 537.514, CAAE: 13958013.7.0000.5393, atendendo à Resolução nº 466/12. As entrevistas foram realizadas após leitura e anuência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo garantidos o anonimato e o sigilo das informações relativas a cada indivíduo.

Resultados e discussão

A configuração das trabalhadoras de saúde entrevistadas foram enfermeiras com idade entre 37 anos e 59 anos, tempo de formação entre 15 anos e 36 anos, e tempo de atuação na AB municipal entre 9 anos e 24 anos. Entende-se que essas diversas vivências acumuladas durante esse tempo de trabalho influencia a representação que essas enfermeiras têm da AB.

Na análise dos documentos oficiais de planejamento municipal em saúde, encontrou-se uma particularidade da política de saúde municipal para a reorganização da AB, tendo como proposta a ESF, porém sem a substituição do modelo tradicional representado pelas UBS. Observou-se, do ponto de vista histórico, uma sucessão de gestões municipais em que as metas relativas à reorganização da AB são repetidamente descumpridas, com significativa descontinuidade

com relação a metas de cobertura de ESF e AB do ponto de vista de série histórica de dados.

Essa estratégia adotada pelo município surge no discurso das enfermeiras E8 e E2, que contam como foi a integração das EqSF nas UBS do município, atuando na mesma planta física e com aproveitamento dos profissionais já existentes, referida pelos profissionais como Unidade mista:

[...] 'quando eu trabalhei em saúde da família, inicialmente em 2000', eu estava em uma unidade básica, que não era só saúde da família, [...] essas duas equipes de saúde da família funcionaram ali, 'dentro da mesma planta física, tendo as duas modalidades, tinham duas equipes de saúde da família junto com um convencional da unidade básica e não dava certo' [...] A população não entendia, mesmo nós profissionais, a gente fazia metade da carga horária na unidade convencional e metade só da carga horária em PSF e não virava. [...] [o médico] [ginecologista] de manhã e à tarde ele tinha uma agenda de PSF... sabe? mas não dava certo. [...] não vinculava com a comunidade ali que era do PSF, os pacientes não entendiam. (E8).

[...] essa ideia [de implantar o PSF] não pegou, 'essa ideia não foi bem aceita', porque depois, logo em seguida [da implantação do PSF] eu fui para a ponta e vivi amargamente os anos vindouros, é... dessa ideia instaurada. [...] Sabe o que eu acho de verdade... é que as unidades têm que ser com propósitos diferentes, 'não adianta você misturar'. (E2).

No discurso de E2, encontrou-se um conflito entre os profissionais dos distintos modelos caracterizado nas sequências discursivas destacadas, remetendo a um processo de resistência dentro das unidades mistas, como se vê no trecho:

[...] 'Você coloca mais gente dentro de um lugar que não cabe mais gente' e que pensa diferente... que 1/5 daquela população, daquela unidade está querendo trabalhar uma proposta e uma filosofia de saúde diferente e 4/5 não quer, quer continuar do jeito que está. Então 'é um jogo de força muito grande' [...]. (E2).

Conforme visto nas sequências discursivas acima, os enfermeiros fazem referência a um tensionamento entre trabalhadores e gestão relativo à implantação da ESF no município, que parece permanecer durante todo o período, ao se considerar o contexto de descontinuidade observado na análise documental. Essa mistura de diferentes tipos de equipe não foi exclusiva do município estudado, conforme avaliado no Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf) em 2007, que coloca que essas situações onde existem unidades puras, outras que incorporam parte da equipe, outras em que convivem os dois modelos

constituem desafios para os trabalhadores do sistema, pois geram variações significativas nas demandas de produção, nas relações no seio da equipe e nas suas atividades¹⁸⁽¹¹⁰⁾.

Entende-se que são nessas condições sócio-históricas que emergem os discursos dos enfermeiros sobre o PMAQ-AB na AB municipal, que interessa analisar neste artigo.

No processo de condução do PMAQ-AB no município, é perceptível, nos discursos dos enfermeiros, que a gestão buscou induzir os trabalhadores a participarem a partir de uma promessa de recursos advindos da adesão do município ao PMAQ-AB, como forma de viabilizar melhorias nas Unidades participantes. Posteriormente, no entanto, essa promessa não se cumpriu e gerou uma importante frustração nas equipes participantes.

É assim... o primeiro ano do PMAQ-AB 'o recurso financeiro era para ser usado para a unidade participante', né? Então... tanto é que ele 'foi proposto voluntariamente, quem quisesse participar, participaria'. Então isso foi uma proposta para todos, então 'se a unidade participasse ela teria um recurso para ser usado para melhoria' dos seus instrumentos, dos seus recursos da unidade em prol da comunidade que a gente atendia, né? (E5).

A enfermeira E5 remete ao recurso que seria disponibilizado como uma forma de recompensa

que seria repassada para a unidade participante mediante a adesão ao PMAQ-AB, para melhorias do trabalho, e ressalta a participação voluntária. No conjunto dos discursos dos enfermeiros, fica subentendido que a motivação para a adesão é a perspectiva de recompensa.

Ao analisar o PMAQ-AB, Moraes et al.¹⁹⁽⁴²³⁾ colocam que:

Embora nos documentos oficiais não haja previsão de remuneração por desempenho, existem experiências, em alguns municípios, em que os recursos do componente de qualidade do PAB Variável são empregados, no todo ou em parte, em bonificação no rendimento dos trabalhadores. Boa parte dos municípios, se não reverterem diretamente aos trabalhadores das suas equipes de atenção básica, pelo menos, parte do componente de qualidade do PAB Variável, o fazem indiretamente com investimentos que podem significar uma melhoria das condições de trabalho.

O município teve como meta, no ano de 2012, implantar o PMAQ-AB em 12 equipes, e atingiu como resultado a implantação em 19 equipes²⁰. No momento do estudo, estava prevista, no Plano Municipal de Saúde, a ampliação de 35 para 42 equipes aderidas ao PMAQ-AB²¹.

Essa estratégia de estímulo e indução adotada pelo município, centrada em um sistema de recompensa que atingisse diretamente a unidade participante, fez com que os trabalhadores incorporassem esse recurso como algo que seria da equipe, em uma postura antissolidária: [...] também parece que ‘nosso dinheiro’, o primeiro e o segundo [ciclos do PMAQ-AB], tudo que foi liberado, ‘não foi usado para nós’ [...]” (E2). Assumindo um sentido de competição entre unidades por recursos, conforme observa-se no trecho discursivo a seguir:

[...] foi usado esse recurso [da adesão ao PMAQ-AB] em coisas, depois assim... diferentes do que pactuado, né? Seria utilizado para a Atenção Básica como um todo, inclusive com as unidades que não tinham participado e a unidade achava que tudo bem, se a gente tivesse utilizado, ‘o recurso que sobrasse

poderia ser usado com as outras unidades’, mas a princípio teria que ser assim... o pacto teria que ser cumprido com a unidade participante [...]. (E5).

As sequências discursivas destacadas de E2 e E5 remetem ao sentido que foi introjetado pelo trabalhador nas unidades participantes, de um recurso que lhes pertence e que não deveria ser usado com outros fins, reforçando o sentido de competição, como destacado acima. Isso corrobora o fato de que “A forma de concorrência estabelecida pelo PMAQ-AB não é individual, mas sim por equipes”¹⁹⁽⁴²⁴⁾. Concorrência essa que exclui uma perspectiva solidária e cooperativa na AB do município.

Fica explícito que o compromisso assumido inicialmente pelo município não foi cumprido, sendo que o recurso advindo da adesão ao PMAQ-AB foi utilizado para outras finalidades. Isso gerou uma sensação de engodo, em todos os profissionais entrevistados de forma concordante:

A gente fez a adesão [ao PMAQ-AB], né? No primeiro [ciclo]... mas assim... [...] Mas aí, a Secretaria [Municipal de Saúde] falou assim: então... olha... vocês receberam x nota e tinha assim x grana e essa grana você poderia ver o que mais estaria precisando aqui... e a gente achou que isso foi muito mal feito pela Secretaria [Municipal de Saúde] entendeu? A gente achou que deu umas enroladinhas na gente, tanto é que os trabalhadores resolveram não ir para a segunda [adesão] e a gente não está participando’. (E8).

[...] eu acho que essas coisas assim... medonhentas... você me desculpa, eu sinto muito, ‘mas isso não me pega, não me pega mais’, [...] a gente tem que ser minimamente reflexiva para entrar nessa, mas eu acho que eu já entrei em outras...eu acho que a gente que está chegando vai pegar isso e isso pode acontecer, ‘mas não dessa forma... eu sinto muito’. (E2).

Assim, verifica-se um discurso que atribui o engodo como motivo do posicionamento de recusa ante a renovação do PMAQ-AB.

Esse sentido de engodo presente na formação discursiva das enfermeiras é considerado

como central no tensionamento entre estas e a gestão, trazendo inclusive a perspectiva de não recontratar o PMAQ-AB como forma de resistência ao “arbitrio gerencial”¹⁹⁽⁴²³⁾ da gestão.

Dessa forma, o engodo da gestão interfere no “aspecto cíclico e sistemático de melhoria contínua de qualidade”⁸⁽⁵⁷⁶⁾, conferido ao PMAQ-AB, fragilizando o processo avaliativo na AB. A recontratação deveria ser um momento de definir novos padrões, pelas equipes e gestores municipais, a partir de prioridades locais, porém parece não ter avançado de forma geral⁸.

Fica claro que a relação entre enfermeiros da AB e gestão não é de confiança, nem de corresponsabilidade. Não há a perspectiva de participação nos processos de decisão, de conformação da avaliação implementada com o PMAQ-AB. Não surgem mecanismos ou espaços de negociação coletiva com os trabalhadores, reforçando a ideia de Paim² de que as políticas de gestão do trabalho não atendem aos interesses dos trabalhadores.

É significativo notar que, mesmo em um discurso que critica e responsabiliza a gestão, está ausente a perspectiva de organização e de luta política dos trabalhadores, que se limitam a formas de resistência pontuais, em um contexto de ausência de negociação coletiva. Parece ficar reforçada a ideia de Almeida⁷, de que há entre as enfermeiras uma aceitação das limitações de poder, de forma relativamente passiva.

Nos discursos dos enfermeiros, não houve a percepção de outros estímulos que justificassem a permanência no PMAQ-AB após o município definir que não repassaria os recursos prometidos. Isso parece corroborar diretamente o observado por Moraes¹⁹⁽⁴²⁴⁾:

Se a remuneração por desempenho é apenas uma ‘oportunidade’ a ser viabilizada pelos municípios, há que se refletir sobre que mecanismos de motivação são verificáveis para que os trabalhadores de municípios que não adotam a remuneração por desempenho vinculada aos recursos oriundos do PMAQ-AB possam se engajar no programa.

Outra questão abordada na literatura sobre

o PMAQ-AB é a limitação apresentada pelo programa com relação à negociação entre trabalhadores e gestão, negligenciando a questão da negociação coletiva e privilegiando a avaliação do desempenho dos trabalhadores. Essa opção feita pelo PMAQ-AB, de fato, parece promover a visão sobre o profissional na

visão de recurso e não de agente transformador quando não pontua esse aspecto como um dos integrantes da qualidade na AB e não estimula a cultura de negociação do trabalho²²⁽¹⁹⁵⁾.

Constataram-se distintos discursos relativos à fase de desenvolvimento do PMAQ-AB nas unidades. Um desses discursos coloca o processo como sendo burocrático e fragmentado:

Olha... o que eu sei de PMAQ-AB: um dia veio aqui [um técnico da secretaria], que já se aposentou e eu acho que... Ah... não, [uma outra pessoa] da escola, eu não sei... Vieram duas pessoas com uma apostila dessa grossura, assim, o dobro dessa. [...] ‘o gerente assumiu isso... mas sozinho... pôs os nossos nomes nas equipes e... Eu não sei nem o que é isso...’ para te falar a verdade, isso não existe... ‘esses dados estão sendo alimentados através de estatísticas’ tiradas do [sistema de informação municipal] e dos nossos livros de registro de serviço [...] ‘não deve ser difícil de alimentar, mas nada mudou no nosso fazer’. [...] para mim... se foi aprovado ou não... eu acho que é só para vir um dinheiro que se viesse também era prometido para algumas melhorias aqui. Não sei se compra de ar condicionado... também não veio [...]. (E2).

[...] eu fiquei à parte desse movimento e eu não participei e nem conheço as questões’. Eu sei que foi feito e tudo a [outra enfermeira] ... a [gerente da unidade] conversou com a [outra enfermeira] que fez a parte da enfermagem e a Dentista fez a parte da Odonto e os médicos... ‘não houve um encontro de equipes para discutir as questões... e eu imagino que seja assim que você tenha feito [...] Eu acho ruim não ter participado porque eu trabalho em grupo, não é? Então na minha opinião, entre nós, deveria ter sido feito com toda a equipe... mas não aconteceu’. (E6).

A partir do enunciado de E2, observa-se processo marcado pelo ‘arbítrio gerencial’ inclusive no momento da adesão, quando a enfermeira coloca que o gerente colocou os nomes dos trabalhadores, porém deixa claro que o preenchimento da avaliação foi feito sem o envolvimento dos trabalhadores, de forma a dissociar a concepção do trabalho e sua execução, em um sentido de alienação: não houve mudança no fazer dos trabalhadores.

O discurso da enfermeira E6 traz uma fragmentação do desenvolvimento da avaliação, remetendo à ausência de reflexão sobre o processo de trabalho no momento da aplicação do PMAQ-AB na unidade.

Fica evidente que a assinatura da equipe na adesão e contratualização de indicadores e monitoramento não evita processos de ‘arbítrio gerencial’, ao contrário do que afirma o então Diretor do Departamento de Atenção Básica²³.

Além da fragmentação vista no discurso da enfermeira E6, em que cada profissional realizaria a parte do questionário relativa a seu trabalho de forma burocrática, pode-se ver, no discurso das enfermeiras E8 e E3 abaixo, referências ao envolvimento heterogêneo dos profissionais, em um contexto de “dificuldade de envolver o profissional médico na construção do processo”²⁴⁽²⁰²⁾, reforçando a noção de um processo de baixa participação no PMAQ-AB.

[...] eu acho que os médicos um pouco desestimulados com [o PMAQ-AB]. [...] o meu dentista não gosta e não tem perfil [para PSF], e ele foi mandado para cá, porque ele era de oito horas e a gente tinha que fechar uma equipe, mas ele não participa das reuniões de equipe entendeu? ‘É... só consta o nome, mas não se envolve, né?’ [...]. (E8).

[Os médicos] não são teoricamente de saúde da família, né? Então a carga horária muito curta e fica aqui pouco tempo e ‘os médicos não se envolveram muito...’ mas os dentistas, o pessoal auxiliar tanto de farmácia e de enfermagem, os enfermeiros... o pessoal se envolveu. (E3).

Isso pode esvaziar de sentido o processo de avaliação do PMAQ-AB, que se propõe a ser:

um dispositivo que convoca ao envolvimento e protagonismo dos diversos atores e amplia a possibilidades de construção de ambientes participativos dialógicos, nos quais gestores, trabalhadores e usuários se mobilizam para se comprometerem com objetivos comuns²³⁽⁵⁾.

No entanto, isso não se efetiva na realidade retratada pelas enfermeiras entrevistadas.

A maneira como a gestão impõe a adesão prejudica a possibilidade do PMAQ-AB como um mecanismo indutor de reflexão e mudança por meio da autoavaliação e do planejamento. A possibilidade de processos dialogados que alterem, de fato, os processos de trabalho pressupõe reconhecimento dos conflitos por parte das equipes e dos gestores²⁵, o que não ocorreu.

Apesar desse esvaziamento do processo de avaliação, há enfermeiras que valorizam a adesão da unidade ao PMAQ-AB como uma oportunidade de reflexão do processo de trabalho, mesmo tendo a mesma percepção de engodo das enfermeiras, já discutida acima.

[...] nós não estamos trabalhando pelo dinheiro. O ideal seria que a verba que vem fosse para melhorar a qualidade do atendimento que nós prestamos, porém como esse incentivo, vamos dizer assim, né? Não foi cumprido... nós falamos assim: ó... nós estamos, nós continuamos trabalhando, temos muito no que a gente pode melhorar, sim... então... vamos continuar, né? [...] ‘É lógico que... assim... uma avaliação é sempre muito bem-vinda, porque você para e pensa: peraí, será que o que eu estou fazendo está sendo efetivo ou não?’. (E1).

[...] lendo o questionário: olha, nós não fazemos assim e é legal fazer, vamos fazer? De propor melhorias no que está sendo feito: e a gente faz e está bom e isso aí a gente não pode melhorar, o que a gente pode melhorar então? Reflete... como é que fala... ‘faz a gente refletir sobre a prática e o que pode ser feito para melhorar [...]’. (E6).

Assim, aparece como possibilidade o envolvimento dos trabalhadores em um processo que

traga a avaliação não como um processo negativo, mas, sim, como uma oportunidade de correção e adequação de ações na AB²⁶. Percebe-se, no trecho abaixo, um discurso que compreende o PMAQ-AB como uma oportunidade de autoavaliação, e atribui aos problemas da gestão municipal a desmotivação da equipe.

Olha... eu vejo de uma forma positiva e negativa, porque 'o processo de se autoavaliar... isso foi incorporado por essa equipe', então permitir que a gente olhe para o trabalho, reveja e busque alternativas isso a unidade toda conseguiu fazer, mas acaba tendo vindo da Secretaria [Municipal de Saúde] uma demanda financeira, né? [...] Aí a gente foi entendendo no percurso que... assim... 'esse dinheiro então chega, fica no fundo municipal e a gente não pode estar usando para atividades na unidade, para melhorias na unidade'. A Prefeitura avalia qual outra unidade precisa, às vezes, é outra unidade que nem participou do PMAQ-AB. Então... 'acabou desmotivando a equipe [...] parte da equipe comenta que não quer mais participar do PMAQ-AB, não porque a avaliação foi ruim, ou que deu trabalho, ou deu problema, ou pelo próprio processo de trabalho [...]'. E, esse dinheiro sendo desviado ou redirecionado, em contra partida 'a gente vive um momento político muito ruim na cidade, de má gestão, de problemas com a prefeitura, com a prefeita, e greve e um monte de outros problemas que foram desmotivando a equipe para continuar participando do PMAQ-AB'. (E3).

Ao perceber que o recurso do PMAQ-AB é incorporado ao fundo municipal, o discurso coloca como prerrogativa da gestão municipal decidir o uso desse recurso. O componente da PAB Variável decorrente da adesão ao PMAQ-AB é transferido fundo a fundo, do Fundo Nacional para o Fundo Municipal de Saúde, sem que seja previsto pelo programa, a princípio, um sistema de recompensas que atinja diretamente as equipes de AB que realizaram a adesão¹⁹.

Assim, no caso dos trabalhadores da AB de Ribeirão Preto, segundo o discurso da enfermeira E3, fica atribuída à condução da gestão municipal a desmotivação relativa à implementação da ferramenta do PMAQ-AB, a partir de significados

negativos referidos à gestão, não somente quanto ao PMAQ-AB, mas ao contexto político existente no município no momento do estudo conforme destacado.

Considerações finais

Não se tem a pretensão de esgotar a dimensão política do trabalho do enfermeiro na AB, tendo em vista a amplitude dessa temática, nem mesmo de esgotar o conflito estudado. Objetivou-se discutir alguns dos aspectos mais presentes no discurso encontrado nas entrevistas, apresentando situações de interesse nesse debate em relação à contratualização e à recontratualização do PMAQ-AB, sendo que se optou por pesquisar unidades nas quais esse conflito estava presente. Considera-se que isso constitui uma limitação do presente estudo, já que outras perspectivas podem estar presentes entre outros trabalhadores da rede municipal.

Não obstante as dificuldades vividas pelos grandes municípios na implementação da AB, o que se vê no caso estudado é a realidade de uma transição incompleta de modelo de AB, mais como mistura do que transição, com uma implantação incipiente e incompleta da ESF, apesar dos documentos de planejamento municipais reiteradamente colocarem essa estratégia como a opção municipal para a AB.

Quando se adicionam os relatos dos enfermeiros aos documentos, percebe-se, também, que esses processos incompletos se dão em contexto de conflitos e discontinuidades, que geram descrédito nos modelos e nas políticas a serem implementadas. De fato, o constante jogo de mudanças de políticas conforme ocorre as trocas de governo ou de gestor, com frequentes ingerências políticas na distribuição dos quadros técnicos, abalam a sustentabilidade institucional do SUS.

A implementação do PMAQ-AB no município estudado não constituiu um espaço de reflexão, negociação e cogestão. A forma como o processo foi conduzido, segundo os discursos, privilegiou os aspectos burocráticos, esvaziando a política de avaliação de sentido para os trabalhadores.

Neste momento histórico em que os princípios fundamentais da AB e do SUS têm sido postos em xeque, com a proposição de um modelo de financiamento que privilegia a focalização, feito por um grupo político que visa à descontinuidade da avaliação não por questões técnicas, mas por ser avesso ao SUS e às políticas sociais, entende-se que é de particular importância olhar para a dimensão política no sentido de buscar agentes sociais que sigam defendendo o SUS enquanto projeto civilizatório.

Colaboradores

Carneiro TSG (0000-0001-9480-2052)*

contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento, análise e a interpretação dos dados; contribuiu significativamente para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Carneiro PS (0000-0003-3873-8951)* contribuiu substancialmente para a análise e a interpretação dos dados; contribuiu significativamente para a elaboração do rascunho e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Pinto IC (0000-0001-7541-5591)* contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento; contribuiu significativamente para a revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Souza LEPP. O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2009 [acesso em 2019 ago 7]; 14(3):911-918. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300027>.
2. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2018 [acesso em 2019 ago 7]; 23(6):1723-1728. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.
3. Santos NR. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2018 [acesso em 2019 ago 7]; 23(6):1729-1736. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>.
4. Campos GWS. SUS: o que e como fazer? *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2018 [acesso em 2019 ago 7]; 23(6):1707-1714. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>.
5. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2018 [acesso em 2019 ago 7]; 23(6):1903-1914. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Cunha GT. Atenção Básica e o desafio do SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: MS; 2014. (Cadernos Humaniza SUS; v. 2).
7. Almeida MCP, Rocha SMM. O trabalho de Enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997.
8. Giovannella L, Mendonça MHM, Medina MG, et al. Contribuições dos Estudos PMAQ-AB para a avaliação da APS no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, et al., organizadores. Atenção Primária à Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 569-610.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável [internet]. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 20 Jul 2011. [acesso em 2019 nov 26]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) [internet]. Brasília, DF; 2015 [acesso em 2019 ago 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html.
11. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo [internet]. Brasília, DF; 2012 [acesso em 2018 jul 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_programa_acesso_atencao_basica_site.pdf.
12. Stake RE. Case Studies. In: Denzin N, Lincoln SY. Strategies of Qualitative Inquiry. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.; 2003. p. 134-164.
13. Orlandi, EP. Análise de discurso: princípios e procedimentos. 11. ed. Campinas: Pontes; 2013.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [internet]. Cidades. Brasília, DF: IBGE; 2019. [acesso em 2019 jul 30]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=354340&seatch=saopaulo|ribeirao-preto>.
15. Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde (2018-2021): 2017 [internet]. Ribeirão Preto; 2017 [acesso em 2019 nov 26]. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/pdf/pms-rp-2018-2021.pdf>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. 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) [internet]. Diário Oficial da União. 22 Out 2011. [acesso em 2019 nov 26]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
17. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva - perfil da atividade do planejamento no Sistema Único de Saúde: resultados da pesquisa - esfera municipal. Brasília, DF: MS; 2008.
18. Sznclwar LI, Abraão JI. Introdução: abordagens e desafios no trabalho no PSF. In: Viana ALA, Novaes HMD, Silva JÁ, coordenadores. Inquérito com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea: Consórcio Medicina USP; 2007. (Cadernos de Atenção Básica: estudos avaliativos, 3). p. 107-128.
19. Moraes PN, Iguti AM. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. Saúde debate [internet]. 2013 [acesso em 2019 nov 28]; 37(98):416-426. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

- 11042013000300005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000300005>.
20. Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão: 2012 [internet]. Ribeirão Preto; 2012. [acesso em 2019 nov 26]. Disponível em: https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssau-de/pdf/2012_relatorio_gestao.pdf.
 21. Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde: 2014 [internet]. Ribeirão Preto; 2014. [acesso em 2019 nov 26]. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssau-de/pdf/pms-rp-2014-2017.pdf>.
 22. Bezerra MM, Medeiros KR. Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde. *Saúde debate* [internet]. 2018 [acesso em 2019 jul 22]; 42(esp2):188-202. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s213>.
 23. Pinto HÁ, Sousa A, Florêncio AR. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *RECIIS* [internet]. 2012 [acesso em 2020 abr 1]; 6(2). Disponível em: <https://www.reciis.iciet.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492>.
 24. Linhares PHA, Lira GV, Albuquerque IMN. Avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no estado do Ceará. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2019 nov 27]; 38(esp):195-208. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600195&lng=en.
 25. Cruz MM, Souza RBC, Torres RMC, et al. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2019 nov 26]; 38(esp):124-139. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600124&lng=en.
 26. Rodrigues V, Santos CRI, Pereira MU. A experiência de planejar e operacionalizar o PMAQ-AB no estado do Acre. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2019 nov 28]; 38(esp):173-181. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600173&lng=en.

Recebido em 29/08/2019

Aprovado em 21/01/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes)

‘Uma semente abrindo a terra para germinar’: o processo formativo com educadores/as populares do EdPopSUS

‘A seed opening the ground to germinate’: the training process with EdPopSUS popular educators

Mayana de Azevedo Dantas¹, Maria Rocineide Ferreira da Silva¹, André Ribeiro de Castro Júnior¹, Lúcia Conde de Oliveira¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012503

RESUMO A educação popular em saúde é uma estratégia de fortalecimento da participação popular na rearticulação da Reforma Sanitária Brasileira. Como efetivação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, tem-se o Curso Livre de Educação Popular em Saúde (EdPopSUS). Os educadores do EdPopSUS passam por uma seleção pública composta de um curso de 40 horas. A coordenação do Ceará realizou, autonomamente, processo de educação permanente após a etapa seletiva. Este artigo objetivou constituir um olhar sobre a formação inicial e sobre a educação permanente vivenciadas pelos/as educadores/as, analisando os conflitos desses processos à luz da educação popular, em diálogo com as superações produzidas a partir de atos-limites. Nesta pesquisa de abordagem qualitativa, baseada no estudo de caso, realizou-se análise de conteúdo de um *corpus* constituído por 23 entrevistas. Foram evidenciadas quatro categorias: processo inicial, princípios da educação popular, situações-limites e ação-reflexão-ação. O curso possibilitou a concretização dos princípios da educação popular. A competição para a seleção, a não participação em todos os momentos e a constituição das duplas foram algumas das situações-limites experienciadas pelos/as educadores/as. Tais situações foram mediadas pela vivência dos princípios da educação popular, apontando atos-limites para o seu exercício na conjuntura atual, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Educação popular. Educação em saúde. Educação permanente. Promoção à saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT Popular education in health is a strategy to strengthen popular participation in the rearticulation of the Brazilian Sanitary Reform. As a result of the National Policy for Popular Education in Health, there is the Free Course of Popular Education in Health (EdPopSUS). EdPopSUS educators go through a public selection made up of a 40-hour course. The coordination of Ceará carried out, independently, a permanent education process after the selective stage. This article aimed to constitute a look at the initial formation and permanent education experienced by the educators, analyzing the conflicts of these processes in the light of popular education, in dialogue with the overcoming produced from limiting-acts. In this qualitative research, based on the case study, content analysis of a corpus consisting of 23 interviews was carried out. Four categories were highlighted: initial process, principles of popular education, limit-situations and action-reflection-action. The course made it possible to implement the principles of popular education. The competition for selection, the non-participation at all times and the formation of pairs were some of the limit situations experienced by educators. Such situations were mediated by the experience of the principles of popular education, pointing out limiting-acts for its exercise in the current situation, especially within the scope of the Unified Health System.

¹Universidade Estadual do Ceará (UFCE) – Fortaleza (CE), Brasil.
anayamayana@gmail.com

KEYWORDS Popular education. Education in health. Permanent education. Health promotion. Unified Health System.



Introdução

A educação popular em saúde põe-se como estratégia de fortalecimento da participação popular na rearticulação do segmento social, o mais fragilizado na Reforma Sanitária Brasileira (RSB)¹. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEP-SUS) foi aprovada em 2013, como resultado de lutas envolvendo os movimentos sociais e populares desse âmbito, que têm uma história de mais de meio século². Ela traz como principal estratégia de efetivação o Curso Livre de Educação Popular em Saúde (EdPopSUS), o qual já teve duas edições: um curso técnico e, mais recentemente, um aperfeiçoamento. Nesta edição, o EdPopSUS incluiu, como público, além dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE), outros trabalhadores do SUS e membros de movimentos sociais. Constituído de encontros presenciais e trabalhos de campo, tem carga horária de 160 horas, distribuídas em 17 encontros. O Ceará recebeu turmas em ambas as edições, tendo realizado duas chamadas; nesta última, envolveu 12 municípios.

Os/As educadores/as que conduziram tal processo nos territórios passaram por uma seleção pública composta por quatro fases, sendo o curso de educação popular em saúde a última delas. Essa formação teve 40 horas/aula, durando uma semana. A equipe de coordenação do Ceará realizou, autonomamente, a continuidade da formação após a seleção, durante os encontros com os/as educandos/as nos municípios.

Destarte, este artigo objetiva constituir um olhar sobre os processos da formação inicial e de educação permanente vivenciados pelos/as educadores/as, analisando os conflitos desses processos à luz da educação popular, em diálogo com as superações produzidas a partir de atos-limites. Foram evidenciadas quatro categorias: processo inicial de 40 horas, princípios da educação popular, situações-limites e ação-reflexão-ação.

O artigo intencionou responder às questões: que estratégias foram concretizadas no curso para a efetivação do compromisso dos/as educadores/as com este e com seus territórios de atuação? A formação propiciou aprendizagens entre os/as educadores/as de forma crítica e transformadora? Quais as situações-limites vivenciadas no processo? Foi possível para os/as educadores/as vivenciarem atos-limites?

Material e métodos

Nesta pesquisa de abordagem qualitativa, baseada no estudo de caso, realizou-se análise de conteúdo de um *corpus* constituído por 23 entrevistas. Compreendendo a relação mundo-sujeito de forma ativa e inseparável, não passível de tradução em números, a abordagem qualitativa coloca o pesquisador como instrumento-chave; e o ambiente natural, como fonte dos dados³. Já o estudo de caso configura-se uma investigação de acontecimentos do tempo presente em seu contexto real, compondo-se por generalizações a conjecturas teóricas, e não a populações e universos⁴.

A investigação deu-se nos cenários de prática da formação dos/as educadores/as-educandos/as da segunda chamada de turmas do EdPopSUS no Ceará, que se realizou entre 2017 e 2018 e envolveu 12 municípios nesse estado. Esta pesquisa, por sua vez, efetivou-se de dezembro de 2017 a janeiro de 2019. As entrevistas em profundidade, compostas de 9 questões norteadoras, formaram o meio de coletar dados. Entre os/as 23 educadores/as envolvidos/as, 5 já eram selecionados/as da turma anterior. Havia participado da edição anterior 10 educadores/as, e 13 já eram atuantes em movimentos sociais. Ademais, 17 educadores eram do sexo masculino; e 5, do feminino.

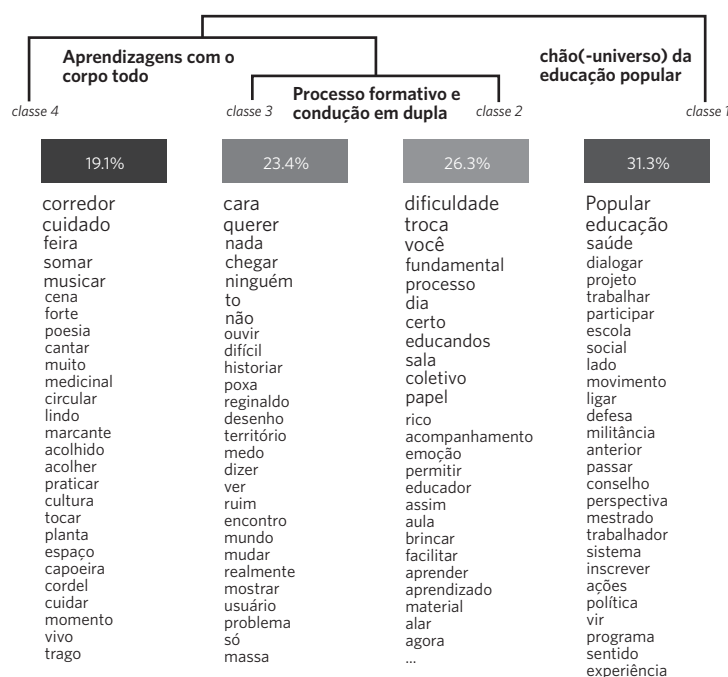
Realizou-se a análise temática dos dados que consiste em descobrir os núcleos de sentido de determinada comunicação, compondo-se de três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos/interpretação⁵. Para a primeira etapa,

constituiu-se um *corpus* textual a partir das 23 entrevistas transcritas. Com vistas à resposta das normas de exaustividade, representatividade, homogeneidade, objetividade e pertinência⁶, obteve-se auxílio por meio do programa IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), versão 0.7 Alpha 2. Além da sua liberdade de uso, essa escolha deu-se pela desenvoltura na codificação, organização e separação dos dados, encontrando com rapidez todo o segmento de texto⁷. A utilização do IRaMuTeQ auxilia com a divisão do *corpus* em classes temáticas conforme a similitude das palavras evocadas pelos sujeitos produtores daquele *corpus*. Entre as possibilidades do programa, optou-se pela Classificação Hierárquica Descendente (CHD) que dividiu o *corpus* em quatro classes. A partir delas, visou-se à reformulação das premissas, à definição das unidades de registro e de contexto, dos recortes, da forma de categorizar, da modalidade de codificação e dos conceitos teóricos de orientação⁵.

A categorização dos dados deu-se na etapa de exploração do material quando se retornou ao *corpus* textual para definição das regras de contagem. Para tanto, observaram-se as falas destacando as palavras mais significativas em colorido de acordo com as classes geradas pela CHD. Assim, procuraram-se expressões relevantes em função das quais se organizou o conteúdo da fala, alocando-as, visualizando e analisando seu contexto original com falas semelhantes. A classificação e a agregação dos dados potencializaram as categorias teóricas, engravidando-as com os sentidos e originando as categorias empíricas, resultando em temas e subtemas.

Na terceira etapa – Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação –, inter-relacionou-se o quadro teórico inicial aos dados, redimensionando-os de acordo com as indicações da leitura do material⁴. Finalmente, construíram-se quatro temas: chão(-universo) da educação popular, processo formativo, condução em dupla e aprendizagens com o corpo todo. A formação dos temas pode ser visualizada na imagem a seguir:

Figura 1. Temas surgidos na pesquisa



Fonte: Elaboração própria a partir de imagem gerada pelo IRaMuTeQ.

Neste estudo, ateve-se ao tema Processo formativo, relativo à formação inicial e de continuidade dos/as educadores/as. Nele, são aprofundados os princípios da educação popular, bem como as situações-limites do curso inicial e do processo de continuidade, além dos atos-limites efetivados nesse percurso. Tais pontos permitem uma análise sobre a relação entre os princípios da educação popular, as situações-limites e atos-limites vivenciados nesse processo. Ressalta-se que este estudo integra uma pesquisa de mestrado, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, com o parecer de número 2.670.023.

Resultados e discussão

Processo inicial de 40h: ‘Uma experiência de liberdade coletiva’

O percurso formativo inicial de 40 horas foi vivenciado, segundo alguns/as educadores/as, como um momento de quase imersão. Despertou intensidades, inquietações, rupturas, produção de novas subjetividades e desterritorializações⁸. Tais aprendizagens diversas foram possíveis por meio da criação de um campo fértil que propiciou um (re)encontro com o/a educador/a que os/as habitava.

É desconcertante! Você vem dessa situação confortável, entra no processo, se embaralha. Coloca tudo em xeque, tem que encontrar um novo equilíbrio, novas lógicas, horizontes sobre como atuar como o educador que achava que era ou que quer vir a ser. (E13).

A preparação desse terreno propiciou a saída das caixas padronizadoras hegemônicas, que cristalizam o/a educador/a no professor/a⁹. Há um salto entre o ser professor/a e o ser educador/a. O/A professor/a é um(a) profissional, visto apenas em suas funções, descartável aos olhos do mercado. Já o/a educador/a nasce

de uma vocação constituída de amor e exercida por uma pessoa¹⁰.

Me permitiu questionar minha prática, a maneira que eu estava olhando para a realidade, as relações. Nunca me reconheci esse educador que olha para as diversas coisas que acontece na vida daquele educando. Eu era muito professor. Como é que pode? Se eu me coloco para construir algo diferente, como estou reproduzindo as mesmas coisas? (E9).

Nesse embaralhamento de aspectos pessoais e profissionais, os aprendizados são evidenciados nas falas: “Aprendi a ouvir mais” (E21), “Como se fosse uma borboleta no casulo, fui me abrindo pra essas novas experiências” (E7). Estes apontam para a desconstrução dos sujeitos e educadores/as que vinham sendo até então. Incluíram-se suas subjetividades, limitações, histórias, percepções, ideologias e utopias.

Mergulhar no traçado pedagógico e metodológico do curso, trabalhar dialogicidade, amorosidade, problematização. Começaram a produzir inquietação, reflexão [...]. Teve essa preocupação. Como vamos chegar lá no município? Repassar toda essa avalanche de conhecimentos partilhados aqui? (E2).

A fala acima revela que a potencialidade do vivido também pode gerar medo. Porém, este medo vem acompanhado da ideia de reprodução. Como outro/a educador/a ressaltou, a transformação é um processo, e os resquícios da educação bancária ainda permeiam o ideário que constitui esses sujeitos. Na educação bancária, compete ao/à educador/a persuadir o/a educando/a e substituir o conhecimento trazido por ele/a em troca daquele trazido pelo/a educador/a¹¹; o que poderia ser identificado com o uso do verbo ‘repassar’. O simples repasse de informações não estimula a curiosidade epistemológica que ativa o espírito investigador e criativo dos/as educandos/as¹². Tal estímulo teria sido vivenciado na formação, segundo a expressão ‘conhecimentos partilhados aqui’.

Quando me encontrei com aquelas pessoas novamente foi como se eu pudesse respirar de novo o ar de se estar na educação de forma livre. É uma grande experiência de liberdade coletiva, um exercício do nosso jeito de ser. Momento de reencontro e de conhecer pessoas que estavam chegando [...], os que já tinham participado, não que não deveriam estar [...], mas também eram educadores-educando em certa medida. (E18).

Encontros, desafios e reencontros possibilitaram a superação de situações-limites na relação com os/as outros/as educadores/as, o reconhecimento e a inclusão de suas singularidades durante o processo formativo inicial. A consideração dos saberes acumulados daqueles/as que já haviam participado da turma anterior desta edição do EdPopSUS permitiu que estes/as educadores/as contribuíssem como animadores/as do processo com os/as coordenadores/as e participassem também como educandos/as.

Naquela primeira oficina [da chamada anterior quando também estava sendo selecionado], percebi que pessoas competiam diretamente comigo. No segundo encontro, consegui me tocar que o participar efetivamente te colocava numa boa posição para a competição [...]. Ser educador popular num mundo capitalista e na sociedade em que a gente vive tem que ser, no mínimo, um sonhador, ter uma força motriz, fincar na realidade com uma percepção mais apurada. Nesta chamada em que a gente já tinha sido selecionado, outras pessoas estavam competindo entre si. Nesse patamar, eu pude conversar com quem estava fragilizado por esta questão. Tentei tranquilizar [...]. (E10).

A situação diferenciada entre os/as educadores/as que participavam ou não de uma seleção apontou a solidariedade como ato-limite. O desafio posto pela formação pode estar refletindo o contexto desfavorável à atuação do/a educador/a popular na atualidade que segue negligenciado/a pelo sistema capitalista à medida que exclui a

perspectiva crítica da educação. Não obstante, o reencontro com esse lugar institucional da educação popular em saúde provoca um olhar aprofundado sobre outros possíveis caminhos a serem percorridos pelo/a educador/a.

Foi um redespertar! Quando você se reencontra, se percebe potente, se descobre transformando e transformador, é como uma semente que vai abrindo a terra para germinar [...]. Venho de contato com os grupos, militante, de fazer coisas com liberdade, de ser artístico, de brincar, do aprendizado que aprende com o corpo todo, fazendo música, teatro em coletivo. Já estava vivendo um distanciamento disso. (E20).

O processo formativo inicial revelou-se, ainda, uma oportunidade de retorno às experiências com os movimentos que vinham sendo impossibilitadas pela dinâmica da sociedade capitalista. Esta requer professores/as geridos/as pela excelência funcional ao invés de educadores/as para quem a interioridade, suas utopias, visões, paixões e esperanças fazem diferença¹⁰.

Alguns/as entre os/as educadores/as relacionavam-se como companheiros/as de luta. Estes/as, por vezes, encontravam-se distanciados/as. No entanto, o desejo de encontro com os/as outros/as alimentou o esperar: “O estar junto já é um grande momento. A gente tinha aquela vontade de chegar lá na hora, ouvir as histórias de cada um” (E1). O esperar é o estado natural do ser humano que ativa sua força motriz de resistência à desesperança imobilizadora que é permanentemente ativada por seu contexto¹³.

A potência do encontro resulta também dos afetos produzidos nele. “Rico mesmo é o encontro, como o Ray costuma dizer: ‘quando a gente se encontra é bem mais que um encontro’” (E21). O encontro segue despertando o desejo de conhecer cada vez mais o Outro com quem se compõe um coletivo, residindo, nesse aspecto, a efetivação do compromisso com o curso.

'Mergulhar no traçado pedagógico': dos princípios da educação popular

Como visto, a curiosidade e a amorosidade, princípios da educação popular, concretizaram-se, como aspectos vivenciados no processo formativo. Outros princípios da educação popular foram desvelados por um conjunto de falas ao referir-se à formação inicial de 40 horas. Como se necessitassem uns dos outros para serem ativados, estes mostraram-se em permanente interação.

A sensibilidade de cada um abriu espaços para o autoconhecimento, para o diálogo um com o outro, com as suas experiências no local, o respeito com o que o outro pensa. Quando a gente discutia o papel do EdPopSUS era permitir dialogar uma proposta, que nem diz aqui, conversar miolo de pote. No pote tem água e água é coisa rica, a gente torna a vida mais saudável, forte, passa a dar mais valor à vida. (E8).

A consciência do inacabamento possibilita o diálogo. Os sistemas de educação e de saúde hegemônicos impõem ao/à educador/a e ao/à trabalhador/a de saúde um saber pronto. Ambos, de maneiras distintas, asseguram suas práticas na conquista dos/as educandos/as e dos/as usuários/as por meio da imposição de seus saberes^{14,15}. Na relação dialógica, por sua vez, reconhece-se o que não sabe, abrindo-se ao mundo e ao saber do outro¹³.

O ser humano, em movimento com o mundo e com o outro, politiza-se, pois reflete e transforma a ambos, a si e ao mundo^{12,16}. Se o protagonismo e a autoria são pressupostos imprescindíveis à educação popular como política, faz-se necessário, nesse processo formativo, compreender as lutas e as conquistas que resultaram no SUS, resgatando historicamente a participação dos movimentos populares na construção da RSB¹⁷.

Trouxe reflexões importantes sobre humanização nos serviços, compreender, fortalecer, defender o SUS. Educação popular em saúde nasce nessa

gênese fantástica desse sistema universal, equânime. Trazia as principais fissuras existentes nesse cenário de desmonte que nós estamos vivenciando hoje e nos desafiando em construir e a fazer educação popular em saúde dentro desse cenário. (E2).

O cenário referido pelo/a educador/a é o contexto sociopolítico-econômico brasileiro que, estimulado por forças conservadoras, visa à mercantilização dos direitos sociais, desmontando o SUS constitucional, prescindindo da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) e descaracterizando o trabalho do/a ACS¹⁸, principal público do curso que tais educadores/as facilitarão. Esse quadro reflete o aprofundamento do golpe parlamentar midiático com apoio do Judiciário em 2016, que concretizou um *impeachment* de uma presidente eleita sem fundamentação jurídica^{19,20}. Nesse contexto, vem sendo reforçado um Estado policial e retrocessos democráticos, impondo um ajuste fiscal para atender, prioritariamente, aos interesses do sistema financeiro e dos capitalistas, aprovando medidas que ferem a Constituição, e rompe com o Pacto Social celebrado em 1988, a exemplo da redução dos direitos trabalhistas, da terceirização de atividades-meio e fim e do congelamento de gastos públicos com saúde e educação por 20 anos²⁰. Tais retrocessos foram facilitados pelo distanciamento da RSB em relação à ênfase política e a movimentos estratégicos com vistas à apropriação por parte da maioria da população, o que efetivaria, além da conquista constitucional, a legitimação e integração social do SUS²¹.

Entretanto, é necessário retomar as iniciativas comunitárias e de movimentos sociais capazes de produzir saberes locais, apontando para uma dinâmica de vida que amplia a coesão da sociedade civil e favorece interesses coletivos²². Na região Nordeste, onde se deu o curso analisado, o peso das heranças culturais age fortemente como resistência aos modos de viver globalizantes²³. A reflexão do/a educador/a realizada, no contexto do curso, acentua-se atualmente, ecoando sua

voz: que fissuras foram encontradas, no cenário atual, para uma prática libertária na educação e na saúde?

A necessidade de transformação do mundo articula-se à incompletude humana¹³. Assim, cumpre-se a indispensável diversidade de saberes nos processos comunicacionais e pedagógicos:

Essa experiência humanizada do saber, todo mundo junto fazendo a troca, não havia essa história de que fulano sabia mais ou que sabia menos. Todo mundo sabia igual. (E14).

Proposta pela construção compartilhada do conhecimento, essa diversidade propicia uma compreensão mais efetiva na transformação coletiva das ações de saúde em suas dimensões políticas, teóricas e práticas²³.

Achei que eu não tinha nada a ofertar, mas o que eu sei alguns não sabiam e aprenderam comigo. Coisas que eu não tinha noção e aprendi com o outro. Você está na formação com o compromisso de aprender. Que é que eu vou fazer com o que eu aprendi aqui? Eu vou praticar aonde? Tem que ter responsabilidade com o que está aprendendo. (E19).

Segundo os relatos, as bases do processo formativo constituíram-se da inclusão dos saberes-de-experiência-feito dos/as educandos/as-educadores/as, criando condições de superação da passividade usual nas relações educativas hegemônicas. O protagonismo permite a criatividade e a criticidade²⁴, bastante temida pelas elites que buscam, esforçadamente, a transformação da mente das classes subalternas para manter a situação que as oprime²⁵.

Foi um mergulho na proposta do curso. Ele tinha todo um processo trilhado, trajeto, percurso. Uma semana de vivenciar, na prática profissional, no cotidiano daquele sujeito, da experiência de vida que estavam trazendo, o que era mais importante, mais vivencial, prático. (E3).

O que se se produz compõe-se de uma parte do indivíduo, permitindo, por meio do protagonismo, o despertar do compromisso. A construção de sujeitos comprometidos com os saberes, os/as educandos/as e o processo é o que preza a educação popular. Tal atitude só pode advir da transição da consciência ingênua à crítica, pois é nesta que o homem se percebe parte da história²⁶. Sendo assim, propõe-se à formação um norteamento por princípios vivos que se aplicam em todos os seus âmbitos.

Cheguei já armado. Queria mostrar que eu já sei, quando um passo em que permite você aprender mais é quando descobre que ainda não sabe. Fui me impressionando com o que eu estava aprendendo. [...]. Desenvolver uma sistemática de produção de conhecimento que permita orientar essas experiências para qual é a transformação que você quer fazer/ser no mundo. [...] Momento intenso de profusão de coisas, de dar uma dinamizada na gente e sair perguntando: o que é que eu vivenciei? (E13).

Entre os princípios apontados nas falas, o inacabamento do ser humano foi o mais frequente. As noções de educador/a¹⁰ e de professor/a crítico/a¹³ aproximam-se pelo caráter aventureiro de quem orienta a aprendizagem. Este/a desapega-se permanentemente dos saberes já construídos em nome de outros caminhos, que se apresentam mais pulsantes no momento. Saberes a serem construídos coletivamente, revelando o caráter nômade do/a educador/a popular.

Obtive alguns conhecimentos, pude compartilhar outros e uni, modifiquei o modelo tradicional de ensino com o de educação popular em saúde. Foi novo, eu não tinha essa experiência, mas fiquei com todo gás referente a aprender essas novas metodologias. (E16).

Pode-se identificar, por meio das falas, que o curso apresenta propostas que permitem a reflexão sobre o vivido, como a sistematização das experiências. Contudo, a intensificação do

processo ensino-aprendizagem se dá por meio da complementariedade entre a vivência e o entendimento racional: *“Como se passasse todo esse filme, pudesse revisar tudo que vivenciei e, sentindo bem forte, iniciar a formação com os educandos no território”* (E23). Isso estaria se dando visto que, no coletivo, a efetivação dos laços afetivos comporia a base do processo, dando cabo à racionalização dos princípios em um momento posterior?

Você fica naquela necessidade de ter mais tempo para viver e degustar com mais sabor cada coisa, cada momento, porque, como é muito intenso, muitas vezes, a coisa passa e, no outro dia, você se dá conta do que viveu, do que era aquilo. (E20).

Os/As educandos/as-educadores/as respaldaram o papel daqueles/as que foram seus/suas educadores/as durante esse percurso. Estes/as compunham um grupo formado substancialmente pela equipe de coordenação do curso, alguns/as apoiadores/as institucionais e informais, além de convidados/as:

Os educadores dos educadores, traziam muita experiência. Uma troca muito rica, a construção de referenciais, olhar sobre os caminhos que cada educador ia levar, construção de estratégias educativas [...]. (E6).

A forma de conduzir ganha notoriedade com a percepção de que tais educadores/as conseguiram trabalhar coletivamente uma proposta formativa em educação popular imersos/as na complexidade de realizar um processo seletivo: *“Cada vez mais, eu venho percebendo que a condução, aqui, no Ceará, leva a não disputa. Esta é uma casa que me cabe”* (E1). Isso se dá, segundo as falas, pelo acesso aos próprios princípios da educação popular por parte dos sujeitos do grupo. Uma atitude que rediz ao invés de desdizer, condiz com a rigorosidade do pensar certo ao corporificar as palavras no exemplo¹³. Ao pensar certo, diferentemente do pensar mecânico, o/a educador/a constitui-se um/a desafiador/a que busca, criticamente, afastar-se da arrogância de quem está certo

demasiadamente de suas certezas, este, por sua vez, mostra-se um/a memorizador/a, repetindo palavras descontextualizadas da realidade¹³.

Nos momentos em que são mais difíceis ou que as pessoas ficam mais aperreadas, têm a costura da amorosidade, do diálogo, um olhar de quem está coordenando que te deixa mais seguro. [...] Tem uma coisa ríspida. É uma seleção! Mas tem toda a proposta trabalhada com princípios da educação popular. O discurso é próximo da prática das pessoas que estão conduzindo. (E10).

O modo de organização característico da educação popular configura o modo pelo qual a coordenação operacionaliza o curso, tendo um papel pedagógico crucial de exemplificar as possibilidades de efetivação nos territórios. Tal fato mostra-se ainda mais importante, visto que a educação popular é apontada como inviável ante os desafios dos modelos comunicacionais impostos¹¹, o que reverbera nos campos de saúde e de educação em um contexto de intensas divergências com tal proposta.

‘A soma é que tem valor e, não, o saber individualizado’: situações-limites de uma formação em disputa

O ser humano é desafiado por situações-limites, dimensões concretas e históricas que se põem em seu contexto²⁴. Nas falas dos/as educandos/as, situações-limites relativas ao aspecto seletivo da formação foram pontuadas consideravelmente. Tal caráter estaria exacerbando a competitividade própria do cotidiano capitalista. Uma contradição configurar-se-ia, já que a educação popular tem, como objetivo, transformar tal sociedade, sobretudo pela exclusão que lhe é característica.

Nos momentos que teve seleção, foi ruim [...]. Falando em educação popular, não dá para colocar disputa. Foi bem difícil, não gostei. Não estou aqui pra disputar com ninguém [...], a soma dos nossos saberes é que tem que ter valor e, não, o saber individualizado de ninguém. (E1).

A falta de presença de todos/as os/as educadores/as na formação apresentou-se como outra situação-limite por meio de falas que ressaltaram a importância do coletivo, de que os sujeitos se conhecessem para corporificar o princípio da construção compartilhada do conhecimento. Essa preocupação ressalta que a presença precisa tornar-se convivência para, então, intervir no mundo¹³.

Houve dificuldades, porque a gente, que já tinha sido selecionado na primeira etapa, não participou de todos os momentos da oficina. Não tive a oportunidade, que foi importante na primeira [chamada de turma], de conviver mais com a pessoa que viria a ser minha parceira e construir aquela percepção maior sobre o município em que eu iria atuar. (E10).

Outra situação-limite apontada quanto à organicidade do curso foi a falta de transparência na formação das duplas, que estariam sendo constituídas sem um olhar cuidadoso para as singularidades dos sujeitos que as compõem. Como resultado, estar-se-ia enfrentando, nos territórios, uma dupla em conflito entre si quando deveria atuar da maneira mais harmônica possível com os/as educandos/as.

Esses encontros não dizem muito sobre o educador [...]. Têm que procurar uma forma de se avaliar a dupla, as personalidades [...]. Se as pessoas pudessem ficar a par de quem tá colocando para trabalhar junto [...], mas continua o mesmo problema, ninguém quer falar! [...]. Tolerar é uma coisa, conviver é outra. As pessoas vão estar trabalhando juntas. Se elas pensam o contrário, como é que chegam nesse ideal? É difícil! (E11).

Todavia, a fala acima demonstra certo desconhecimento de que, nesta edição, alguns/as educadores/as do curso já estavam selecionados/as pela edição anterior, enquanto os/as que compunham o processo seletivo inscreveram-se para as vagas de cada município definidas pelo edital. Dessa maneira, questiona-se quanto ao conhecimento do

conteúdo do edital, como um todo pelos/as educadores/as. Além disso, ressalta-se a complexidade do trabalho da coordenação de olhar para as singularidades tanto dos municípios quanto dos sujeitos, assegurando as normas institucionais.

[...] sofria alguma forma de preconceito em relação à religiosidade [...]. Quando eu via que a pessoa tinha um discurso [...] afiado em cima dos evangélicos, criava uma oportunidade de dialogar [...]. Existem várias pessoas em várias religiões e, dentro dos contextos, pessoas que são diferentes [...]. (E14).

A aceitação das diferenças é um dos princípios pedagógicos da educação popular¹³ que se articula diretamente à participação democrática, reconhecendo, na diversidade, a possibilidade de construção de uma sociedade equânime²³. Assim sendo, a fala sobre o preconceito religioso chama atenção. Porém, reconhece-se que o curso possibilitou trazer para a roda as contradições da sociedade capitalista. Nesse âmbito, os princípios da educação popular, no caso, o diálogo, foram acessados como atos-limites para sua superação. Apesar disso, mostra-se relevante o questionamento sobre uma possível padronização envolvendo a educação popular. A religião em questão vem crescendo no País, portanto, não é usualmente demonstrada como alvo de preconceitos, ou de 'minorias'. Então, perguntam-se: estar-se-iam, enquanto educadores/as, estigmatizando pessoas que comungam manifestações culturais ou religiosas que se incluem na ordem hegemônica?

Uma defasagem [...] é inevitável estar numa situação de autoridade quando se é professor. Somos responsáveis pelo processo. A formação tinha que ser um preparo para o território e o que a gente viveu de mais turbulento foi não saber como lidar com a autoridade de maneira harmoniosa [...]. (E13).

O/A educador/a aponta que trabalhar a autoridade do/a educador/a, sem que isso

se materialize como autoritarismo, foi uma lacuna do curso. A condução do/a educador/a em uma proposta pedagógica libertária leva à complexa tarefa de mediar a tensão contínua entre autoridade e liberdade¹³. O contexto histórico e social no qual os sujeitos foram construídos imprimiu a ideia de harmonizar os conflitos com completa passividade. No entanto, uma educação que visa ao ser-mais do humano põe, em relação, liberdade e autoridade, em um jogo ativo entre bom senso, amorosidade e coragem, explicitando conflitos e contradições na busca do diálogo²⁶; dando-se, assim, a harmonização entre educador/a e educando/a.

‘Quando o vento sopra e apaga as velas, tem que ajustar’: o processo de ação-reflexão-ação

[...] se fortalecer com os companheiros, com o que estavam fazendo nos territórios, mesclar com o que você fazia no seu. Somos diferentes, mas a gente tinha pilares que sustentavam nossa ação [...]. Juntar os educadores todo mês [...] não se encontrar só no começo e no final. É um processo, vai dialogando, vai sendo trilhado, não se visa só o produto. É nesse percurso que a gente vai aprendendo [...]. (E12).

De forma autônoma, a coordenação do EdPopSUS no Ceará decidiu dar continuidade ao processo formativo dos/as educadores/as após o início dos encontros nos municípios, configurando-se em momentos formativos periódicos. A ação visou acompanhar o processo nos municípios, construir o compartilhamento dos saberes para a superação dos desafios e a sistematização das experiências.

[...] você já foi pra lá, viu como é, sentiu dificuldades, outros educadores também, [...] a dinâmica que um trabalhou, saiu da sala, chamou convidados, [...]. A coordenação foi conduzir o processo para que a gente aprendesse uns com os outros. Foram trocas que enriqueceram as possibilidades da gente. (E4).

Os/As educadores/as ressaltaram o papel da coordenação, não só pela iniciativa, mas também pela condução que visava mais a troca – entre eles, dos saberes produzidos nos territórios – do que apontar o que deveria ou não ser feito. Novos caminhos surgiram.

A formação revelou que se comprometer com a educação permanente dos/as educadores/as é comprometer-se com seus territórios de atuação. Fato que corrobora a necessidade de transformar a presença no contexto em estar com ele¹³. Dessa forma, propiciam-se relações mais distanciadas da pura objetividade, bem como da frieza que usualmente perpassam as relações entre educadores/as e educandos/as.

Quando o vento sopra e está só apagando as velas, tem que ajustar, trazer o que foi construído da formação [dos territórios] e, em contato com os educadores e com a coordenação, encontrar jeitos novos de caminhar, identificando as dificuldades e trazer um retorno para o território. [...] não apenas a formação antes de iniciar os encontros [...] para que a gente pudesse tá atento ao que acontecia nos territórios [...]. (E23).

A continuidade da formação também propiciou a vivência de situações-limites. “[...] estar presente em muitos locais ao mesmo tempo fragilizou o acompanhamento [...]” (E18). Tal fragilidade pode ter se dado por diversos fatores: desde a amplitude territorial do curso, que abrangeu 12 municípios em diferentes regiões do estado, até a equipe reduzida de coordenação, passando pela forma autônoma de condução dessa etapa, visto que, a princípio, não haveria apoio financeiro para tal.

A dificuldade de convivência entre os sujeitos implicados nesses momentos também foi mencionada:

[...] é um reflexo da convivência do ser humano quando a gente não se conhece, se não tiver uma escuta apurada e não propor um diálogo com amorosidade, termina que já cria certos enfrentamentos e reações [...]. (E5).

A seleção reuniu companheiros/as de luta, mas também pessoas que não se conheciam.

[...] exigiu muito do trabalhar o tempo. Quantos municípios tinha ali para estar vivenciando as experiências? [...] teria prazos momentos e horários para estar cumprindo. Todos os momentos, a gente não teve educadores presentes, isso traz para o outro lado marginalizar nossas defesas [...]. (E8).

Movimentos que buscam imprimir uma participação maior da população nas sociedades, historicamente, sofrem ataques intensos pelo medo das elites à perda de seus privilégios. A necessidade de aperfeiçoar a organização, incluindo a dimensão burocrática, configuraria estratégia de legitimação das defesas dos movimentos, impactando positivamente no pouco tempo do qual dispunha a educação permanente dos/as educadores/as. Foi apontada, ainda, como situação-limite, pelo/a educador/a, a falta de compromisso que estaria se revelando na não presença de todos/as os/as educadores/as em tais momentos. Aponta-se, mais uma vez, para o âmbito relacional; mas não apenas isso. Para que haja compromisso, é imprescindível que, além da presença, ou seja, do estar no curso, esteja-se com o coletivo que o abrange.

Considerações finais

A dinâmica neoliberal dificulta o encontro dos/as educadores/as consigo mesmos/as e a vivência dos saberes adquiridos com os movimentos sociais nos espaços institucionais. Em contraponto, desvaloriza as práticas solidárias excluindo a dimensão da coletividade. Os desafios postos nos encontros iniciais do processo formativo e seletivo de 40 horas do EdPopSUS teriam propiciado superações dessas e de outras situações-limites, como a relação entre educadores/as e a inclusão das singularidades, elucidando caminhos para sua atuação nesse contexto. Alimentados/as pelo desejo do encontro com companheiros/as de

luta ou de novos aprendizados que incluíam suas subjetividades, ativou-se o esperarçar.

O sistema educativo que reafirma valores dominantes na sociedade brasileira, como individualismo, diferenciação e distinção, pressupõe, ainda, que o/a educador(a)/trabalhador(a) tenham um saber pronto. A formação, perpassada pelos princípios da educação popular, pôde demonstrar a importância do reconhecimento de si como ser inacabado diante de tal imposição. A contextualização possibilitou reflexão acerca das fissuras existentes, na conjuntura atual, para uma prática libertária. Além disso, a inclusão do saber-de-experiência-feito contribuiu para a superação da passividade, fortalecendo o protagonismo dos/as educandos/as e delineando um/a educador/a desapegado/a dos saberes já construídos em nome da construção coletiva de saberes que se mostrem mais bem contextualizados.

Ao invés de pautar-se apenas na racionalização desses princípios, a formação pautou-se na vivência deles/as, complementando-a com propostas do âmbito mais racional, a exemplo da sistematização de experiências. A proximidade entre o dito e o praticado por parte da coordenação possibilitou a condução de forma coletiva em meio à complexidade que envolve uma seleção. Esta, todavia, configurou-se situação-limite, visto que o teor competitivo implicaria uma contradição com os objetivos da educação popular. A não presença de todos/as os/as educadores/as no curso apontou para a dificuldade da convivência e da construção coletiva.

A composição das duplas de educadores/as estaria se dando de forma pouco clara; ao mesmo tempo, a falta de conhecimento sobre o edital contribuiria para tal falta de esclarecimento. Como consequência, ter-se-iam conflitos e desarmonia na condução em dupla, visto que teria sido formada sem priorizar uma harmonia entre as singularidades desses sujeitos. As possíveis saídas perpassariam pelo olhar sobre tais singularidades, sem deixar de lado os contextos dos municípios e das normas que envolviam a institucionalidade do curso.

O preconceito religioso foi apontado como situação-limite na formação, o que pode estar revelando a falta de atualização da educação popular em sua relação com padrões de subjetividades hegemônicas. Contudo, o diálogo configurou-se ato-limite para essa situação. Trabalhar a autoridade do/a educador/a foi apontado como uma lacuna da formação.

Dar continuidade ao processo formativo dos/as educadores/as e a condução de tais momentos por iniciativa autônoma da coordenação estadual possibilitou um melhor acompanhamento do processo nos municípios, efetivando a educação permanente dos/as educadores/as como compromisso com os territórios, a construção compartilhada de saberes na superação de desafios e a sistematização dessas experiências.

Dentre situações-limites do processo de continuidade, foram ressaltadas as dificuldades

na convivência, o número reduzido da equipe para o acompanhamento nos municípios, o pouco tempo dos encontros e a não presença de todos/as os/as educadores/as. Para sua superação, seria necessário o aperfeiçoamento da organização, incluindo a dimensão burocrática, como estratégia de legitimação das lutas e a reafirmação do compromisso não apenas com o curso, mas com o coletivo da educação popular em saúde.

Colaboradores

Dantas MA (0000-0001-5454-5776)*, Silva MRF (0000-0002-6086-6901)*, Castro Júnior AR (0000-0002-3681-3607)* e Oliveira LC (0000-0001-8265-7476)* contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Queiroz DM, Silva MRF, Oliveira LC. Educação Permanente com Agentes Comunitários de Saúde: potencialidades de uma formação norteada pelo referencial da Educação Popular e Saúde. *Interface*. 2014; 18(2):1199-1210.
2. Brasil. Secretaria-Geral da Presidência da República. Marco de Referência da Educação Popular para as Políticas Públicas [internet]. Brasília, DF: Secretaria Geral da Presidência da República; 2014. [acesso em 2019 jan 21]. Disponível em: http://confinteabrasilmais6.mec.gov.br/images/documentos/marco_referencia_da_educacao_popular.pdf.
3. Prodanov CC, Freitas EC. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale; 2013.
4. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
6. Cavalcante RB, Calixto P, Pinheiro MMK. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Inf. & Soc.: Est.* [internet]. 2014 [acesso em 27 jan 2019]; 24(1):13-18. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/ies/article/viewFile/10000/10871>.
7. Souza MAR, Wall ML, Thuler ACMC, et al. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2018; 52:1-7.
8. Guatarri F, Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. 4. ed. Petrópolis: Vozes; 1996.
9. Ceccim BR. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface.* 2004/2005; 9(16):161-177.
10. Alves R. Conversas com quem gosta de ensinar. Guarulhos: Cortez; 1980.
11. Freire P. Extensão ou Comunicação? 17. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2015.
12. Freire P. Ação Cultural para a Liberdade e outros escritos. 14. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.
13. Freire P. Pedagogia da Autonomia. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
14. Kinker FS. Encontro terapêutico ou processo-metamorfose: desafio dos serviços territoriais e comunitários. *Saúde debate.* 2012; 36(95):695-701.
15. Pinafo E, Nunes EFPA, González AD, et al. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. *Trab. Educ. Saúde.* 2011; 9(2):201-221.
16. Freire P. Educação como prática da liberdade. 40. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2017.
17. Bonetti PO, Pedrosa JIS, Siqueira TCA. Educação popular em saúde como política do Sistema Único de Saúde. *Revista APS.* 2011; 4(14):397-407.
18. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde debate.* 2018; 42(116):11-24.
19. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):1723-1728.
20. Bello E, Bercovici G, Lima MMB. O fim das ilusões constitucionais de 1988? *Rev. Direito e Práx.* 2018; 20(10):1-43.
21. Miranda AS. A Reforma Sanitária encurralada? Aparentamentos contextuais. *Saúde debate.* 2017; 41(113):385-400.
22. Santos M, Silveira ML. O Brasil: território e sociedade no início do séc. XXI. 9. ed. Rio de Janeiro: Record; 2006.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - PNEP-SUS. *Diário oficial da União.* 3 Jan 2013.
24. Freire P. Pedagogia do oprimido. 50. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
25. Beauvoir S. O pensamento da direita hoje. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra; 1972.
26. Freire P. Professora, sim. Tia, não. 27. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2017.

Recebido em 01/07/2019

Aprovado em 08/04/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)

Percepção dos moradores de uma ocupação urbana sobre o ‘empoderamento’ em saúde

Perception of residents of an urban occupation about ‘empowerment’ in health

Shirley Pereira de Almeida¹, Lilian Machado Torres¹, Daniele Aguiar Simim¹, Patrícia Pinto de Paula², Nathan Mendes Souza³

DOI: 10.1590/0103-1104202012504

RESUMO Aglomerados populacionais em ocupações urbanas revelam desigualdades sociais, condições desfavoráveis de habitação e saúde, com impactos negativos na qualidade de vida. Contexto desafiador, dada a relação entre condições de moradia, de vida e de saúde, faz-se essencial a legitimação de direitos e deveres sociais dos indivíduos. Objetivou-se analisar a percepção dos moradores de ocupação urbana sobre ‘empoderamento’ em saúde. Pesquisa exploratória de abordagem qualitativa sobre a percepção dos moradores da ocupação urbana Eliana Silva II (ES), em Belo Horizonte (MG), acerca do ‘empoderamento’ em saúde. A coleta de dados ocorreu após aprovação nos Comitês de Ética em Pesquisa. Utilizou-se roteiro semiestruturado de entrevista. A amostra totalizou nove participantes residentes na ocupação, com mais de 18 anos de idade e, pelo menos, um ano de residência. A análise, à luz do referencial de Bardin, evidenciou duas categorias temáticas: Saúde e determinação social: reconhecendo as influências sobre a saúde das pessoas; Protagonizando a própria história: o movimento de luta em busca da garantia dos direitos à saúde. Para que as necessidades dos moradores da ocupação estejam na pauta de prioridade do governo, faz-se necessário mobilizar. A luta para conquista e garantia dos direitos é fundamental.

PALAVRAS-CHAVE População urbana. Empoderamento. Determinantes Sociais da Saúde. Saúde pública.

ABSTRACT *Populations clusters in urban occupations reveal social inequalities, unfavorable housing and health conditions, with negative impacts on quality of life. A challenging context, given the relationship between housing, living and health conditions, it is essential to legitimize the social rights and duties of individuals. The objective of this study was to analyze the perception of urban occupation residents on ‘empowerment’ in health. Exploratory research with a qualitative approach on the perception of residents of the urban occupation Eliana Silva II (ES), in Belo Horizonte (MG), about ‘empowerment’ in health. Data collection took place after approval by the Research Ethics Committees. A semi-structured interview script was used. The sample totaled nine participants residing in the occupation, over 18 years of age and at least one year of residence. The analysis, in the light of Bardin’s framework, showed two thematic categories: Health and social determination: recognizing the influences on people’s health; Starring in history itself: the struggle movement in search of guaranteeing health rights. In order for the needs of occupational residents to be on the government’s priority agenda, it is necessary to mobilize. The struggle to conquer and guarantee rights is fundamental.*

KEYWORDS *Urban population. Empowerment. Social Determinants of Health. Public health.*

¹Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. spalmeida2005@yahoo.com.br

²Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), Faculdade de Psicologia – Belo Horizonte (MG), Brasil.

³Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Faculdade de Medicina, Departamento de Clínica Médica – Belo Horizonte (MG), Brasil.



Introdução

A urbanização acelerada e intensa afeta bilhões de pessoas no mundo, promove aglomerados populacionais que incluem áreas de ocupações desordenadas, precariedade das moradias e do entorno, além da inexistência de propriedade, situações que impactam negativamente a qualidade de vida¹⁻³.

Condições desfavoráveis de habitação e piores indicadores de saúde têm efeito direto sobre as populações vulneráveis⁴⁻⁶. Os grupos mais fragilizados em relação à educação e ao *status* socioeconômico se expõem a condições desfavoráveis de moradia, o que amplia a vulnerabilidade e a iniquidade em saúde⁷. Tal enfrentamento rebaixa o nível de saúde dos indivíduos em comparação à população geral^{4,8,9}.

Os assentamentos informais frequentemente situam-se em áreas desconsideradas pela especulação imobiliária e surgem a partir da luta pelo direito de moradia nas cidades^{2,10-12}. O contexto desafiador, que se amplia cada vez mais, torna relevante abordar o ‘empoderamento’ ou *empowerment* dos residentes desses assentamentos ou ocupações urbanas. ‘Empoderamento’ apresenta-se como sinônimo de emancipação social^{13,14} e, quando o coletivo é considerado, reflete sua relação com o sentido de comunidade estabelecido entre os integrantes^{5,15,16}.

Mais especificamente, o ‘empoderamento’ em saúde refere-se ao processo que permite aos indivíduos maior controle sobre as decisões que afetam sua vida e saúde^{14,17}. A partir da visão crítica de sua realidade social, das influências sobre a própria saúde e da condição de vida, tornam-se protagonistas da própria história, ao transformar essa realidade na busca por melhor qualidade de vida¹⁸.

Devido ao aumento das populações em ocupações urbanas, à importância dos espaços ocupados, à relação entre condições de moradia e de vida e o processo saúde-doença, fazem-se essenciais a construção e a legitimação de direitos e deveres sociais dos indivíduos, principalmente no que tange à saúde.

Assim, torna-se relevante discutir ‘empoderamento’ em saúde no contexto das ocupações urbanas, especialmente no que se refere às condições disponíveis, aos desafios e ao potencial de enfrentamento voltados à superação dos problemas cotidianos. O objetivo do estudo foi analisar a percepção dos moradores de uma ocupação urbana sobre ‘empoderamento’ em saúde.

Material e métodos

Pesquisa exploratória de abordagem qualitativa sobre a percepção dos moradores da ocupação urbana Eliana Silva II (ES), em Belo Horizonte (MG), sobre o ‘empoderamento’ em saúde. Tal abordagem considera a relação dinâmica entre o mundo real e o indivíduo, com ênfase na subjetividade, que não se traduz em números^{19,20}.

A primeira tentativa de ocupação do referido espaço ocorreu em 2012 com, aproximadamente, 200 famílias, porém, houve ação de reintegração de posse. No mesmo ano, a segunda tentativa ocorreu em área próxima, em um terreno público. Em 2016, residiam nessa ocupação cerca de 350 famílias²¹.

Os participantes do estudo foram os moradores da ocupação, maiores de 18 anos de idade e, pelo menos, com um ano de residência no local. A definição prévia do tempo de moradia justifica-se pela necessidade de o morador ter vivenciado parte da história da ocupação ES. A seleção dos participantes foi intencional, a partir da estratégia de ‘bola-de-neve’ ou em ‘série’²⁰. O estudo atendeu às diretrizes da Resolução nº 466/12²², que trata dos aspectos éticos das pesquisas com seres humanos. A coleta de dados ocorreu entre outubro e dezembro de 2015, após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (Parecer nº 558.222/ 2015).

Após a aproximação dos pesquisadores com os moradores, ocorreram as explicações necessárias e procedeu-se à assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos indivíduos que assentiram

participar. Em seguida, foram realizadas entrevistas individuais, que duraram 30 minutos, em média, efetivadas na ocupação ES, em espaço designado pelos moradores para preservar a sua privacidade. O sigilo foi assegurado em todas as etapas do estudo, mediante a identificação dos participantes por código alfanumérico.

O critério utilizado para não inclusão de novos participantes deveu-se à saturação de dados, quando o conteúdo significativo se tornou repetitivo. As entrevistas foram transcritas por um dos pesquisadores e lidas por todos os envolvidos, de forma individual e em grupo, para identificar a convergência dos depoimentos e possibilitar a apreciação e a categorização, a partir da técnica de análise de conteúdo²³. Esse processo permitiu a organização das ideias, o agrupamento de expressões com o mesmo sentido e a sistematização da apresentação dos dados subjetivos em várias subcategorias que foram reagrupadas, após conclusão da análise.

Resultados

Nove participantes foram entrevistados, sendo cinco mulheres (55%). Do total, 67% possuíam ensino fundamental completo ou incompleto, e todos residiam na ocupação desde sua criação, em 2012. A análise do conteúdo dos depoimentos evidenciou duas categorias temáticas, quais sejam: 'Saúde e determinação social: reconhecendo as influências sobre a saúde das pessoas' e 'Protagonizando a própria história: o movimento de luta em busca da garantia dos direitos à saúde'.

Saúde e determinação social: reconhecendo as influências sobre a saúde das pessoas

Os participantes concebem saúde como direito social, necessidade para a vida e sensação de bem-estar que se relacionam com a dinâmica social e implicações para a vida:

Saúde é bem-estar do corpo, da mente, bem-estar social. Harmonia é saúde. (M-1).

Saúde é tudo. Tem que ter saúde porque lá em casa eu sou o pilar. Tenho que ter saúde. (M-6).

Eu acho que saúde é garantia de direitos, como no caso da moradia. (M-7).

Também identificam aspectos do cotidiano que influenciam o processo saúde-doença, como as precárias condições de vida, moradia, infraestrutura, saneamento básico, energia elétrica, alimentação, renda e transporte:

Saúde é rede de esgoto, água e asfalto, porque as ruas são de terra. É coleta de lixo que não temos aqui. Muito lixo jogado: garrafa reciclável e saco plástico que acumulam água e sujeira. (M-5).

Na ocupação urbana sofremos todas as repressões [...] falta de comida, de alimento, de banheiro e de água. (M-1).

O transporte público é importante. Aumento de passagem, está tudo precário e não tem um coletivo de qualidade. (M-9).

A dificuldade de acesso a serviços essenciais, como os de saúde e educação, foi apontada como fundamental à saúde dos participantes e de suas famílias:

Hoje o sistema de vida que levamos interfere na saúde. As condições são péssimas, sem apoio algum, sem assistência de nada, de posto de saúde, de escola. (M-2).

A iniquidade no atendimento aos moradores e a precariedade dos serviços de saúde, que dificultam o acesso dessa população, foram citados:

Nós, como ocupação urbana, não temos atendimento específico. Acho necessário atenção diferenciada por não termos saneamento básico, esgotamento sanitário decente. (M-1).

[...] para fazer uma consulta simples ou um exame, demora um ano, uma cirurgia é preciso um ano e meio para se conseguir... E temos profissionais capacitados e estrutura no País. Então, por que não funciona? (M-7).

Na visão dos moradores, a falta de comprovante de endereço e o preconceito por residirem em uma ocupação constituem barreiras de acesso aos serviços de saúde:

Chegamos nos centros de saúde ou em órgãos públicos e não temos o comprovante de endereço. É mais complicado. O sistema traz mais dificuldade ainda do acesso. (M-2).

Já sofremos preconceito por vivermos em uma ocupação urbana. Sofremos mais do que as pessoas que moram em lotes urbanizados. Somos muito mais discriminados. (M-1).

Apesar do acesso limitado ao Sistema Único de Saúde (SUS), a maioria dos entrevistados identificou a Unidade Básica de Saúde (UBS) e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) como locais para o cuidado com a saúde:

Nós buscamos diálogo no posto de saúde para conseguir atendimento. Em relação à saúde, aqui na ocupação, o posto de saúde é melhor do que a UPA. (M-3).

Dentre as ações de saúde desenvolvidas pela UBS, foram destacados o cadastramento, para acesso à UBS, e a vacinação:

Depois de algum tempo morando aqui, a equipe de saúde veio com o posto de saúde, e, depois de três meses, nós fomos fazer o cadastramento para o direito à assistência no posto [...]. Vieram algumas vezes vacinar, atualizar o cartão, mas só isso. (M-1).

Citaram também a contribuição das universidades, por meio das ligas acadêmicas, que prestam apoio aos moradores da ocupação:

[...] tem que agradecer à Universidade, por meio de cada estudante que esteve aqui, de enfermagem, engenharia, medicina, psicologia e de serviço social. Todos contribuem. A política tem deixado a desejar, mas graças aos estudantes, eles têm suprido o que o Estado não tem feito. (M-4).

As parcerias que se desenvolvem com as Universidades são importantes [...] os estudantes dão uma noção maior sobre o significado do SUS e da própria saúde. Dicas importantíssimas para se alcançar qualidade de vida. Isso é parte na luta de resistência para uma condição melhor. [...] na parte da prevenção, por exemplo, tem parcerias para debates, seminários, atividades de conscientização sobre vários temas e saúde é um deles [...]. (M-7).

O ambiente em que vivem na ES foi destacado como determinante do adoecimento ou da condição precária de saúde, sendo responsabilidade de todos o cuidado com o meio:

Sobre a dengue, a gente cuida do terreno, e o vizinho não. Não adianta eu querer manter a minha saúde correta e o meu vizinho não. (M-6).

Cuidamos de uma nascente aqui na ocupação. [...] porque tinha uma fábrica aqui perto que poluía. Nós denunciemos e parou, acabou o mau cheiro, o calor. (M-9).

O dever do Estado em prover os serviços essenciais, a necessidade de uma consciência política dos gestores quanto à destinação de recursos financeiros necessários para a manutenção e qualidade desses serviços, bem como a influência da crise econômica, foram descritos como fatores que impactam negativamente a saúde das pessoas:

A nossa saúde já está defasada e, pela crise econômica do País, tende a piorar. O Estado tem deixado a desejar e vai continuar assim, porque, infelizmente, ele afirma que não tem dinheiro. (M-4).

Moradores da ES valorizam o SUS, mas destacam a sua precariedade devido ao subfinanciamento da saúde, ao desvio dos recursos

financeiros, à má gestão e a não priorização de ações necessárias:

E o conjunto de todos os outros direitos que também são negados ao povo, boa parte deles seria fundamental para a saúde. O SUS é uma criação para o povo, os trabalhadores, em especial, mas, o investimento é muito limitado. E não é só o problema de gestão. Ao invés do dinheiro que vai para os banqueiros, para os patrões, por meio da dívida pública, fosse investido massivamente em saúde, muitas vidas seriam preservadas. (M-7).

Para os indivíduos, a falta de reconhecimento da ocupação ES, pelo Estado, dificulta o investimento na melhoria da infraestrutura da área ocupada:

A ocupação, infelizmente, o Estado não reconhece. Ele não vê obrigações para com os moradores. Enquanto não houver esse reconhecimento, por parte do Estado, não haverá melhoria para a comunidade. (M-4).

Na percepção dos moradores, ocupar e construir em terrenos ociosos possibilitaram a aquisição de moradias e a percepção de contribuir para o município, que não precisaria despendar recursos para tal fim:

[...] a construção de casas na comunidade, em terreno abandonado, evitou que o prefeito tivesse que construir casas. Esse dinheiro era, por exemplo, das famílias que moravam de aluguel e de favor ou que estavam na lista de espera do programa Minha Casa Minha Vida. Então, hoje eles têm uma casa. O que nós precisamos é da boa vontade do prefeito para legalizar os bairros, porque ocupamos terreno vazio, que não servia para nada. (M-9).

Os entrevistados identificam sua condição enquanto moradores da ocupação ES em relação aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). A partir dessa compreensão, empreendem estratégias de enfrentamento

e de superação dos desafios, mediante mobilizações, descritas a seguir.

Protagonizando a própria história: o movimento de luta em busca da garantia dos direitos à saúde

A conquista de melhores condições de vida e saúde é fruto da mobilização e da luta dos moradores da ocupação pela garantia de seus direitos:

Com a luta da comunidade é que conseguimos o direito de ter a água canalizada e o esgoto. E foi adquirido na justiça ficar com o 'gato' da água e da luz, até ser legalizado. (M-4).

Dezenas de coisas poderiam melhorar a nossa qualidade de vida e saúde. Temos que lutar, reivindicar e mobilizar. Nos últimos meses pressionamos para o Posto de Saúde atender todos os moradores. (M-7).

Para os participantes, o movimento da comunidade significa, também, a corresponsabilização pelo cuidado com o meio ambiente:

Costumamos fazer assembleias para manter a limpeza da rua, o esgoto 'bonitinho', não deixar entupir, fazer direito a ligação de água de chuveiro para não correr na rua a céu aberto. Isso ajuda muito. (M-6).

Apesar da precariedade das condições em que vivem e das dificuldades que enfrentam, os moradores buscam superá-las com o apoio mútuo e percebem que o movimento e as conquistas impulsionam o coletivo a seguir em frente:

[...] as condições que temos são boas porque não nos incomodamos com as dificuldades. Sabemos que temos direitos e estamos na luta pela sua garantia. (M-2).

Eu tenho que agradecer ao movimento MLB [referindo-se ao Movimento de Luta nos Bairros,

Vilas e Favelas, com informações disponíveis no site www.mlbbrazil.org], porque consegui a minha moradia. Não é o ideal, mas não troco por nada. E a cada dia vai melhorar. Vejo essa ocupação como exemplo para muitos lugares. Acredito que quando estivermos bem, com o título de posse e com o esgoto, as pessoas sempre vão se lembrar da ocupação ES e vão ter forças para lutar. (M-4).

Dois participantes ressaltam os meios de comunicação como recurso importante para divulgar os direitos dos cidadãos e como estratégia de luta para garanti-los:

Os meios de comunicação deveriam ser mais abertos para mostrar às pessoas os seus direitos. (M-2).

Muitas vezes, quando não tem médico na UPA, chamamos a imprensa e rapidinho aparece médico e remédio. Sem luta nada acontece. (M-9).

Os participantes enfatizam que a união de todos em um movimento em prol de um bem comum é fundamental para a conquista:

Mesmo nas dificuldades, tentamos ser unidos para lutar por melhores condições de vida na comunidade. A maior parte das coisas que temos, como a creche, as ruas e o esgoto ecológico, foram criados e financiados por nós. Não temos o apoio do prefeito e fazemos em conjunto. (M-8).

Um dos moradores afirma que a luta pelos direitos representa disputa e relação de poder entre as classes, entre os cidadãos e o Estado. Destaca a necessidade de mobilização e participação social para garantir que governos cumpram seu dever:

Participamos de uma campanha, desde o final do ano, para aumentar o investimento, ao invés de cortes no orçamento. Cortar dinheiro dos banqueiros e garantir mais recursos para saúde e educação [...]. É uma disputa na sociedade e consideramos que participar da luta do lado da classe trabalhadora é necessário para mudar as coisas, além de saúde

melhor, não só para os moradores da ocupação, mas para o povo brasileiro. [...]. É obrigação do Estado e ele tem que priorizar. É possível resolver o problema. Mas, é preciso prioridade e aí entram a mobilização e as lutas para mudar o sistema, a situação. (M-7).

Alguns depoentes relacionaram a situação macroeconômica atual ao pagamento das dívidas públicas. Apontaram também a importância da representatividade política de comunidades mais vulneráveis e marginalizadas para a garantia de seus direitos:

Paga-se imposto no País e não é pouco. Quanto mais pobre, mais imposto se paga. Um mês de pagamento da dívida pública é mais do que é investido na saúde e educação, no ano todo. (M-7).

Se tivéssemos um partido que dialogasse com a classe trabalhadora e com os movimentos, não seria esse caos. Temos que criar um partido nascido nas ocupações e no movimento de luta. Seria uma opção para discutir e lutar na Câmara dos Deputados. Ter um partido legal, que defenda a nossa luta significa melhorias. (M-9).

Observou-se que as conquistas dos moradores da ocupação ES coroam o ‘empoderamento’ e a coesão social de seus membros. A melhoria das condições de vida adveio da construção de ruas, esgotamento sanitário e de creche, pela resiliência, articulação e participação de todos, no movimento, bem como pelo espírito de união entre eles em prol de um objetivo comum.

Discussão

Foi possível reforçar a relação estabelecida entre as condições de vida e saúde e o conceito de saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Trata-se de um bem essencial à vida²⁴, discutido na VIII Conferência Nacional de Saúde²⁵ e na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde²⁴. Segundo a OMS, os DSS referem-se a aspectos sociais a que

todos estão sujeitos, desde o nascimento até a velhice, que consideram o modo de vida e de trabalho, além dos sistemas disponíveis para lidar com a doença. Os pré-requisitos para a melhoria das condições de saúde incluem paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema saudável, solidariedade, democracia, cidadania, participação e ação conjunta, justiça social e equidade^{24,26}; e essa inter-relação entre as condições e modos de vida e saúde, mediante a vulnerabilidade social, tem sido amplamente apontada^{5,27,28}. Tal entendimento foi evidenciado nos resultados pela percepção dos moradores de que se trata de um direito e do bem-estar social que concorrem para o alcance dos demais direitos reconhecidos.

Os depoimentos relacionam alguns DSS ao processo saúde-adoecimento-cuidado, a partir da reflexão sobre as condições de vida na ocupação ES, em um contexto de significativas iniquidades e injustiças sociais, e que tem sido a realidade vivenciada por moradores de áreas de assentamentos informais^{6,27,29-32}. Evidencia-se o entendimento do processo saúde-doença enquanto um fenômeno social, fruto da inter-relação do homem com o meio ambiente e com o território ocupado. Soma-se, outrossim, sua relação com outras pessoas em um contexto econômico, cultural e político, ou seja, na perspectiva da determinação social da vida e, não apenas, da determinação social da saúde^{6,28,32-34}. Os resultados apontaram que é real o reconhecimento das precárias condições do espaço habitado que incluem saneamento básico, energia elétrica, alimentação, renda e transporte. Há o entendimento de que a falta de legalização territorial dificulta o investimento nas melhorias estruturais almejadas que equivalem à saúde e ao bem-estar.

Os entrevistados destacaram as principais dificuldades relacionadas com o acesso aos serviços e ações de saúde, como, por exemplo, a exigência de comprovante de endereço, o preconceito e discriminação, além da falta de recursos humanos e de infraestrutura da UBS e da UPA, indicadas como referência para ES e toda a população adscrita. A despeito das

distintas significações, ou não, de acesso e acessibilidade em saúde, observa-se o uso do termo acessibilidade para as características da oferta de serviços e ações de saúde, sendo o acesso a forma como as pessoas percebem a acessibilidade³⁵. Entretanto, considera-se que ambos os termos podem significar tanto a capacidade em se obter cuidados de saúde quanto a capacidade dos serviços em responder às necessidades de uma determinada população³⁶.

Os moradores da ocupação ES destacaram algumas das ações desenvolvidas pelos agentes de endemias, eventuais programas educativos, seminários e palestras. Afirmam possuir outras informações sobre os serviços de saúde disponíveis e próximos à ocupação, porém, denunciam limitação no acesso, por não reconhecimento do espaço ocupado, o que dificulta o cadastramento, além dos problemas na infraestrutura. Ademais, sabe-se que a aceitabilidade do serviço, por parte de moradores, relaciona-se às próprias barreiras ao acesso, à falta de recursos humanos, insumos e equipamentos e à precária infraestrutura^{27,29}. A questão do espaço físico e a busca incessante de melhorias emergiram nos depoimentos desde os relatos sobre o ato de ocupação – inicialmente com 200 famílias e, depois de quatro meses da expulsão das famílias, com o incremento de 350 famílias aproximadamente – até os dias atuais.

Além das desigualdades socioeconômicas para o acesso à saúde, as barreiras impostas pelo sistema, tanto estruturais quanto de organização dos serviços, limitam o atendimento às necessidades e reforçam as desigualdades sociais³⁷⁻³⁹. De fato, o acesso aos serviços para determinadas ações condiciona-se ao cadastramento das pessoas residentes no território da UBS. As concepções de território e territorialização em saúde surgiram com a descentralização e municipalização das ações pelo SUS e são utilizadas, respectivamente, como *locus* e ferramenta de vigilância em saúde. A territorialização, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), descentraliza ações e serviços e integra a vigilância para o

controle dos determinantes, dos riscos e dos danos à saúde das populações em seus territórios, como uma ação de responsabilidade sanitária da APS⁴⁰⁻⁴⁴. Especificamente, no cenário do estudo, foi reconhecida a falta de equidade no atendimento aos moradores, pois o entendimento na ocupação é que, diante da precariedade das condições de vida e da vulnerabilidade, deveria haver maior atenção, atendimentos diferenciados e especializados.

As ações realizadas pelos profissionais da UBS na ocupação, como cadastramento, imunização e combate à dengue, respondem por parte das necessidades dos moradores, fato que evidencia conhecimento sobre seus direitos, além de motivar a mobilização por sua ampliação. Ademais, intervenções comunitárias e em visitas domiciliares podem mitigar os DSS mediante o ‘empoderamento’ de pessoas mais vulneráveis, sobretudo referente à prevenção de doenças na atenção primária⁴⁵. Nesse ínterim, evidenciou-se, na ocupação ES, a atuação de escolas de engenharia, medicina, enfermagem, psicologia e serviço social, principalmente para a educação para a saúde. Os participantes valorizam a atuação de instituições de ensino e percebem o suprimento parcial de lacunas deixadas por diversos setores públicos. Pesquisas recentes descrevem essa integração academia-ocupações urbanas-movimentos sociais como elemento promotor de construção mútua de saberes que estimulam a construção de cidadania, além de contribuírem para o enfrentamento dos DSS^{5,27,46}. Práticas educativas associadas a movimentos sociais, a partir da educação popular em saúde, contribuem para o protagonismo e o controle social e para a participação popular no SUS, ampliam os conhecimentos sobre a saúde pública e a articulação dos movimentos sociais em luta pelos direitos universais, os quais incluem a saúde⁴⁷.

A responsabilidade coletiva no cuidado com o meio ambiente foi destacada pelos participantes como determinante do adoecimento ou condição de saúde na ocupação ES. Há que se ressaltar que tal consciência e sua relação com a saúde resultam da organização comunitária

e do processo de ‘empoderamento’ coletivo, a partir da educação popular em saúde, da troca de conhecimentos e saberes, de discussões e das ações voltadas para um objetivo comum^{18,33}.

Ao se considerar que a ocupação, no presente estudo, está em uma área de nascente de água e de preservação ambiental, percebe-se a preocupação de todos no tocante à preservação da mata ciliar. Os moradores ressaltaram o papel dos líderes nas assembleias ao enfatizar que a limpeza dos lotes beneficia a todos e garante bem-estar e qualidade de vida. De fato, o processo de ocupação de terrenos em localidades de preservação ambiental ou em margens de rios e córregos pode representar um conflito socioambiental⁴⁸. As habitações irregulares podem significar maior exposição a riscos químicos, físicos e biológicos, além da falta de saneamento básico, da instabilidade do terreno e do alto índice de violência^{6,46,49,50}.

Assim, o direito à habitação, como fator de desenvolvimento humano e social, não deve ser visto apenas como um espaço físico para viver, pois uma moradia adequada requer acessibilidade, equipamentos comunitários, mobilidade urbana, saneamento e segurança, entre outros^{6,27,49}. Na ausência dos determinantes, a saúde é prejudicada^{6,49}. Em função disso, os mutirões de limpeza são atividades de cuidado na ocupação ES, cuidado com o espaço, com o ambiente e com os moradores, a partir das reuniões e decisões coletivas.

Sabe-se que o cenário da ocupação impacta a saúde das pessoas que se tornam mais vulneráveis, devido ao risco social imposto pelos motivos que as levaram a viver em tais locais. Detectou-se influência das concepções dos direitos humanos no que se refere a grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, enquanto cidadãos, e que se transformam em indicador de iniquidade e desigualdade social^{51,52}. Urge a implementação de ações por parte dos serviços de saúde que identifiquem os riscos e as vulnerabilidades a que estão expostas essas comunidades^{5,52}, como evidenciado nos resultados.

Outro aspecto identificado foi o preconceito e a discriminação sofridos pelas pessoas que moram em áreas ocupadas, desde a falta de comprovação de endereço até a burocracia dos serviços durante o atendimento prestado, situações que dificultam o acesso. Os relatos de sofrimento no cenário estudado para além da doença que motivou a busca pelo serviço, em função da ausência de endereço, evidenciam a certeza das desigualdades sociais. A situação descrita pode ser definida como contexto de segregação, haja vista as condições de 'ilegalidade' por se viver em uma ocupação urbana^{5,51-53}. Por meio da exclusão social e da criminalização da pobreza, as populações das periferias são penalizadas, culpabilizadas, desqualificadas e estigmatizadas, o que restringe e limita o seu acesso aos serviços públicos. Soma-se a isso o discurso, denominado senso comum, que utiliza adjetivos como 'invasores', 'preguiçosos' e 'sem vontade' que torna os indivíduos invisíveis e marginalizados pela sociedade e pelo Estado^{2,5,27,53}.

A insuficiente presença do poder público na ocupação urbana ES é percebida pelos moradores, pois conhecem o papel do Estado na prestação de serviços essenciais e na construção de obras de infraestrutura necessárias. Na ocupação, tal 'empoderamento' é representado pelo reconhecimento desse elemento como dificultador para o acesso a saneamento básico, coleta de lixo, ruas asfaltadas e moradia digna; e a literatura sobre comunidades vulneráveis corrobora os achados^{5,18,46,52}. Ademais, os participantes mencionam a falta de consciência dos políticos e gestores públicos, a inexistência de vontade política e de gestão pública eficiente para resolver os problemas de saúde da população. Destacam a insuficiência ou, ainda, a não destinação adequada dos recursos financeiros necessários.

Os moradores da ES protagonizam a própria história, reconhecem a importância, mas denunciam as dificuldades em relação ao SUS nas oportunidades de luta em busca de garantia dos direitos à saúde. Além disso, o engajamento aos movimentos sociais organizados eleva o

conhecimento sobre direitos, estratégias de luta e formação política^{11,46}. Os resultados apontam uma conscientização crítica referente à origem dos problemas e estratégias de enfrentamento em assembleias, palestras e rodas de conversa realizadas na ocupação. A luta pelo acesso à água canalizada, à rede de esgoto e luz, à saúde e à educação infantil é exemplo de mobilizações que representaram algum sucesso. Estudos defendem que a participação popular, a força, a articulação e a organização diante de situações de vulnerabilidades fazem emergir o 'empoderamento' dessas comunidades^{5,27,52}. Os participantes da ES ainda ressaltam os encaminhamentos para o atendimento a todos os moradores na UBS e para a presença de profissionais médicos e de insumos, o que demonstra o reconhecimento de sua força para o resultado desejado.

De fato, movimentos sociais no Brasil têm surgido com o processo de redemocratização, em diferentes formas de luta, a partir da consciência quanto à precariedade das situações vivenciadas pelo coletivo, ao compartilhamento das experiências, ao sentimento de pertencimento e à necessidade de melhores condições de vida^{5,11,27,46}, o que pode ser evidenciado nos depoimentos dos moradores da ocupação ES que esperam dias melhores, a partir do título de posse da moradia, com serviços básicos de água, luz e esgoto.

No contexto dos movimentos pelo direito à saúde, torna-se importante compreender que, no processo saúde-doença, os DSS e as soluções para os problemas devem ser pensados coletivamente⁵⁴. No presente estudo, percebe-se o 'empoderamento' de lideranças do movimento, aumento da criticidade e da coesão social em torno de objetivos comuns, como, por exemplo, participar das lutas, modificar as condições ainda precárias e, até mesmo, mudar a situação de desigualdade do País. Reconhece-se que a organização dessas ocupações se distingue de outros movimentos sociais quando busca romper com o princípio de 'cada um por si' e construir uma experiência coletiva de interdependência, cooperação e

corresponsabilização de êxitos e fracassos. A presença de lideranças fortes contribui para direcionar ações comuns^{27,53}. Na ocupação ES, uma das primeiras ocupações que ocorreram em Minas Gerais²⁷, destaca-se a compreensão de que a união de todos é fundamental para a conquista do bem comum, resultado dos movimentos sociais em busca por moradia digna e direito à habitação. O processo de formação da ocupação desde o início, sua trajetória de luta, suas dificuldades e a forma de organização em equipes, com definições de papéis, representam um exemplo bem-sucedido de gestão coletiva.

Nesse contexto, o ‘empoderamento’ impulsiona grupos e comunidades para o crescimento e a autonomia, a partir de ações que visam à consecução de objetivos definidos coletivamente^{5,13,16,17,55}. O ‘empoderamento’ comunitário envolve capacitação de grupos ou indivíduos desfavorecidos para a articulação de interesses, conquista dos direitos de cidadania, defesa de seus interesses e influência nas ações do Estado^{13,16,55}. Há graus diferentes de liberdade dos indivíduos e comunidades na tomada de decisões para melhores condições de vida e saúde, a partir da cooperação e participação social^{15,55,56}. Nos depoimentos dos moradores da ocupação ES, foi possível identificar que eles reconhecem seus direitos de habitação, qualidade de vida e atenção à saúde, mas lutam para conquistá-los ou ampliá-los; e, apesar das dificuldades, as conquistas são um incentivo para continuar a luta coletiva pelo bem comum. A resiliência ou a capacidade de adaptação para enfrentar e superar as dificuldades está presente ao acreditarem e esperarem a modificação do cenário em que vivem. Evidenciou-se que os moradores da ES consideram o coletivo e refletem o significado de comunidade, contido na própria definição do ‘empoderamento’^{5,15,16}. No contexto de comunidades marginalizadas e vulneráveis, pode ser entendido como um movimento para ir adiante, mesmo diante de impasses e adversidades^{52,55,57}.

Detecta-se, portanto, o ‘empoderamento’

dos moradores da ocupação ES, protagonistas de sua própria história, por meio da percepção sobre suas condições de saúde, assim como pela identificação dos desafios e estratégias de superação, além da visão mais ampliada sobre os caminhos necessários para uma situação mais justa e igualitária para todos.

Conclusões

A luta para conquistar e garantir os direitos é fundamental para pressionar o Estado a cumprir o seu papel previsto em lei e de gerir os recursos públicos, ao priorizar o que é essencial. No entanto, para que as necessidades dos moradores da ocupação ES estejam na pauta de prioridade do governo, faz-se necessária a mobilização dos moradores. A sua percepção é crítica e oscila entre o reconhecimento da saúde como direito – no qual se inclui a moradia e todos os demais componentes da vida – e os meios de sobrevivência e acesso aos serviços públicos de saúde, educação, segurança, transporte e lazer, entre outros, apesar de falhas reconhecidas. O ‘empoderamento’ se dá, portanto, e não apenas no que se refere à saúde, quando os indivíduos são um coletivo, tomam para si o controle sobre as decisões que afetam sua vida e saúde; e este, por sua vez, terá alcance político quando em conectividade com outros grupos. Entretanto, é preciso considerar que novos estudos devem abordar outros problemas vivenciados e formas de enfrentamento, além das questões relativas a gênero, etnias, renda e intersetorialidade.

Colaboradores

Almeida SP (0000-0003-3236-3095)*, Torres LM (0000-0002-7510-7078)*, Simim DA (0000-0003-4022-7173)*, Paula PP (0000-0002-5340-8769)* e Souza NM (0000-0002-4341-1964)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Scheuer S, Haase D, Volk M. On the Nexus of the Spatial Dynamics of Global Urbanization and the Age of the City. *PLoS ONE* [internet]. 2016 [acesso em 2018 out 14]; 11(8). Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0160471>.
2. Moraes MP, Krause C, Lima Neto VC. Caracterização e tipologia de assentamentos precários: estudos de caso brasileiros. Brasília, DF: IPEA [internet]; 2016. [acesso em 2018 nov 22]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28182.
3. Aliyu AA, Amadu L. Urbanization, cities, and health: The challenges to Nigeria - a review. *Ann Afr Med* [internet]. 2017 [acesso em 2018 nov 22]; 16(4):149-158. Disponível em: <http://www.annalsafmed.org/text.asp?2017/16/4/149/216708>.
4. Thomson H, Thomas S, Sellstrom E, et al. Housing improvements for health and associated socio-economic outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* [internet]. 2013 Feb [acesso em 2018 nov 22]; (2):CD008657. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23450585>.
5. Sousa IV, Brasil CCP, Silva RM, et al. Diagnóstico participativo para identificação de problemas de saúde em comunidade em situação de vulnerabilidade social. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(12):3945-54.
6. Costa TA. Cidade ignorada: um retrato da universalização do saneamento em assentamentos precários no entorno da Billings e Guarapiranga [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2017.
7. Roy M, Génereux M, Laverdière E, et al. Surveillance of Social and Geographic Inequalities in Housing-Related Issues: the Case of the Eastern Townships, Quebec (Canada). *Int. J. Environ. Res Public Health* [internet]. 2014 [acesso em 2018 nov 22]; 11(5):4825-44. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24806192>.
8. Novoa AM, Ward J, Malmuse D, et al. How standard dwellings and housing affordability problems are associated with poor health in a vulnerable population during the economic recession of the late 2000s. *Int J Equity Health* [internet]. 2015 Nov [acesso em 2018 nov 22]; 14:120. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4632653/>.
9. Seneviratne R, Gunawardena NS. Prevalence and associated factors of wheezing illnesses of children aged three to five years living in under-served settlements of the Colombo Municipal Council in Sri Lanka: a cross-sectional study. *BMC Public Health* [internet]. 2018 [acesso em 2018 nov 22]; 18(1):127. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29325544>.
10. Sarmento HBM, Cortizo MDC. Espaço e desigualdade. *Revista Katálysis* [internet]. 2016 [acesso em 2018 nov 22]; 19(2):224-231. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1414-49802016.00200007>.
11. Guimarães MCR. Os movimentos sociais e a luta pelo direito à cidade no Brasil contemporâneo. *Serv Soc Soc*. 2015; 124:721-745.
12. Carleial L. Moradia digna: direito conquistado, mas ainda não implementado. In: Moraes MP, Krause C, Lima Neto VC, editores. Caracterização e tipologia de assentamentos precários: estudos de caso brasileiros. Brasília, DF: Ipea [internet]; 2016. [acesso em 2018 nov 22]. p. 15-19. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28182.
13. Baquero RVA. 'Empoderamento': Instrumento de emancipação social? Uma discussão conceitual. *Rev Debates* [internet]. 2012 [acesso em 2018 nov 22]; 6(1):173-187. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/debates/article/view/26722>.
14. Souza JM, Tholl AD, Córdova FP, et al. Aplicabilidade prática do 'empoderamento' nas estratégias de promoção da saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. [internet].

- 2014 [acesso em 2018 nov 22]; 19(7):2265-76. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000702265.
15. Ahmad MS, Talib NB. Analysis of Community Empowerment on Projects Sustainability: Moderating Role of Sense of Community. *Soc Indic Res* [internet]. 2016 [acesso em 2018 nov 22]; 129(3):1039-1056. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/284824958>.
 16. Silverman RM. Community development for equity and empowerment. *Societies* [internet]. 2018 [acesso em 2018 dez 19]; 8(4):119. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2075-4698/8/4/119/htm>.
 17. Fung CSC, Yu EYT, Guo VY, et al. Development of a Health Empowerment Programme to improve the health of working poor families: protocol for a prospective cohort study in Hong Kong. *BMJ Open* [internet]. 2016 [acesso em 2018 dez 19]; 6(2):e010015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4746471>.
 18. Rückert B, Aranha AVS. Lutar por saúde é lutar por reforma agrária: estudo sobre práticas de saúde no Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. *Saúde Soc* [internet]. 2018 [acesso em 2018 nov 30]; 27(1):116-127. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000100116&lng=en&nrm=iso.
 19. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa e saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
 20. Moreira H, Caleffe LG. Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador. Rio de Janeiro: DP&A; 2006.
 21. Libânio C, Nascimento DM, organizadores. Ocupações urbanas na região metropolitana de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Favela é isso aí; 2016.
 22. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. [acesso em 2020 maio 7]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
 23. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
 24. World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion: primary International Conference for health promotion. 1986. Ottawa: WHO; 1986.
 25. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Previdência e Assistência Social. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF: MS; 1986.
 26. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health. Switzerland, Geneva: WHO; 2008.
 27. Dias MTF, Calixto JS, Vieira LPO, et al. Ocupações urbanas em Belo Horizonte e a (re)construção espacial da cidade: um estudo de caso da ocupação Camilo Torres. *Rev de Ciênc Hum* [internet]. 2015 [acesso em 2018 nov 30]; 49(2):205-23. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/2178-4582.2015v49n2p205>.
 28. Passos RA, Nunes SS, Silva LF. A pluralidade do conceito de saúde: o poder de voz dos usuários em uma Conferência Municipal de Saúde. *Rev Ciênc Saúde* [internet]. 2015 [acesso em 2018 nov 30]; 5(2):91-9. Disponível em: http://186.225.220.234:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit_zero/article/view/332/255.
 29. Lourenço TCB. Cidade ocupada [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Arquitetura; 2014.
 30. Ajlouni MT. Social determinants of health in selected slum areas in Jordan: challenges and policy directions. *Int J Health Plann Manage* [internet]. 2016 [acesso em 2018 nov 30]; 31(1):113-25. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25280236>.
 31. Martínez-Santos P, Martín-Loeches M, García-Castro N, et al. A survey of domestic wells and pit latrines in rural settlements of Mali: Implications of on-site sanitation on the quality of water supplies. *Int J Hyg Environ Health*. [internet]. 2017 [acesso em

- 2018 nov 30]; 220(7):1179-1189. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28807472>.
32. Makoge V, Maat H, Vaandrager L, et al. Health-Seeking Behaviour towards Poverty-Related Disease (PRDs): A Qualitative Study of People Living in Camps and on Campuses in Cameroon. *PLoS Negl Trop Dis* [internet]. 2017 jan [acesso em 2018 nov 30]; 11(1). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5214973/>.
 33. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev Fac Nac Salud Pública* [internet]. 2013 abr [acesso em 2018 nov 30]; 31(supl1):S13-S27. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>.
 34. Borghi CMSO, Oliveira RM, Sevalho G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. *Trab educ saúde* [internet]. 2018 [acesso em 2018 nov 30]; 16(3):869-897. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000300869&lng=en&nrm=iso.
 35. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde; 2002.
 36. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.
 37. Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2018 nov 30]; 38(esp):182-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0182.pdf>.
 38. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(5):1499-1509.
 39. Almeida APS, Nunes BP, Duro SMS, et al. Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2018 nov 30]; 51:1-15. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67249591054>.
 40. Brasil. Ministério da Saúde. Redes regionalizadas de atenção à saúde: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para apoio à implementação. Brasília, DF: MS; 2008.
 41. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 2010 Dez 30. [acesso em 2020 maio 6]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
 42. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2012.
 43. Faria RM. A atenção primária, o território e as redes de atenção: intercambiamentos necessários para a integração das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais, Brasil. *Rev Brasil de Geog Méd Saúde* [internet]. 2014 [acesso em 2018 nov 30]; 10(19):8-23. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia>.
 44. Bezerra ACV, Bitoun J. Metodologia participativa como instrumento para a territorialização das ações da Vigilância em Saúde Ambiental. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(10):3259-68.
 45. Abbott LS, Elliott LT. Eliminating health disparities through action on the social determinants of health: a systematic review of home visiting in the United States, 2005-2015. *Public Health Nurs* [internet]. 2017 [acesso em 2018 nov 30]; 34(1):2-30. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27145717>.
 46. Nascimento DM. As políticas habitacionais e as ocupações urbanas: dissenso na cidade. *Cad Me-*

- trop [internet]. 2016 [acesso em 2018 nov 30]; 18(35):145-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-99962016000100145&lng=en&nrm=iso.
47. Chaves L, Alves AC, Souza J, et al. Curso Participação popular, movimentos sociais e direito à saúde: uma experiência de educação popular em saúde na Bahia a partir do Mobiliza SUS. *Interface comun saúde educ* [internet]. 2015 [acesso em 2018 nov 30]; 18(supl2):1507-12. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/aps/resource/pt/lil-736394>.
 48. Pohlenz M, Coser K. O estudo do uso e ocupação irregular em áreas de preservação permanente urbanas. *Jus Brasil* [internet]. 2016 [acesso em 2018 nov 12]; 67(2). Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/47822/o-estudo-do-uso-e-ocupacao-irregular-em-areas-de-preservacao-permanente-urbanas>.
 49. Prado TASZ. Reurbanização da favela do Real Parque em São Paulo: um olhar sobre impactos e possibilidades do processo de reestruturação urbana [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017.
 50. Tobias R, O'Keefe M, Künzle R, et al. Early testing of new sanitation technology for urban slums: the case of the Blue diversion toilet. *Sci Total Environ* [internet]. 2017 [acesso em 2018 nov 30]; 576:264-72. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27788441>.
 51. Cançado TCL, Souza RS, Cardoso CBS. Trabalhando o conceito de vulnerabilidade social. In: *Anais do 19º Encontro Nacional de Estudos Populacionais*; 2014 Nov 24-28; São Pedro. São Paulo: ABEP; 2014.
 52. Carmo ME, Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2018 [acesso em 2018 nov 30]; 34(3):1-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000303001&lng=en&nrm=iso.
 53. Assumpção EA, Scharmm FR. Bioética e habitação: leitura ética sobre as ocupações urbanas no Rio de Janeiro. *Rev Bioé* [internet]. 2013 [acesso em 2018 nov 30]; 21(1):96-105. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n1/a11v21n1.pdf>.
 54. Coelho JS. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saúde Soc* [internet]. 2012 [acesso em 2018 nov 30]; 21(1):138-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/12.pdf>.
 55. Pervin A. Some Aspects of Community Empowerment and Resilience. *Space Cult, India* [internet]. 2015 [acesso em 2018 nov 30]; 3(1):103-6(4). Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?as_ylo=2014&q=empowerment+community+development&hl=pt-BR&as_sdt=0,5&as_vis=1.
 56. Gohn MG. Pluralidade da representação na América Latina. *Soc estado* [internet]. 2014 [acesso em 2018 nov 30]; 29(1):73-90. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922014000100005&lng=en&nrm=iso.
 57. Juliano MCC, Yunes MAM. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção da resiliência. *Ambient Soc* [internet]. 2014 [acesso em 2018 nov 30]; 17(3):135-54. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Maria_Yunes/publication/272090966_Reflexes_sobre_rede_de_apoio_social_como_mecanismo_de_proteo_e_promoo_de_resilincia/links/54da69f90cf2ba88a68d2f02.pdf.

Recebido em 18/07/2019
Aprovado em 08/04/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Do começo ao fim, caminhos que segui: itinações no cuidado paliativo oncológico

Paths I have followed, from the beginning to the end: iterations on oncologic palliative care

Dayse Maria de Vasconcelos Rodrigues¹, Ana Lúcia Abrahão², Fernando Lopes Tavares de Lima¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012505

RESUMO O objetivo desse estudo foi compreender a itinação de usuários com câncer em cuidados paliativos exclusivos pela rede de atenção à saúde, contemplando desde a suspeita diagnóstica até os cuidados paliativos exclusivos. Trata-se de pesquisa qualitativa, a partir de narrativas de vida de pacientes e familiares. Utilizaram-se seis entrevistas semiestruturadas e análise de conteúdo. Emergiram três categorias de análise: Caminhos pelo cuidado oncológico; Cuidados paliativos em oncologia: de mitos e tabus à realidade; e Autonomia e apoio social. Evidenciou-se uma multiplicidade de itinações na busca por cuidado, não seguindo diretamente os trajetos previamente definidos pelos gestores do sistema de saúde. Além disso, verificou-se a necessidade de estabelecer uma comunicação clara e efetiva com esses sujeitos, esforçando-se na desmistificação do câncer e dos cuidados paliativos. Deve-se aprender a olhar para esses cidadãos de forma a ultrapassar seu corpo adoecido, enxergando-os como pessoas reais, com seus desejos, sentidos, protagonismos, e capacidade de ressignificar a sua própria existência e a sua forma de se perceber e se posicionar perante o mundo.

PALAVRAS-CHAVE Tempo para o tratamento. Acesso aos serviços de saúde. Neoplasia. Cuidado paliativo.

ABSTRACT The objective of this study was to understand the iterations of users with cancer in exclusive palliative care by the health care network, contemplating the diagnostic suspicion until exclusive palliative care. It is qualitative research, based on the life narrative of patients and family members. Semi-structured interviews and content analysis were used. Three categories of analysis have emerged: Pathways to cancer care; Palliative care in oncology: from myths and taboos to reality; and Autonomy and social support. A multiplicity of iterations in the search for care was evidenced. It was verified that the course did not follow the paths previously defined by the managers of the health system. Besides, there was a need to establish clear and effective communication with these subjects, striving to demystify cancer and palliative care. One must learn to look at those subjects in a way to surpass their sick body, seeing them as real people, with their desires, senses, protagonisms, and capacity to re-signify their existence and their way of perceiving and positioning themselves before the world.

KEYWORDS Time-to-treatment. Health services accessibility. Neoplasm. Palliative care.

¹Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. flima@inca.gov.br

²Universidade Federal Fluminenses (UFF) – Niterói (RJ), Brasil.



Introdução

A Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) reconhece o câncer como um problema de saúde pública no País¹, sendo estimada a incidência de 600 mil casos para 2019². O cuidado oncológico demanda produção de um cuidado integral que inclui prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos de forma oportuna, permitindo a continuidade do cuidado¹.

Para qualificá-lo, é essencial conhecer as histórias de vida das pessoas acometidas pela doença e identificar a construção dos caminhos em busca do cuidado, o que se tem denominado itinerário terapêutico. Entendido como os movimentos desencadeados pelos indivíduos a partir de uma sucessão de acontecimentos e tomadas de decisões que visam à preservação ou à recuperação da saúde³, o itinerário inicia na busca pela primeira consulta.

Historicamente, a expressão ‘itinerário terapêutico’ começou com Mechanice e Volkart⁴. Eles compreendiam que o indivíduo orienta sua conduta para satisfazer suas necessidades de forma voluntária, racional e individualista, considerando o custo-benefício. Entretanto, a temática tem sido abordada de forma mais ampla, envolvendo questões que estão além da escolha individual, como, por exemplo, o nível socioeconômico⁵.

Estudar os itinerários serve como ferramenta de entendimento dos dispositivos de cuidados utilizados pelo usuário diante da enfermidade. Investigações apontam como os desfechos podem alterar a partir das escolhas do percurso por cuidado, sejam por profissionais, usuários e gestores⁶. Identificar como as pessoas adoecidas buscam auxílio para sanar suas necessidades é essencial para planejamento, organização e avaliação de serviços de saúde^{7,8}. Uma das formas de conhecer esse itinerário é recorrer à sua narrativa, por retratar a experiência da busca por cuidados de saúde⁹.

Bonet¹⁰, baseando-se em Tim Ingold, apresenta a alternativa de compreender esse

percurso como um processo denominado ‘itinerização’. Nele, o deslocamento dos usuários estrutura um caminho próprio, que geralmente não coincide com o planejamento dos gestores. Ao se movimentarem pelos serviços, os indivíduos tomam decisões e, com elas, vão construindo uma história. Assim, o objetivo no esquema Ingoldiano adaptado por Bonet¹⁰ é entender o movimento entre os diferentes pontos da malha social, isto é, a itinerização. Essa abordagem difere das demais por considerar a itinerização como um processo dinâmico e construído pelos agentes envolvidos e suas interações, o que nos faz considerar o próprio sistema de saúde como um processo em construção por diferentes agentes não limitados aos profissionais do setor saúde ou gestores.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi compreender a itinerização de usuários com câncer em cuidados paliativos exclusivos a partir de suas narrativas de vida.

Metodologia

Trata-se de pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, que proporciona uma melhor visão e compreensão do problema enfrentado¹¹. Selecionou-se a análise de narrativas como método, visando esclarecer como determinadas ações são projetadas e executadas pelo indivíduo e compreender os motivos que o levou a estas ações¹². Para Clandinin e Connely¹³, é ‘uma forma de entender a experiência’, resultando em uma coleta de histórias sobre o tema escolhido. As narrativas servem, nesse sentido, como base de reconhecimento dos movimentos desencadeados por indivíduos na preservação ou recuperação da saúde³.

O estudo foi realizado entre setembro e dezembro de 2018 no Hospital do Câncer IV (HCIV) do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca) no município do Rio de Janeiro. Diferentemente das demais unidades hospitalares do Inca, essa unidade se dedica integralmente aos

cuidados paliativos oncológico exclusivos. A partir de uma amostragem por conveniência e saturação teórica¹⁴, foram considerados elegíveis os pacientes e familiares em atendimento no HCIV, cientes da condição de cuidados paliativos exclusivos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, e que concordassem em participar da pesquisa. Dessa forma, quatro usuários em cuidados paliativos exclusivos (dois em assistência ambulatorial e dois em internação) e cinco familiares que participavam dos cuidados fizeram parte da investigação.

A produção e a coleta de dados foram feitas por entrevistas semiestruturadas, a partir de um roteiro com as seguintes questões norteadoras: ‘Como foi o processo para o diagnóstico do câncer?’; ‘Após a confirmação do diagnóstico, como foi o processo para iniciar o tratamento?’; ‘Como foi o processo de tratamento do câncer?’; ‘Como foi o processo de encaminhamento para os cuidados paliativos?’; ‘Pensando em todo esse percurso, como você compreende o cuidado que lhe foi prestado até esse momento?’. O pesquisador não ficou restrito ao roteiro e buscou aprofundar temas que surgiram das narrativas dos participantes, conforme indicação^{15,16}. As entrevistas foram gravadas e transcritas para análise de conteúdo temática descrita por Bardin¹⁷, a partir do conceito de itinações e malhas de Bonet¹⁰.

Na descrição dos resultados e discussão, optou-se por realizar, inicialmente, um breve extrato das quatro narrativas, visando possibilitar a compreensão a respeito de cada história individualmente. Posteriormente, foi realizada a análise de conteúdo temática das entrevistas em três categorias empíricas: Caminhos pelo cuidado oncológico; Cuidados paliativos em oncologia: de mitos e tabus à realidade; e Autonomia e apoio social.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Inca sob o número CAAE: 93134318.8.0000.5274; os nomes apresentados são fictícios para preservar a identidade dos participantes.

Resultados e discussão

Extrato das narrativas

As narrativas indicam que as itinações criadas, apesar de apresentarem pontos em comum relacionadas com a própria organização do sistema de saúde, possuem particularidades, evidenciando a necessidade de compreender o adoecer, buscando pela cura como algo singular e subjetivo do ser humano, conforme apontou Bonet¹⁰.

GILBERTO

Agente de limpeza urbana, 54 anos, casado e soropositivo para Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Diagnosticado com câncer de peritônio, está no Inca há um mês em cuidados paliativos exclusivos. É conhecido pela equipe pelas guirlandas que confecciona no espaço Curiosação, local destinado a atividades de artes para que pacientes e cuidadores saiam do confinamento do quarto. Encontrava-se internado, mas ativo e participativo das atividades.

Começou sua itinação na rede privada em fevereiro de 2017, após crescimento ‘anormal’ da barriga. Procurou cuidados médicos e foi diagnosticado com ascite difusa. Depois de realizada biópsia, foi confirmado o diagnóstico de câncer. Fez o tratamento por um ano sem resultados satisfatórios. Foi, então, encaminhado à rede pública, sendo regulado pela Clínica da Família (CF) do seu território. Em outubro de 2018, deu entrada no Inca, sendo prontamente indicado para o cuidado paliativo exclusivo no HCIV devido ao estadiamento da doença.

CAETANO

Solteiro, 51 anos, morador de Duque de Caxias. Possui ensino fundamental incompleto, trabalhava de ‘bicos’, portador de paraplegia há 30 anos por perfuração por arma de fogo. Por demonstrar dificuldade em expressar total entendimento sobre sua condição clínica, a

entrevista foi realizada, sob seu consentimento, com a sua irmã, cuidadora principal.

Sua itinerância teve início na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), a partir do surgimento de ‘cisto nas nádegas’. Foi medicado e encaminhado para a CF, que tratou a lesão com trocas de curativos. Sem apresentar melhora, buscou assistência médica na emergência de um hospital geral do Rio de Janeiro, ficando por cinco dias. Foi transferido para o hospital geral próximo à sua residência, onde permaneceu sete meses tratando a lesão como se fosse uma escara, sem diagnóstico de câncer.

Devido à ineficácia do tratamento, foi encaminhado para uma clínica de dermatologia de um terceiro hospital geral, que sugeriu à família uma avaliação oncológica. Em novembro de 2018, foi diagnosticado com câncer de pele do períneo em região sacra, sendo encaminhado ao Inca. Na primeira consulta, foi encaminhado ao HCIV para iniciar os cuidados paliativos exclusivos devido ao estadiamento da doença. Encontrava-se internado nesta unidade.

MILTON

Homem, 58 anos, separado, uma filha, morador do bairro de Bangu, ensino fundamental incompleto e ajudante de caminhão. Devido à dificuldade de comunicação, foi dada, com seu consentimento, voz à filha e à irmã.

O início da itinerância se deu por queixa de dor de dente, tratada em três consultas médicas como simples inflamação. Diante da não resolução, a família o inscreveu na CF de seu território, que o encaminhou para o Centro de Especialidades Odontológicas, onde realizou a biópsia e diagnosticou um câncer bucal. Em agosto de 2018, foi encaminhado e, após um mês, matriculado no Inca. Devido ao estado avançado da doença, foi encaminhado para cuidados paliativos exclusivos no HCIV, onde se encontra em cuidados ambulatoriais.

ELIS

Solteira, 50 anos, uma filha adotiva, moradora

do bairro de Piedade. Possui ensino fundamental completo e trabalhava como babá e cuidadora de idosos. Demonstrou interesse em manter um rico diálogo, não se restringendo em falar de si. Uma sobrinha, que a tem acompanhando, também participou da entrevista. Evidenciou-se que a família participa do cuidado de forma ativa, o que, em certos momentos, gera incômodo na usuária, que afirma ter perdido sua liberdade.

Relatou usar os serviços públicos continuamente por meio da CF, realizando seus exames preventivos. Em 2015, com queixa de sangramento intenso e aumento da barriga, fez alguns exames, sendo identificada a necessidade de retirada de um mioma, realizada em um hospital geral do Rio de Janeiro. Durante a cirurgia, levantou-se a hipótese de haver um câncer associado ao mioma, sendo então realizada biópsia.

Em maio de 2015, após confirmação diagnóstica de câncer de endométrio, foi encaminhada ao Inca, realizando cirurgia para remoção do tumor, seguida de tratamento radioterápico e quimioterápico. Apesar do tratamento, teve progressão da doença e um quadro de trombose, sendo encaminhada para os cuidados paliativos exclusivos em julho de 2018, nos quais se encontra em assistência ambulatorial.

Análise do conteúdo

CAMINHOS PELO CUIDADO ONCOLÓGICO

Descrever a busca por cuidado é tarefa complexa, devido às concepções sobre a doença e os diferentes contextos que levam as pessoas a construir seus percursos¹⁸. Porém, tais caminhos não são simplesmente resultado de escolhas pessoais. Outras questões interferem nesse processo, como a disponibilidade da assistência médica, capacidade financeira, resultado do tratamento popular e os modos como as pessoas percebem o problema¹⁹.

Bonet¹⁰ sugere que toda busca por saúde é construída a partir de processos abertos, em

permanente fluxo e propenso a improvisações criativas pelos sujeitos envolvidos. Conforme afirma Ingold²⁰, esse improvisar é seguir os modos do mundo à medida que eles se desenrolam, e não conectar em retrospecto, em uma série de pontos já percorridos.

O adoecimento mobiliza diferentes alternativas de escolha terapêutica, sejam informais, populares ou profissionais, escolhidas em função das disponibilidades e explicações culturalmente aceitas²¹. Portanto, esse caminhar não se forma apenas por caminhos predefinidos, mas por uma rede viva, mutante e flexível, indo, muitas vezes, no sentido oposto das estruturas rígidas oferecidas pelos serviços de saúde. A rede, portanto, não é fechada, impermeável, e, sim, um agrupamento de linhas fortemente unificadas, com alguns pontos em aberto, que se agrupam com outras linhas de outros agrupamentos²². Assim, apesar das redes construídas previamente ao adoecimento terem interferido nas itinações, novas conexões reestruturaram essas redes.

Cheguei aqui, Deus ajudou. Eu conhecia uma pessoa, minha irmã também... enfermeira de lá mesmo, que ajudou a gente. Aí, outras pessoas também, que é 'grandão'... aí foi, consegui ficar aqui. (Caso Caetano).

De forma geral, os caminhos trilhados refletiram as formas de regulação do acesso definidas pelo gestor, seguindo a lógica de serviços apoiada na hierarquização da doença. Entretanto, analisando-se as particularidades dos casos, observou-se que as itinações foram mais complexas do que as previstas pela regulação formal, que deve ser compreendida apenas como uma das lógicas regulatórias, havendo ainda a regulação profissional, a clientelístico-eleitoreira e a leiga²³. Neste estudo, essas formas se apresentaram simultaneamente, caracterizando a complexidade das itinações em busca do cuidado oncológico em uma rede viva ainda em organização. A construção de redes vivas ressalta que os usuários, enquanto redes de existências,

produzem-se a partir dos contatos que são gerados com o mundo, constituindo certas formas éticas existenciais e modos de conduzir, por si, a produção de cuidado, disputando em tempo integral com as diferentes lógicas de existir impostas pelas instituições²⁴.

As itinações foram demarcadas por barreiras de acesso ao tratamento, que se apresentaram desde antes de estabelecido o diagnóstico e permaneceram até a data da entrevista. Essas barreiras contribuem para o acirramento da “tensão entre o usuário-fabricado e usuário-fabricador”²³. Pela primeira lógica, os usuários são vistos como alvo de estratégias de disciplinamento, e seu fluxo pelo sistema de saúde é normatizado pelos gestores. O que corre por fora desse fluxo seria uma disfunção a ser corrigida. Porém, precisamos reconhecer que as pessoas ‘transgridem a regra’ o tempo todo, emergindo a figura viva do usuário-fabricador²³.

Eu estava sentindo, assim, estranho. Meu irmão só com antibiótico e cheirando mal. Aí, eu falei – meu irmão não vai pra casa não e nem pra abrigo – meu irmão não é morador de rua – só vou tirar ele daqui quando eu souber o que é que ele tem. (Caso Caetano).

Percebe-se a necessidade de movimentos de construção e reconstrução do caminhar, tornando os sujeitos andarilhos por saúde, que percorrerem caminhos sem destino certo e nada lineares. Skaba²⁵, em 2003, identificou que usuárias com câncer de mama tiveram trajetos penosos para iniciarem o tratamento. Uma das usuárias peregrinou por dois anos em seis serviços de saúde, sem definição para seu tratamento. Infelizmente, essa situação ainda é comum.

Sabe-se que, formalmente, a atenção básica é o primeiro contato dos usuários com a rede e coordena o caminhar pelos outros pontos de atenção. Os primeiros sinais e sintomas devem ser identificados nesse nível de atenção, que solicita exames para comprovação diagnóstica¹. Porém, a ideia de porta de entrada única

é inconsistente com o modelo que pretende realizar a integralidade das ações individuais e coletivas em sua plenitude^{26,27}.

Eu estava no particular, porque eu passava mal em casa e corria para o particular, porque a CF não atende coisa assim, é só consulta ou remédio [...] só que chegando no particular, eles me falaram que não podiam fazer nada, pois o câncer já estava muito espalhado...eles falaram que eu tinha que vir para o hospital do câncer mesmo. [...] fui para CF e eles falaram que não gostavam de atender, porque tinha um particular interferindo. (Caso Gilberto).

A escolha em utilizar, inicialmente, o setor privado parte da crença de que o cuidado se dá mais rapidamente. Porém, segundo a percepção do usuário, isso resultou em um fator dificultador na continuidade do cuidado, haja vista os limites da integração entre os setores privado e público. Mesmo já estando em tratamento oncológico, o participante precisou ter o diagnóstico confirmado na CF para poder ser encaminhado ao centro de referência, o que pode ter aumentado o tempo para tratamento.

Além das condições objetivas de sobrevivência, a compreensão do processo de adoecimento e cura é influenciada pelos paradigmas que regem a saúde e a doença²⁸. Segundo Foucault²⁹, o corpo é um texto com possibilidades para inúmeras leituras. Esse corpo adoecido é capaz de emitir significados tanto para o doente, quanto para o médico. Este, a partir da racionalização biomédica, observa o corpo como uma máquina que, ao apresentar avaria, deve ser consertada. Esse olhar fragmentado faz com que ele perca de vista o doente e a inter-relação sociocultural, psicossocial e espiritual que permeia qualquer doença³⁰.

A gente pensava que era dor de dente. Ia no médico, comprava remédio e tomava para desinflamar o dente. Melhorava e depois voltava. [...] Só tratava como dente inflamado [...] começou como se fosse uma espinha que foi se alastrando, só que muito rápido e foi ficando assim, foi abrindo e estourou e agora está até na língua dele. (Caso Milton).

Independentemente de como é feita e em que momento é realizada a busca por cuidado, tem-se sempre que se atentar a olhar o indivíduo além do corpo adoecido. Vê-lo e reconhecê-lo como corpo vivo situado no mundo de suas experiências vividas que devem ser valorizadas. Nos cuidados paliativos, esse cuidar visa compreender todas as necessidades do indivíduo, dentro dos seus limites possíveis, considerando-o sempre como um ser integral³¹.

A partir da análise de narrativas, compreende-se que a complexidade das itinerâncias ultrapassam a norma estabelecida. No cotidiano, o cidadão encontra barreiras que dificultam o acesso: disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica; disponibilidade e qualidade da força de trabalho; barreiras tecnológicas; mecanismos de financiamento; e o próprio modelo assistencial³².

CUIDADO PALIATIVO EM ONCOLOGIA: DE MITOS E TABUS À REALIDADE

O câncer é carregado de mitos e tabus, em um contexto histórico construído sobre o medo e o futuro incerto e frágil. Os principais sintomas são tidos como tipicamente invisíveis até o último estágio, quando o prognóstico não é favorável. Não raro, é descoberto por acaso, em estágio avançado, sem ter qualquer sintoma anterior³².

Eles falaram primeiro para elas [apontando para sobrinha e fazendo referência também as irmãs]. Elas se desesperam mais do que eu. Eu não fiquei desesperada, porque tenho certeza que papai do céu vai mandar a vitória, eu creio. (Caso Elis).

A dificuldade do diagnóstico precoce, a despeito de todo o progresso dos tratamentos, reforça o mito do câncer como doença incurável, equivalendo a uma sentença de morte no imaginário popular³³. Ter a confirmação diagnóstica faz com que o indivíduo inicie um conflito interno na tentativa de entender as

razões para seu adoecimento: seria ‘doença-maldição’ ou ‘doença-punição’?

Na doença-maldição, a doença é vista como um acidente, uma fatalidade, uma injustiça. No caso da doença-punição, o adoecimento é visto como uma consequência necessária que o próprio indivíduo ou grupo provocou³⁴.

Ele nunca ficou doente e por isso não ia ao médico. A primeira vez foi essa. Só foi para ver isso porque o tumor estava ficando cada vez maior e ele não podia mais esconder [...] só estava eu, e aí ela [médica] falou para mim que estava muito avançado, falou que ele não tinha mais cura [...] ele não iria se curar, porque não iria ter jeito, ia morrer disso. (Caso Milton).

Se o câncer é carregado de mitos e tabus sobre a finitude, nos cuidados paliativos isso se amplia. Por isso, é necessário desmitificar o que é falado ou esperado dessa modalidade de cuidado. Tanto para a Organização Mundial da Saúde quanto para o Ministério da Saúde, os cuidados paliativos são uma abordagem multidisciplinar que objetiva a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e familiares perante uma doença fatal, mediante prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais^{35,36}. Devem ser centrados no indivíduo, e não em sua doença; iniciados desde o diagnóstico, passando pelo tratamento curativo, até o momento em que a possibilidade de cura é nula³⁶.

De fato, como uma nova forma de gestão da morte, os cuidados paliativos têm-se constituído como uma nova medicina, apresentando uma dimensão crítica à fragmentação de seu olhar no processo de cuidado dos pacientes e familiares³⁷. Porém, apesar dos princípios dos cuidados paliativos estarem bem estabelecidos, o medo da morte é reforçado nessa modalidade de cuidado. Identificou-se que muito do medo associado aos cuidados paliativos deu-se pela forma de como é feita a transição do tratamento curativo para paliativo.

[...] ele veio para cá [HCIV] porque lá no outro Inca só fica quem opera e trata. Encaminharam para cá, porque a doença dele está avançada e não tem mais recurso. Aqui é para acompanhar nas dores, nos vômitos, se tiver falta de ar [...] e tem também o acompanhamento com a família. [...] Fui na enfermeira de lá, entrei sem ele e ela começou dizendo que aqui [HCIV] o procedimento era para dar apoio, suporte para família e que a questão da dor ia ser resolvida. E ela foi bem atenciosa. Eu entendi que aqui vão tentar dar um conforto a ele. (Caso Milton).

A narrativa reforça a importância em considerar a compreensão dos envolvidos na produção desse cuidado. Ajuda refletir como, na mesma instituição, podem existir modelos de cuidado diferentes, porém produzidos com a mesma intencionalidade, que é assistir o usuário em seu processo de adoecimento. Além disso, destaca-se, nessa narrativa, o reforço da dicotomia entre curativo-paliativo na fala de um profissional. A existência de um Inca que cura e outro que cuida faz com que o curar pareça estar afastado do cuidar, o que é, no mínimo, contraditório. Diante desse cenário, é importante encontrar maneiras para romper essa dicotomia e produzir um cuidado integral, ultrapassando o modelo tecnicista biomédico e fortalecendo o acolhimento, a criação dos vínculos e a escuta ativa do sujeito.

Além do que é dito, também há um efeito do que não é dito aos usuários e seus familiares sobre câncer e cuidados paliativos na perpetuação ou dissolução de mitos e tabus. Sontag³³ destacou que alguns profissionais (e familiares) consideram melhor poupar as pessoas fadadas à morte da informação de que estão a morrer, acreditando que a verdade seria insuportável. Segundo a autora, na França e na Itália, é regra entre médicos comunicar o diagnóstico de câncer à família do paciente, mas não a ele. Parece que no Brasil, mesmo que informalmente, também o é.

Aí, ele [paciente] falou para mim...O que é que é o Inca? Se eu tiver com alguma coisa me fale [...]

não tive coragem de falar para ele. [...] ele não sabe nada – Meu Deus, meu irmão está sofrendo muito. Os médicos viram que ele é muito sensível e por isso me pediram para eu não falar nada para ele. (Caso Caetano).

Essa conspiração de silêncio construída por profissionais e familiares ao redor do usuário com câncer em processo de finitude vem na tentativa de evitar a ideia da morte, afastando-a tanto quanto possível, reprimindo a ideia indesejada ou assumindo uma crença inabalável em nossa própria imortalidade³⁸. Isso faz com que essa enfermidade continue sendo tratada como um predador invisível e maligno, e não só como uma doença. A solução não pode estar em deixar de contar a verdade, mas em retificar o conceito da doença, desmistificá-la³³.

A médica falou para mim que o câncer estava muito avançado, que ela ia encaminhar para o HCIV e que lá a enfermeira iria me explicar [o porquê do encaminhamento]. (Caso Milton).

A estratégia de falar pouco, ou quase nada, sobre a situação de adoecimento, terceirizando a comunicação pela má notícia para outras pessoas, apenas evidencia um certo despreparo, desconhecimento, desinteresse ou até falta de empatia, o que, de uma forma ou de outra, pode produzir indiretamente um descuido a esse indivíduo³⁹.

A morte é provocadora de incômodos, e a maneira de olhá-la depende do momento, da cultura e dos sentidos dados a ela⁴⁰. Na cultura ocidental contemporânea, mesmo sabendo que não poderemos evitá-la, ainda consideramos um tabu conversar sobre ela⁴⁰. No processo de cuidado, principalmente de pacientes em cuidados paliativos exclusivos, é necessário manter o diálogo aberto, falar sobre tudo que é de direito do sujeito e tudo que ele deseja saber.

AUTONOMIA E APOIO SOCIAL

O câncer e seu tratamento afetam a qualidade de vida de pacientes e familiares. Além da dor

e de outros desconfortos físicos, tem impacto da ordem psicossocial, que são ampliados pela precariedade do sistema de proteção social no Brasil. Acarreta, assim, uma importante mudança de vida, com a perda da autonomia destacada pelos participantes.

Meu pai sempre trabalhou, ele nunca dependeu de ajuda de ninguém e agora está dependendo até para troca de roupa, tomar banho, comer. [...] fiquei perguntando se ele estava com dor, pedindo para ele balançar cabeça que sim ou que não e ele respondia que não. Mas ele queria mostrar para mim um lencinho para eu poder comprar e ele usar. Estava querendo explicar e eu não conseguia entender. Então teve uma hora que ele levantou com raiva e soltou a sonda, e a dieta derramou e sujou tudo lá e ele não quis comer mais e nem ficar lá na salinha. (Caso Milton).

Esse sujeito, ao se ver doente, percebe-se limitado, tanto economicamente quanto fisicamente. Essas limitações colocam em causa um dos pilares básicos para a sua atribuição de sentido existencial, que é sua autonomia, seu ser no mundo, sua liberdade de agir, decidir sobre sua vida e suas escolhas, isto é, sua itinerância.

Destacou-se também, diante dessa vulnerabilidade na autonomia, a importância do apoio social ao sujeito com câncer em cuidados paliativos exclusivos para desenvolver conforto, segurança, carinho. Nesse sentido, a família torna-se parte do processo terapêutico⁴¹. Por outro lado, verificou-se que a família, apesar do apoio dado ao paciente, pode se posicionar de forma paternalista, passando a tomar decisões que o privam do exercício da autonomia, apropriando-se, de forma involuntária, do corpo e dos desejos do outro.

Uma coisa que me incomoda muito desde que fiquei assim é a família. Ela é maravilhosa, mas desde que fiquei doente eu perdi a minha liberdade de fazer as coisas do meu jeito e na hora que eu gosto [...] eles querem mandar nos meus horários de dormir, acordar, comer [...] isso me deixa triste demais. Para mim é pior do que ficar doente do jeito que

estou [...] eu digo que não quero tal coisa, mas aí decidem por mim e isso me deixa triste [...] eu só queria que entendessem que minhas prioridades mudaram e não estou no momento de me aborrecer por coisas tão pequenas. Queria que entendam que eu que agradeço muito o cuidado que têm para mim, mas que preciso ser ouvida e isso me deixa depressiva. (Caso Elis).

O cuidado não pode estar focado exclusivamente na doença e na busca pela cura⁴². Quando focamos o olhar para as pessoas em cuidados paliativos exclusivos, devemos nos ater a olhá-las e reconhecê-las como sujeito, corpo vivo situado no mundo de suas experiências, valorizando-as, e não as ignorando. Reconhecer que cada ação desse sujeito possui sentido e intencionalidade, não podendo ser vista com desprezo. Deve-se preservá-lo como sujeito autônomo, mesmo limitado pela doença, porém capaz de decidir sobre sua itinação.

Além dos efeitos diretos na vida do usuário, o processo de adoecimento por câncer interfere diretamente no cotidiano da rede social de suporte. Sofrimentos de diversas dimensões acometem tanto os portadores da doença como seus familiares e cuidadores. Entender o impacto do câncer nos indivíduos é essencial para estabelecer estratégias para enfrentar os problemas e para adaptar-se a essas mudanças.

Tive que me mudar correndo, porque falaram que iam dar alta para ele. Tive que me mudar para uma casa perto dele, porque queriam mandar ele para casa e como ele mora só e só tenho eu de irmã. (Caso Caetano).

O indivíduo em cuidado paliativo oncológico transita por dois locais distintos: 1) o hospital, nos momentos em que precisa controlar alguns sintomas, como dor, vômito ou hemorragias; e 2) sua casa, o que é mais desejado, pois é no lar que normalmente sentem-se mais seguros, tranquilos, pelo aconchego do ambiente familiar e pela liberdade para o cuidado nesse processo de finitude. Nos dois

ambientes, os familiares precisam fazer rearranjos para conseguir participar do cuidado. Isso não significa algo fácil e tranquilo devido à complexidade desse cuidado tão específico. No entanto, ao se ver diante dessa nova maneira de viver e participar do cotidiano de seu ente querido, esses familiares enfrentam momentos de sofrimento, tendo suas vidas modificadas e afetadas pela proximidade da morte⁴³. Na complexidade da assistência paliativa, cada ator (profissionais, pacientes e familiares) deve incorporar um papel e desempenhá-lo adequadamente para a produção coletiva da 'boa morte'³⁷.

Todavia, há aqueles que são e estão próximos do sujeito em processo de finitude e que, muitas vezes, não têm capacidade emocional de apoiá-lo e confortá-lo. Aham difícil apertar a mão ou acariciá-lo, proporcionar-lhe uma sensação de proteção e pertencimento. Muito disso é devido ao impacto que a visão de uma pessoa moribunda é capaz de produzir no outro, abalando as fantasias defensivas que as pessoas constroem como uma muralha contra a ideia de sua própria morte³⁸. Isso amplifica o sentimento de solidão desses pacientes.

Não tive filho, criei meus irmãos carregando peso na feira, fazia faxina, fazia tudo para ajudar, desde os oito anos. Tenho sobrinhos, só que é aquela história [...] as vezes a gente ajuda muitas pessoas, aí bate um vazio, porque não tem aquilo de ficar aqui comigo, pelo menos para vir visitar às vezes. Calha até de ligar para mim, mas não vem para visitar. (Caso Gilberto).

As vivências e os sentimentos, tanto do doente como da família, traduzem-se em preocupação, medo da morte, tristeza, dor, sentimento de impotência, negação e raiva. Existe uma nova situação imposta, com a qual terão que lidar, a despeito de tudo. Esses familiares, estão literalmente em sofrimento pela eminência da morte, tal como o próprio doente, pois estão fragilizados e sofrem com a angústia da separação. Além disso, mesmo diante de sua situação, o indivíduo adoecido se vê, muitas vezes, responsável em organizar a

vida daqueles que fazem parte do seu convívio familiar, para que a dor da sua partida seja um pouco menos dolorosa para os que ficam.

Eu me preocupo muito, já falei com a esposa se acontecer algo, o que ela tem de fazer e para isso já deixei procuração para ela se cuidar e cuidar de tudo. (Caso Gilberto).

Eu moro com minha filha do coração e vivo um dia de cada vez, na expectativa e na ansiedade da formatura da minha menina. [...] ela não quer nem ouvir quando eu comento que caso aconteça algo eu vou estar com ela naquele momento [...] ela fala que nem posso fazer isso com ela, então só me resta esperar meu milagre e estar lá na formatura da minha menina. (Caso Elis).

O apoio social tem tomado grande importância nos cuidados paliativos, sendo considerado como uma de suas tríades, juntamente com a comunicação eficaz e o controle dos sintomas; pois, estar doente e ver os nossos familiares preocupados, em sofrimento ou em dificuldade, não contribui para a serenidade⁴⁴. Isso gera um peso suplementar que não pode ser menosprezado. Se perceberem que a família está apoiada, esse sofrimento é atenuado.

Considerações finais

O presente estudo apresentou uma multiplicidade de itinações de usuários em cuidados paliativos oncológicos exclusivos e seus familiares na busca por cuidado. Verificou-se que o caminhar pela rede de atenção não seguiu os trajetos previamente definidos pelos gestores do sistema de saúde, haja vista que nem sempre a rede posta é a rede que absorve, acolhe ou é resolutiva.

Identificaram-se dificuldades quanto ao diagnóstico pelos profissionais nos diferentes espaços da rede de atenção à saúde, o que pode ter levado à chegada tardia dos usuários na unidade de tratamento do câncer. Redes informais dos usuários e dos profissionais, sejam previamente ou recém-construídas, direcionaram os caminhos do cuidado.

Como limitação do estudo, podemos destacar a restrição do número de participantes e do cenário de pesquisa, o que apresenta dificuldades para generalização dos resultados para outras realidades.

Diante das narrativas apresentadas, portanto, verifica-se a necessidade de estabelecer uma comunicação clara e efetiva com esses sujeitos, esforçando-se na desmistificação do câncer e dos cuidados paliativos. Deve-se aprender a olhar para esses sujeitos de forma a ultrapassar seu corpo adoecido, enxergando-os como pessoas reais, com seus desejos, sentidos, protagonismos, e capacidade de ressignificar a sua própria existência e a sua forma de se perceber e se posicionar perante o mundo, nesse momento tão singular no qual continuam a construir sua itinação pela vida.

Colaboradores

Rodrigues DMV (0000-0003-3046-4589)* contribuiu para concepção e planejamento do estudo, coleta dos dados, análise e interpretação dos dados e elaboração do manuscrito. Abrahão AL (0000-0002-0820-4329) * e Lima FLT (0000-0002-8618-7608)* contribuíram para a coleta dos dados contribuiu para concepção e planejamento do estudo, análise e interpretação dos dados e revisão do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 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) [internet]. Diário Oficial da União. 17 Maio 2013. [acesso em 2020 abr 6]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2017.
3. Cabral ALLV, Martinez-Hemáez A, Andrade EIG, et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(11):4433-4442.
4. Mechanic D, Volkart EH. Stress, illness behavior, and the sick role. *Am. Sociol. Rev.* 1961; 26(1):51-58.
5. Oliveira EXG, Melo ECP, Pinheiro RS, et al. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(2):317-326.
6. Hadad ACAC, Jorge AO, Melo EM. A construção de redes vivas no percurso de usuários e familiares, vítimas de trauma, em sua trajetória na busca pelo cuidado. *Rev. méd. Minas Gerais.* 2016; 26(supl8):S107-S111.
7. Silva LMV, Formigli VLA, Cerqueira MP, et al. O processo de distritalização e a utilização de serviços de saúde - avaliação do caso de Pau da Lima, Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 1995; 11(1):72-84.
8. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev. panam. salud pública.* 2002; 11(5/6):365-373.
9. Ferreira DC, Silva GA. Caminhos do cuidado: itinerários de pessoas que convivem com HIV. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(11):3087-3098.
10. Bonet O. Itinações e malhas para pensar os itinerários de cuidado. A propósito de Tim Ingold. *Sociol. Antropol.* 2014; 4(2):327-350.
11. Malhortra NK, Rocha I, Laudisio MC, et al. Introdução a pesquisa de marketing. São Paulo: Pearson; 2012.
12. Weller W, Zardo SP. Entrevista narrativa com especialistas: aportes metodológicos e exemplificação. *Rev. Faecba: Educ. Contemp.* 2013; 22(40):131-143.
13. Clandinin DJ, Connelly FM. Narrative inquiry: experience and story in qualitative research. San Francisco: Jossey-Bass; 2000.
14. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(2):388-394.
15. Cruz Neto O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MCS. *Pesquisa Social: teoria, métodos e criatividade.* 21. ed. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 51-66.
16. Muylaert CJ, Sarubbi Jr V, Gallo PR, et al. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2014; 48(esp2):184-189.
17. Bardin L. *Análise de Conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2011.
18. Silva NEK, Figueiredo WS, Sancho LG. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(3):843-852.
19. Helman CG. *Cultura, saúde e doença.* 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2003.
20. Ingold T. *Ambientes para la vida: Conversaciones sobre humanidad, conocimiento y antropología.* Montevideo: Trilce; 2012.

21. Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(11):2449-2463.
22. Ingold T. *Being alive: essays on movement, knowledge and description*. Londres: Routledge; 2011.
23. Cecílio OCL. Escolhas para Inovarmos na Produção do Cuidado, das Práticas e do Conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? *Saúde Soc*. 2012; 21(2):280-289.
24. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulg. saúde debate*. 2014; (52):146-152.
25. Skaba MMVF. Compreendendo a trajetória de mulheres em busca do diagnóstico e tratamento do câncer de mama: uma perspectiva socioantropológica [tese]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
26. Mehry EE, Chakkour M, Stéfano E, et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 113-150.
27. Cecílio OCL. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006. p. 115-128.
28. Silva JLL. O processo saúde-doença e importância para a promoção da saúde. *Informe-se em promoção da saúde*. 2006; 2(1):03-05.
29. Foucault M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1998.
30. Minayo MCS. Saúde-doença: uma concepção popular da Etiologia. *Cad. Saúde Pública*. 1988; 4(4):363-381.
31. Floriani CA, Schramm FR. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. *Ciênc. Saúde Colet*. 2008; 13(supl2):2123-2132.
32. Viacava F, Travassos C, Oliveira EXG. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc. Saúde Colet*. 2006; 11(4):975-986.
33. Sontag S. *Doença como metáfora: Aids e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras; 2007.
34. Laplantine F. *Antropologia da Doença*. 4. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2010.
35. World Health Association: definition of Palliative Care [internet]. [acesso em 2018 ago 5]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
36. Brasil. Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite. Resolução MS/CIT nº41 de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde [internet]. *Diário Oficial da União*. 23 Nov 2018. [acesso em 2020 abr 6]. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia//asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710.
37. Menezes, R. A. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
38. Elias N. *A solidão dos moribundos: seguido de envelhecer e morrer*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2012.
39. Barbero J. *El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar*. *Anales Sis. San. Navarra*. 2006; 29(supl3):19-27.
40. Chagas SM. *Chamei a morte para a roda ela quis dançar ciranda, mudança: estudo descritivo do processo de cuidar diante da finitude* [tese]. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2016.

41. Jardim DMB, Bernardes RM, Campos ACV, et al. Cuidar de pacientes terminais: experiência de acadêmicos de enfermagem durante estágio curricular. *Rev. baiana saúde pública*. 2011; 34(4):796-809.
 42. Merleau-Ponty M. *O visível e o invisível*. 3. ed. São Paulo: Perspectiva; 1999.
 43. Oliveira SG, Quintana AM, Budó MLD, et al. O enfrentamento da terminalidade pelos cuidadores familiares durante a internação domiciliar. *RENE*. 2013;14(3):406-409.
 44. Hesbeen W. *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Lusociência: Lores; 2001.
-
- Recebido em 27/05/2019
Aprovado em 13/01/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Tendências da mortalidade por câncer de colo no Brasil em 5 anos (2012-2016)

Trends in cervical cancer mortality in Brazil in 5 years (2012-2016)

Blenda Tallon¹, Denise Monteiro^{1,2}, Leila Soares², Nádia Rodrigues^{2,3} Flavio Morgado¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012506

RESUMO O câncer do colo uterino é uma importante causa de morte no Brasil. O objetivo deste estudo é avaliar a mortalidade por esse câncer na população brasileira, entre 2012 e 2016, conhecendo a mortalidade nos grupos etários e nas diferentes regiões. Foi realizado um estudo de corte transversal descritivo. Os dados foram obtidos pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade. Entre 2012 e 2016, o total de óbitos por câncer do colo do útero foi de 27.716 casos. A taxa de mortalidade específica para o Brasil passou de 6,86 para 7,18. O crescimento do coeficiente de mortalidade foi de 4,6%. Nas mulheres abaixo de 25 anos, observaram-se 189 mortes, o que equivale a 0,68% do total. Entre 25 e 64 anos, houve 18.574 óbitos (67,02%), e 8.950 mortes no grupo acima de 64 anos (32,29%). O maior percentual de óbitos ocorreu na faixa etária de 50-54 anos. A região Norte apresentou os maiores índices de óbitos e taxas de mortalidade, e o Sul o maior índice de crescimento. A mortalidade por câncer do colo uterino no Brasil apresentou crescimento durante os anos observados, com mais óbitos entre 50-54 anos. A região Sul apresentou o maior crescimento nas taxas de mortalidade.

PALAVRAS-CHAVE Neoplasias do colo do útero. Neoplasmas. Mortalidade.

ABSTRACT Cervical cancer is an important cause of death in Brazil. The aim of this study is to find out the mortality rate due to this cancer in the female population, between 2012 and 2016, knowing the mortality in the age groups and in the different regions. A descriptive cross-sectional study was carried out. Data were obtained using the Mortality Information System. Between 2012 and 2016, the total number of deaths due to cervical cancer was 27.716 cases. The specific mortality rate for Brazil went from 6,86 to 7,18. The growth of the mortality coefficient was 4.6%. In women under 25 years of age, 189 deaths were observed, equivalent to 0.68% of the total. Between 25 and 64 years, there were 18.574 deaths (67.02%) and 8.950 deaths in the group over 64 years (32.29%). The highest percentage of deaths occurred in the 50-54 age group. The North region had the highest death rates, and the South, the highest growth rate. Cervical cancer mortality in Brazil increased during the years observed, with more deaths between 50-54 years. The South region showed the highest growth in mortality rates.

KEYWORDS Uterine cervical neoplasms. Neoplasms. Mortality.

¹Centro Universitário Serra dos Órgãos (Unifeso) – Teresópolis (RJ), Brasil.

²Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. lcs1507@yahoo.com.br

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

No *ranking* das causas de câncer na população feminina do Brasil, o câncer do colo do útero se encontra na terceira posição, não considerando o câncer de pele não melanoma, ficando atrás apenas do câncer de mama e do câncer colorretal. No que se refere à mortalidade por câncer no País, essa neoplasia ocupa a quarta posição entre as mulheres¹.

O câncer do colo do útero é o quarto mais incidente na população feminina mundial, com aproximadamente 530.000 casos novos por ano no mundo, e também é o quarto com relação à mortalidade^{2,3}. A estimativa para 2018 era de 311.365 mortes em todo o mundo³. As áreas com menores níveis de desenvolvimento possuem as maiores taxas de incidência^{4,5}.

A imensa maioria dos casos de câncer do colo do útero está relacionada com a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV)⁶. Existem vários tipos de HPV. Entre os oncogênicos, destacam-se o 16 e o 18, responsáveis por 60% e 15% dos casos de câncer do colo uterino, respectivamente⁷. A infecção por esse vírus é a mais frequente infecção sexualmente transmissível no mundo, e a maioria da população sexualmente ativa terá contato com o agente em algum momento da vida⁸. Para o desenvolvimento das lesões precursoras e do próprio câncer de colo uterino é necessário o desenvolvimento da infecção persistente^{1,7}. Outros fatores de risco influenciam essa evolução, como a idade acima de 30 anos, na qual a persistência é mais frequente⁷.

A prevenção primária consiste na diminuição do contágio do HPV pelo uso de preservativos e pela vacinação. A prevenção secundária tem como estratégia o rastreamento e o diagnóstico precoce, medidas essas fundamentais para que a chance de cura seja de 100% nas fases iniciais¹.

O rastreamento é realizado com o exame citopatológico, que contribui para a redução das taxas de incidência e mortalidade da doença^{4,9}. A melhora de tais indicadores não tem sido observada nos países com

baixo desenvolvimento econômico, refletindo as dificuldades no acesso à saúde⁴. Quanto mais alta for a cobertura e quanto mais organizado for o programa de rastreio, maior será a efetividade^{7,9}. Em países que alcançam cobertura maior que 70%, a taxa de mortalidade é baixa (menor ou igual a dois óbitos por 100 mil mulheres por ano). Segundo as Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero, o rastreamento deve ser realizado em mulheres com idade entre 25 e 64 anos, e, após dois exames anuais sem alterações, pode ser realizado a cada três anos⁹.

A vacina quadrivalente contra o HPV foi introduzida no Programa Nacional de Imunização no Brasil, em 2014. A baixa captação ocorrida foi atribuída ao medo de reações adversas, hesitação da vacina pelos pais e desafios logísticos¹⁰. Além disso, o Plano de Enfrentamento de Doenças Crônicas 2011-2022 estabeleceu a meta de 85% para a cobertura do exame de Papanicolau, porém, diversos estudos observam menores coberturas entre as mulheres com maior vulnerabilidade social, principalmente nas regiões mais pobres do País¹¹.

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca), estimam-se 16.370 casos novos de câncer do colo do útero e um risco de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres para os anos entre 2018-2019, no Brasil. Assim, essa doença se mantém na terceira posição em incidência¹².

Segundo estimativas para os anos entre 2018-2019, persiste a maior incidência do câncer de colo uterino nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte em relação às outras regiões. Na região Norte, ele é o primeiro mais incidente, com taxa de 25,62 casos para 100 mil mulheres por ano, indicador que pode ser comparado a uma das regiões com maior risco, a África do Norte (30,6/100 mil)¹².

O objetivo deste trabalho é observar o número de óbitos e as taxas de mortalidade por câncer do colo do útero na população feminina do Brasil.

Material e métodos

Trata-se de estudo de corte transversal, entre os anos de 2012 e 2016. A população foi dividida em grupos etários de 5 em 5 anos nas diferentes regiões brasileiras. Utilizou-se como base a publicação denominada Atlas de Mortalidade do Ministério da Saúde/Inca, no qual a menor idade em que ocorreu óbito por câncer de colo uterino foi 15 anos, e a última faixa de idade avaliada inclui mulheres de 80 anos ou mais¹³.

As informações sobre o número de óbitos foram obtidas por acesso ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)¹⁴. O SIM é um dos componentes do Sistema de Informação em Saúde. Foi criado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) e utiliza como fonte de informação a Declaração de Óbito. Esse sistema é útil para captação de dados sobre mortalidade, podendo servir para orientar planejamentos e ações em saúde pública. Alguns problemas interferem na qualidade dos dados, como o sub-registro e o percentual de óbitos com causa mal definida^{5,15}.

A estimativa da população feminina, distribuída por faixa etária em grupos de cinco anos, foi obtida através da Projeção da População das Unidades da Federação por sexo e grupos de idade: 2000-2030, proveniente do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁶, também disponível no Datasus.

A taxa de mortalidade específica para o Brasil foi calculada pela razão entre o total de óbitos por essa neoplasia sobre a estimativa da população feminina estudada, a cada ano. O mesmo cálculo também foi aplicado para as regiões geográficas, tendo como numerador o número de óbitos por região e como denominador a estimativa da população para cada

região, entre 2012 e 2016, para a população feminina, objeto do estudo.

A taxa de mortalidade específica foi calculada pela razão entre o número de óbitos para cada grupo etário sobre a estimativa da população de cada faixa de idade, por ano. Nos cálculos de todas as tabelas, os coeficientes foram multiplicados pela constante 100.000.

As tabelas, os gráficos e a análise estatística foram gerados pelo programa Microsoft Excel 2016.

Resultados

Entre 2012 e 2016, o total de óbitos por câncer do colo do útero foi de 27.716 casos, já relatados a partir dos 15 anos de idade. Observa-se crescimento do número absoluto de mortes dentro do período analisado. Em 2012, foram registrados 5.264 óbitos, número que aumentou para 5.847 óbitos em 2016 (*tabela 1*).

O cálculo da taxa de mortalidade específica para o Brasil na faixa etária e no período estudado passou de 6,86 para 7,18 (*tabela 1*). Dentro dos anos analisados, ocorreram 21 óbitos entre 15-19 anos, representando 0,08% do total e 168 entre 20-24 anos (0,61%). Nas idades entre 25 e 64 anos, onde o rastreamento é recomendado, ocorreram 18.574 óbitos (67,02%), com o maior percentual de mortes (11,52%) na faixa etária de 50-54 anos.

Nas mulheres abaixo de 25 anos, que não se encontram na idade de rastreamento do câncer de colo do útero, segundo as Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero⁹, observaram-se 189 mortes, o que equivale a 0,69% do total. Além disso, ocorreram 8.950 mortes no grupo de mulheres acima de 64 anos, que também estão fora da faixa etária de rastreamento⁹, correspondendo a quase um terço do total de óbitos (32,29%).

Tabela 1. Taxa de mortalidade específica* por câncer de colo de útero, na população brasileira, por faixa etária, entre 2012 e 2016

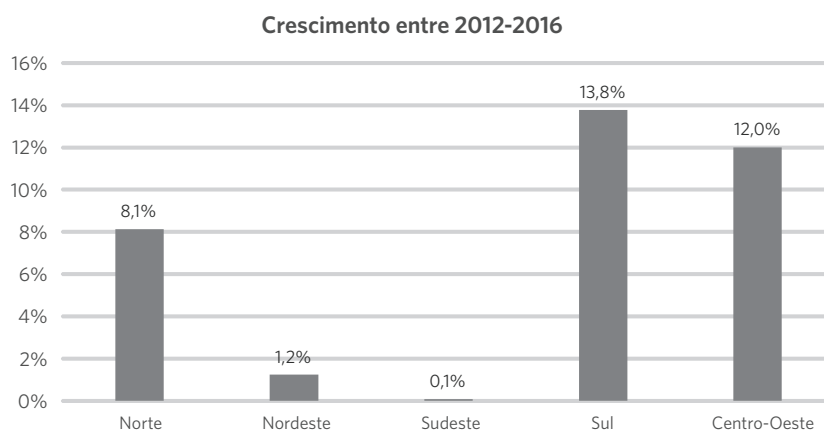
Faixa etária	2012		2013		2014		2015		2016		Total óbitos	% total óbitos
	Nº óbitos	Taxa	Nº óbitos	Taxa	Nº óbitos	Taxa	Nº óbitos	Taxa	Nº óbitos	Taxa		
15-19	5	0,06	5	0,06	5	0,06	1	0,01	5	0,06	21	0,08%
20-24	40	0,47	29	0,34	29	0,34	33	0,39	37	0,44	168	0,61%
25-29	129	0,45	125	0,33	118	0,34	125	0,39	124	0,44	621	2,24%
30-34	226	1,53	278	1,45	288	3,29	330	3,74	303	1,40	1425	5,14%
35-39	397	3,04	363	3,66	421	3,70	424	4,14	466	3,71	2071	7,47%
40-44	467	5,87	492	5,30	472	6,07	518	6,00	515	6,47	2464	8,89%
45-49	625	7,38	582	7,69	557	8,61	580	8,87	655	7,79	2999	10,82%
50-54	587	11,17	631	10,11	635	10,76	648	10,75	691	10,68	3192	11,52%
55-59	562	12,66	624	13,15	581	11,72	634	12,38	632	13,08	3033	10,94%
60-64	527	15,27	521	16,28	579	14,58	568	15,31	574	14,70	2769	9,99%
65-69	470	17,09	487	16,87	499	16,47	545	17,18	487	14,68	2488	8,98%
70-74	414	19,84	425	19,88	395	17,95	421	18,44	448	18,81	2103	7,59%
75-79	326	21,55	372	23,61	351	21,45	373	22,05	371	21,29	1793	6,47%
80 ou mais	488	26,95	496	26,25	518	26,25	526	25,51	538	24,94	2566	9,26%
Idade ignorada	1	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,00	1	0,00	3	0,01%
Total	5264	6,86	5430	6,97	5448	6,88	5727	7,13	5847	7,18	27716	

*Taxa de mortalidade específica = nº óbitos na faixa etária/população feminina na mesma faixa etária. Sistema de Informações sobre Mortalidade¹¹, Projeção da População das Unidades da Federação por sexo e grupos de idade: 2000-2030¹⁴.

Apesar do grupo acima de 64 anos concentrar parcela importante da taxa de mortalidade (tabela 1), foi o que apresentou os maiores decréscimos percentuais dos coeficientes entre 2012 e

2016 (gráfico 1). Além disso, nota-se que o coeficiente de mortalidade calculado para faixa etária entre 30-34 anos apresentou o maior aumento percentual entre os cinco anos (27,99%).

Gráfico 1. Crescimento percentual das taxas de mortalidade por câncer do colo do útero por região brasileira, para a população feminina a partir dos 15 anos, entre 2012-2016



Com relação às regiões brasileiras no período considerado, todas apresentaram crescimento na quantidade absoluta de óbitos, exceto a região Sul, que apresentou uma queda entre 2012 e 2014, com posterior aumento (*tabela 2*).

No que diz respeito às taxas de mortalidade, a região Norte exibiu os maiores valores em todos os anos considerados. Essa região e também a região Centro-Oeste foram as únicas a apresentar taxas de mortalidade crescentes, com aumentos percentuais de 7,05% e de 1,02% (Norte), e de 3,59% e 8,04% (Centro-Oeste), entre 2012-2014 e 2014-2016, respectivamente (*tabela 2*).

A região Nordeste apresentou aumento na taxa de mortalidade no primeiro período analisado, porém, foi observada redução de 0,61% de 2014 para 2016. As taxas de mortalidade das regiões Sudeste e Sul apresentaram

comportamento semelhante, sendo percebida primeiro uma redução de 2,64% (região Sudeste) e de 4,70% (região Sul) entre os anos 2012-2014. Posteriormente, entre 2014-2016, a taxa de mortalidade da região Sudeste teve aumento percentual de 2,71%, retornando ao valor encontrado em 2012, e a taxa da região Sul cresceu 19,27%.

A análise da variação percentual das taxas de mortalidade por regiões brasileiras, abrangendo os anos de 2012 e 2016, também revelou valores destoantes, com a região Sul apresentando o maior crescimento, de 13,66%, seguida pelas regiões Centro-Oeste (11,93%) e Norte (8,14%) (*tabela 2*). A região Nordeste obteve crescimento de apenas 1,23%, e as taxas da região Sudeste não exibiram variação percentual no período em questão (*tabela 2*).

Tabela 2. Taxa de mortalidade específica* por câncer do colo do útero, por regiões brasileiras, para a população feminina a partir dos 15 anos, entre 2012 e 2016

Regiões	2012		2014		Variação % 2012-2014	2016		Variação % 2014-2016	Variação % 2012-2016
	Nº óbitos	Taxa	Nº óbitos	Taxa		Nº óbitos	Taxa		
Norte	673	11,92	756	12,76	7,05%	800	12,89	1,02%	8,14%
Nordeste	1678	8,11	1762	8,26	1,85%	1802	8,21	-0,61%	1,23%
Sudeste	1774	5,31	1774	5,17	-2,64%	1871	5,31	2,71%	0%
Sul	748	6,59	733	6,28	-4,70%	897	7,49	19,27%	13,66%
Centro-Oeste	391	6,96	423	7,21	3,59%	477	7,79	8,04%	11,93%
Total	5264	6,86	5448	6,88	5727	5847	7,18	27716	

*Taxa de mortalidade específica = nº óbitos na região/população feminina a partir dos 15 anos por região. Sistema de Informações sobre Mortalidade¹¹, Projeção da População das Unidades da Federação por sexo e grupos de idade: 2000-2030¹⁴.

Ao analisar os grupos etários divididos conforme as recomendações para o rastreamento do câncer do colo uterino no Brasil⁹, as variações da quantidade de óbitos e das taxas de mortalidade entre as regiões brasileiras tornam-se mais nítidas. É possível perceber que todas as regiões apresentaram nas duas variáveis observadas para a idade de 25 a 64 anos de 2012 para 2016 (*tabela 3*). A região que apresentou maior aumento na taxa de mortalidade foi a Centro-Oeste (16%), seguida por Sul (13%), Norte (7%). Sudeste (3%)

e Nordeste (1%). No grupo maior de 64 anos, o aumento da taxa de mortalidade foi de 5% no Sul e 2% no Norte, mostrando redução nas demais regiões brasileiras entre 7 e 15%.

Em função do pequeno número de casos de óbitos por câncer de colo uterino no grupo jovem, com até 24 anos de idade, a avaliação da taxa de mortalidade mostrou resultados com padrões de ampla variabilidade, incluindo redução de 63% a aumento de 40 a 188%, nas diferentes regiões (*tabela 3*).

Tabela 3. Taxa de mortalidade específica* por câncer do colo do útero, por regiões brasileiras, para a população feminina por faixa etária, entre 2012 e 2016

Região	Idade	2012		2016		Variação %
		Nº óbitos	Taxa	Nº óbitos	Taxa	
Norte	<25 anos	8	0,49	3	0,18	-63%
	25 a 64 anos	471	12,86	561	13,71	7%
	>64 anos	194	53,71	236	54,57	2%
Nordeste	<25 anos	16	0,32	14	0,29	-9%
	25-64 anos	1107	8,11	1202	8,18	1%
	>64 anos	554	26,56	585	24,58	-7%
Sudeste	<25 anos	10	0,15	14	0,21	40%
	25-64 anos	1158	5,07	1247	5,21	3%
	>64 anos	606	15,48	610	13,19	-15%
Sul	<25 anos	10	0,43	8	0,35	-19%
	25-64 anos	517	6,73	612	7,58	13%
	>64 anos	221	16,44	277	17,32	5%
Centro-Oeste	<25 anos	1	0,08	3	0,23	188%
	25-64 anos	267	6,92	338	8	16%
	>64 anos	123	27,12	136	24,13	-11%

*Taxa de mortalidade específica = nº óbitos na região/população feminina a partir dos 15 anos. Sistema de Informações sobre Mortalidade¹¹, Projeção da População das Unidades da Federação por sexo e grupos de idade: 2000-2030¹⁴.

Discussão

No presente estudo, foi observado crescimento no número de óbitos por câncer do colo do útero e nos coeficientes de mortalidade, resultados que poderiam ser esperados, já que o câncer do colo do útero ainda é uma doença bastante frequente em países de média e baixa renda^{4,5}. Fedrizzi & Ponce⁶, ao avaliarem a mortalidade entre os anos de 2006-2014, nas mulheres entre 25-64 anos, também encontraram tendência crescente para os coeficientes de mortalidade e aumento percentual de 19,35% para o número absoluto de óbitos.

Entretanto, estudos que avaliaram a mortalidade por câncer do colo uterino no Brasil em períodos anteriores (1980-2010 e 2003-2012) encontraram diminuição das taxas de mortalidade^{4,5}. Os autores justificam tais resultados como reflexo dos esforços e investimentos do País em políticas e programas para controle dessa doença, que tiveram início na década de 1940^{4,5,9}. Estudos realizados na Coreia

do Sul, entre 1993-2012, e no México, entre 2000-2010, também observaram redução na incidência e na mortalidade pelo câncer do colo do útero^{17,18}.

Em contrapartida, um estudo realizado no estado do Rio Grande do Sul, entre 2011-2012, no grupo de mulheres entre 25-64 anos, encontrou cobertura do exame colpocitológico de aproximadamente 17,3%¹⁹. Outro estudo realizado entre os anos de 2006-2014, nas mulheres entre 25-64 anos, no Brasil, observou diminuição no número de exames preventivos realizados e, consequentemente, diminuição na cobertura do rastreamento, com média de 16,09%⁶, o que pode justificar resultados que apontam diminuição nas taxas de mortalidade. Esses valores mostram índices de cobertura muito inferiores aos encontrados em países com baixa ocorrência de óbitos por câncer do colo uterino⁹.

O tempo decorrido entre a infecção por um tipo oncogênico do HPV e o desenvolvimento de doença invasora é longo, e a literatura

evidencia o aumento da ocorrência do câncer com o avançar da idade⁷. Neste estudo, a faixa etária de 50-54 anos é a que abrange o maior percentual de óbitos, confirmando os achados de outro estudo brasileiro⁶. Além disso, este estudo encontrou importante coeficiente de mortalidade para as faixas etárias acima de 64 anos e significativo percentual com relação ao total de óbitos, apesar destas apresentarem os menores crescimentos percentuais entre 2012-2016. Do mesmo modo, Vale et al.⁵, ao estudarem a mortalidade por câncer do colo do útero, entre 2003-2012, observaram aumento da mortalidade nas idades mais avançadas, com as maiores taxas acima dos 70 anos, porém, observaram tendência à diminuição das taxas a partir dos 40 anos.

De acordo com as recomendações americanas para o rastreamento, este deve ser realizado até os 65 anos ou mais, podendo se prolongar por 20 anos, caso necessário⁷. Um estudo realizado com mulheres acima de 75 anos com câncer do colo uterino, na Austrália, entre 1998-2010, encontrou bons resultados com relação à sobrevida e à tolerância ao tratamento, tanto para o grupo com tratamento curativo quanto para o tratamento paliativo²⁰. Nas mulheres idosas, a maioria dos casos do câncer do colo do útero é diagnosticada em estágios avançados, e tanto nos grupos etários mais jovens quanto nos mais velhos a maioria dos casos diagnosticados ocorre em mulheres sem rastreamento adequado⁷. Estudos observacionais de caso-controle realizados nos EUA, Reino Unido, Finlândia, Suécia, Itália e África do Sul mostraram risco reduzido de câncer cervical em mulheres que realizaram rastreamento com mais de 65 anos, com efeito protetor de 1 a 5 anos. No entanto, testes de Papanicolau em mulheres com mais de 65 anos têm altos custos físicos, emocionais e financeiros, além do benefício incerto de descobrir lesões que podem nunca se tornar clinicamente significativas durante a vida da mulher²¹.

Neste estudo, foram observadas 189 mortes nas mulheres abaixo de 25 anos, o que equivale a 0,68% do total de óbitos por câncer do colo do útero no período analisado. Outros estudos

também encontraram valores baixos, sem valor estatístico^{5,6,17,18}. Esses resultados também são encontrados na literatura, o que sustenta as recomendações para evitar o rastreamento nessa faixa etária no Brasil⁹. As diretrizes americanas recomendam início do rastreamento aos 21 anos⁷.

Acredita-se que o câncer do colo uterino tenha comportamento mais agressivo nas mulheres jovens, e que o rastreamento não seja tão efetivo neste grupo, podendo surgir durante os intervalos de triagem e, portanto, podendo gerar mais riscos do que benefícios^{7,9,22}. Pelkofski et al.²³ compararam 114 mulheres portadoras de câncer do colo uterino com menos de 25 anos (17 casos) com o grupo entre 26 e 35 anos (97 casos), nos estados de Virginia e Carolina do Norte, nos Estados Unidos da América, e concluíram que os desfechos de progressão e sobrevida são independentes da idade em mulheres com câncer cervical antes ou até os 35 anos, não encontrando significância estatística para comprovar pior prognóstico, o que depende da histologia do tumor, do envolvimento parametrial e do estadiamento. Estudos posteriores de uma coorte jovem com maior número de casos podem produzir resultados diferentes.

Outro dado importante foi encontrado por Balmant et al.²⁴, ao analisar a mortalidade por neoplasias entre 15-29 anos no Brasil, identificando o câncer do colo do útero como a principal causa de óbito na faixa etária de 25-29 anos. No presente estudo, o maior crescimento percentual de óbitos entre 2012-2016 ocorreu na faixa etária dos 30-34 anos, idades incluídas na faixa etária onde o rastreamento é indicado. Considerando a história natural da doença em questão, o fato de que o HPV é a infecção sexualmente transmissível mais frequente no mundo, principalmente entre os jovens, e os dados sobre mortalidade neste grupo etário, pode-se sugerir que os valores não são desprezíveis^{7,8}. Além disso, dados que também chamam atenção no estudo realizado por Pelkofski et al.²³ mostram que mais de 2% das jovens apresentaram carcinoma de

pequenas células do colo uterino, subtipo mais agressivo, e aproximadamente 30% dos casos de câncer do colo uterino, no grupo com menos de 25 anos, ocorreram em idade inferior ou igual a 20 anos, apesar da amostra estudada ter sido pequena.

Com relação às regiões brasileiras, observamos diferenças entre os números de óbitos e taxas de mortalidade para os anos de 2012, 2014 e 2016. A região Norte foi a que apresentou maior número de mortes e de coeficientes de mortalidade, resultados também encontrados em diversos estudos^{4-6,21}. Tais resultados são coerentes com as estimativas do Inca para o biênio de 2018-2019, sendo o câncer do colo do útero o mais incidente na região Norte, ultrapassando o câncer de mama¹².

Girianelli et al.⁴ encontraram taxas de mortalidade decrescentes nos estados das regiões Norte e Nordeste, porém, detectaram aumento nos municípios no interior de tais localidades, e para as regiões mais desenvolvidas, como Sul e Sudeste, encontraram tendência ao declínio das taxas de mortalidade por câncer do colo do útero. Pode-se inferir, assim, que as diferenças entre a qualidade do acesso à saúde entre as regiões brasileiras continuam presentes, corroborando o fato de o câncer do colo do útero ser mais frequente em regiões com menores condições socioeconômicas^{4,5,12}. Porém, o aumento da mortalidade na região Norte pode ter como um dos motivos a melhora na qualidade da informação dos óbitos, pois as mortes por causas mal definidas apresentaram diminuição durante os anos de 2003-2012⁵. A partir disso, pode-se sugerir que o crescimento percentual encontrado neste trabalho para região Sul pode dever-se à maior notificação dos casos de óbitos e ao menor sub-registro, já esperados para essa região devido ao seu melhor desenvolvimento socioeconômico^{4,5}.

A taxa de mortalidade na faixa etária incluída no rastreamento aumentou em todas as regiões brasileiras, sendo o Centro-Oeste a região com maior aumento nos índices (16%).

Neste estudo podem ser destacadas algumas fragilidades, pois não foram utilizados métodos

de correção para incluir as proporções de mortes por causas mal definidas ou por neoplasia maligna do útero, porção não especificada, podendo ter valores ainda maiores, como encontrados por Vale et al.⁵. Além disso, podem-se destacar fatores que restringem a interpretação dos resultados, como a falta de uma análise baseada em algum método estatístico, o curto período de tempo analisado e a falta de dados mais recentes.

Outra limitação seria a fonte usada para coleta de dados, o SIM, que tem a qualidade classificada como média. Apesar das melhoras com relação à qualidade da informação¹², esta pode ser prejudicada pelo sub-registro e pelo percentual de óbitos com causa mal definida.

Conclusões

A mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil apresentou crescimento durante os anos observados, com maior percentual de óbitos na faixa etária de 50-54 anos. Também foram observados óbitos em mulheres que não são contempladas pelas recomendações para o rastreio dessa neoplasia no Brasil. Com relação às regiões brasileiras, foram encontradas variações já esperadas, devido à heterogeneidade dessas localidades, com a região Sul apresentando o maior aumento percentual das taxas de mortalidade específica. A partir dos resultados encontrados, pode-se perceber que o controle do câncer do colo do útero ainda é um desafio, demonstrando a necessidade de melhorias nos programas de prevenção.

Colaboradores

Tallon B (0000-0003-0668-8574)* desenvolveu o desenho do estudo e o método, avaliou os dados, participou da elaboração dos resultados e redigiu o manuscrito. Monteiro D (0000-0003-4679-1859)* desenvolveu o desenho do estudo e o método, avaliou os dados, participou da elaboração dos resultados, redigiu e

editou o manuscrito. Soares L (0000-0001-8360-3189)* redigiu e editou o manuscrito. Rodrigues N (0000-0002-2613-5283)* avaliou os dados e participou da elaboração dos resultados. Morgado F (0000-0002-8199-3934)*

desenvolveu o desenho do estudo e o método, avaliou os dados e participou da elaboração dos resultados. Todos os autores leram e aprovaram a edição final do manuscrito. ■

Referências

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero: Atualização 2016. Rio de Janeiro: INCA; 2016. [acesso em 2016 out 3]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-uterio>.
2. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Estimated number of new cases in 2018, worldwide, females, all ages [internet]. [acesso em 2018 out 10]. Disponível em: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2018&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=5&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1.
3. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Estimated number of deaths in 2018, worldwide, females, all ages [internet]. [acesso em 2018 out 10]. Disponível em: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2018&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=2&cancer=39&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=5&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1.
4. Gírianelli VR, Gamarra CJ, Silva GA. Disparities in cervical and breast cancer mortality in Brazil. *Rev. Saúde Pública*. 2014; 48(3):459-67.
5. Vale DB, Sauvaget C, Muwonge R, Ferlay J, et al. Disparities in time trends of cervical cancer mortality rates in Brazil. *Cancer Causes Control*. 2016; 27(7):889-96.
6. Fedrizzi EN, Ponce NM. Coverage of pap smear and mortality from cervical cancer in Brazil from 2006 to 2014. *DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm.* 2017; 29(4):117-24.
7. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) – ACOG Committee on Practice Bulletins – Gynecology. ACOG Practice Bulletin Number 168: Cervical cancer screening and prevention. *Obstet. Gynecol.* 2016; 128(4):111-30.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Human papillomavirus (HPV) [internet]. [acesso em 2018 out

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- 5]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/hpv/stdfact-hpv.htm>
9. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em 2018 out 5]; 118 p. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/DDiretrizes_para_o_Rastreamento_do_cancer_do_colo_do_uterio_2016_corrigido.pdf.
10. Lobão WM, Duarte FG, Burns JD, et al. Low coverage of HPV vaccination in the national immunization programme in Brazil: Parental vaccine refusal or barriers in health-service based vaccine delivery? *PloS one*. 2018; 13(11):e0206726.
11. Barcelos MRB, Lima RCD, Tomasi E, et al. Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ. *Rev. Saúde Pública*. 2017; 51:67.
12. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2017 [acesso em 2018 out 5]; 130 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-incidencia-de-cancer-no-brasil-2018.pdf>.
13. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Atlas On-line de Mortalidade [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde. [acesso em 2018 jun 9]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo03/consultar.xhtml?jsessionid=6F3DE7A6CAD6C819C044F45E9F2948B3#panelResultado>.
14. Sistema de Informações sobre Mortalidade. TabNet Win32 3.0: Mortalidade – Brasil [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde. [acesso em 2018 jun 9]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>.
15. Garcia PT, Reis RS. Gestão pública em saúde: sistemas de informação de apoio à gestão em saúde. São Luís. EDUFMA. 2016; 54 p.
16. Projeção da População das Unidades da Federação por sexo e grupos de idade: 2000-2030. TabNet Win32 3.0: Brasil. Ministério da Saúde. [internet]. [acesso em 2018 jun 18]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/projpopuf.def>.
17. Moon EK, Oh CM, Won YJ, et al. Trends and Age-Period-Cohort Effects on the Incidence and Mortality Rate of Cervical Cancer in Korea. *Cancer Res Treat*. 2017; 49(2):526-533.
18. Ruiz M, Vincent AK, Santos MP. Cervical Cancer Trends in Mexico: Incidence, Mortality and Research Output. *Asian Pac. J. Cancer Prev*. 2014; 15(20):8689-92.
19. Manica ST, Drachler ML, Teixeira LB, et al. Socioeconomic and regional inequalities of pap smear coverage. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2016; 37(1):1-8.
20. Lin MY, Chennakesavan SK, Bernshaw D, et al. Carcinoma of the cervix in elderly patients treated with radiotherapy: patterns of care and treatment outcomes. *Gynecol Oncol*. 2016; 27(6):1-11.
21. Yost S, Hoekstra A. Cervical cancer in women over 65: An analysis of screening. *Gynecol. Oncol. Rep*. 2018; 25:48-51.
22. Benard VB, Watson M, Castle PE, et al. Cervical cancer rates among young females in the United States. *Obstet. Gynecol*. 2012; 120(5):1117-23.
23. Pelkofsk E, Stine J, Wages NA, et al. Cervical cancer in women aged 35 years and younger. *Clin. Ther*. 2016; 38(3):459-66.
24. Balmant NV, Reis RS, Santos MO, et al. Trends in cancer mortality among adolescents and young adults in Brazil. *J. Adolesc. Young Adult Oncol*. 2017; 6(2):341-47.

Recebido em 30/08/2019

Aprovado em 29/02/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Percepção da Equipe de Saúde da Família sobre o cuidado a usuários de drogas

Perception of the Family Health Team on the care of drug users

Laís Santana Santos Pereira Lira¹, Luana Machado Andrade², Luma Costa Pereira Peixoto², Sâmia de Carliris Barbosa Malhado², Edite Lago da Silva Sena²

DOI: 10.1590/0103-1104202012507

RESUMO Estudo com objetivo de compreender a percepção da equipe da Estratégia Saúde da Família sobre o cuidado a usuários de drogas. Trata-se de estudo fenomenológico na abordagem de Maurice Merleau-Ponty, realizado com nove profissionais de uma Unidade de Saúde da Família no interior da Bahia, Brasil, no período de janeiro a março de 2012, por meio da entrevista aberta relacionada com a leitura de Desenhos-Estória com Tema produzidos pelos próprios participantes. A compreensão das descrições ocorreu mediante a técnica Analítica da Ambiguidade, que originou dois eixos temáticos: a crença na existência de um espaço de inserção próprio do usuário de drogas; e a crença de que o usuário está fora da sociedade. Assim, olhar o usuário como quem olha de fora, sem se entrelaçar com ele, contribui para a segregação e a exclusão social, o que requer dos profissionais a suspensão de teses que sustentam no campo do uso de drogas e a resignificação da forma como veem e cuidam do usuário de drogas e sua família.

PALAVRAS-CHAVE Relações profissional-família. Drogas ilícitas. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. Estratégia Saúde da Família. Filosofia em enfermagem.

ABSTRACT Study aiming to understand the perception of the Family Health Strategy team about on the care of drug users. This is a phenomenological study in the approach of Maurice Merleau-Ponty, conducted with nine professionals from a Family Health Unit in the interior of Bahia, Brazil, from January to March 2012, through the open interview related to reading of Drawings-Story with Theme produced by the participants themselves. The comprehension of the descriptions occurred through the Ambiguity Analytical technique, which originated two thematic axes: the belief in the existence of a space for the insertion of the drug user; and the belief that the user is outside society. Thus, looking at the user as someone who looks from the outside, without intertwining with him, contributes to segregation and social exclusion, which requires professionals to suspend theses that they support in the field of drug use and resignification of the way they see and take care of the drug user and his family.

KEYWORDS Professional-family relations. Street drugs. Health knowledge, attitudes, practice. Family Health Strategy. Philosophy, nursing.

¹Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia (IFBA) – Eunápolis (BA), Brasil. lailira@hotmail.com

²Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb) – Jequié (BA), Brasil.



Introdução

A formulação de políticas sobre drogas no Brasil, inicialmente, ocorreu em uma perspectiva repressora, que criminaliza o uso e o usuário e promove uma cultura estigmatizante e preconceituosa na sociedade, configurando-se como modelo de atenção proibicionista¹. Essa perspectiva implica dificultar o acesso das pessoas que sofrem com o consumo habitual de drogas aos dispositivos terapêuticos, resultando em impacto aos familiares^{2,3}.

A lógica do cuidado fundamentado na Redução de Danos (RD) surge como um modelo que busca reconhecer as singularidades do usuário e objetiva reduzir os prejuízos e os danos decorrentes do consumo habitual de drogas, garantir os direitos dos usuários e promover saúde e cidadania aos mesmos^{1,4}. Além disso, as políticas formuladas com essa proposta evidenciam a questão desafiadora de cuidado às famílias.

Em 2003, foi formulada a Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas, no âmbito da Reforma Psiquiátrica (RP) e do Sistema Único de Saúde (SUS), a qual compreende que o cuidado deve acontecer por meio de redes de serviços de saúde e das redes sociais articuladas⁵. Em 2005, ainda com caráter repressivo, promulgou-se a Política Nacional sobre Drogas, trazendo aspectos referentes ao fortalecimento da inclusão de alguns serviços e segmentos sociais no processo de cuidado, como a igreja, o comércio, os amigos, os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), as comunidades terapêuticas, os grupos de autoajuda, a Atenção Básica (AB), entre outros⁶.

No âmbito da AB, foi implementada a Estratégia Saúde da Família (ESF) como espaço possível para o desenvolvimento de ações que garantam o acesso de todas as pessoas de forma igualitária e equitativa. A partir de dispositivos de cuidado de base territorial a uma população adscrita; tais como vínculo, escuta, acolhimento, integralidade, equidade, participação social e coordenação do cuidado; a ESF possui potencialidade para

a atenção a contextos que sofrem com uso habitual de drogas. Assim, essas características inscrevem-na como um modelo adequado à proposta das políticas sobre drogas.

Na sociedade contemporânea, diante das transformações funcionais e estruturais vivenciadas na família, a existência de um usuário de drogas, que, em nosso estudo, estamos designando ‘consumidor habitual de drogas’, é uma realidade de difícil enfrentamento. Quando isso acontece, nem todos conseguem lidar com a situação, o que acarreta uma série de dificuldades para enfrentar os problemas decorrentes, principalmente pela sensação de despreparo e pela construção cultural de exclusão, estigma e preconceito, o que requer mudanças de postura por parte dos profissionais de saúde⁷.

Muitos profissionais da ESF, embora reconheçam sua responsabilidade pelo cuidado no contexto do consumo de álcool e outras drogas, não desenvolvem ações nesse campo específico, o que subutiliza a potencialidade cuidadora da ESF diante das famílias que convivem com os prejuízos decorrentes do consumo de drogas. Isso pode estar ocorrendo, sobretudo, devido ao despreparo da equipe para lidar com as situações de sofrimento e, também, pelos conceitos morais e estigmas relacionados ao tema⁷. Desse modo, a percepção de si como cuidador em potencial daqueles que sofrem com o consumo habitual de drogas e com inexistentes ou inadequadas ações de cuidado nos faz compreender a ambiguidade que permeia as vivências humanas.

Com efeito, a experiência da saúde não se trata de construir objetos/objetividades, mas de configurar sujeitos/intersubjetividades. O manejo da saúde nunca ocorre de forma isolada, estritamente individual, mas deve ser sempre construído na, com e para as interações intersubjetivas, desde as relações imediatas até aquelas das quais participamos com mediação da cultura e das instituições⁸. Assim, torna-se justificável e inevitável trazer à tona a percepção dos profissionais sobre o cuidado a consumidores habituais de droga, considerando

a potência transformadora da interação entre sujeitos profissionais e sujeitos a serem cuidados, a fim de produzir um conhecimento que transcenda como cuidado em saúde.

Infelizmente, na maioria das tentativas de aproximação, deparamo-nos com a potencialidade produtiva de cuidado dos profissionais da ESF sendo refreada por questões culturais e subjetivas, que impossibilitam a abertura a um encontro verdadeiro com o usuário, o que aumenta o sofrimento em seus familiares. As linhas de conexão que deveriam formar a rede de cuidado aos consumidores habituais de droga, e suas famílias tornam-se cada vez mais enfraquecidas⁹.

A partir desse cenário, o presente estudo tem como o objetivo compreender a percepção da Equipe de Saúde da Família (EqSF) sobre o cuidado a consumidores habituais de droga. Entendemos que o conhecimento dos profissionais, marcado por preconceitos e estigmas, interfere na forma como eles desenvolvem suas intervenções e limita as possibilidades de cuidado ao usuário e às famílias⁹.

Neste estudo, pressupondo que a percepção da equipe da ESF sobre o cuidado aos usuários de drogas pode conduzir a forma como desenvolve suas intervenções, acreditamos que, a partir da intersubjetividade que permeia o campo da pesquisa/serviço, conseguiremos compreender a percepção da equipe da ESF sobre o cuidado a usuários de drogas, abrindo possibilidade para ressignificar as teses e transcendê-las a um novo modo de agir/cuidar diante do uso habitual de drogas que engloba usuários e familiares.

Metodologia

Por se tratar de um estudo que parte de experiência vivencial e que visa desvelar percepções e sentidos, optamos por fundamentá-lo na abordagem de Maurice Merleau-Ponty, cuja perspectiva consiste, essencialmente, em descrever as ambiguidades inerentes à experiência perceptiva. Desse modo, consideramos a afirmação do autor:

tudo aquilo que sei do mundo, mesmo por ciência, eu o sei a partir de uma visão minha ou de uma experiência do mundo sem a qual os símbolos da ciência não poderiam dizer nada¹⁰⁽¹⁸⁾.

A pesquisa foi realizada em um município do interior da Bahia, Brasil, com 100% de cobertura da ESF, com nove participantes, sendo um representante de cada categoria profissional da equipe da ESF: a Médica, o Enfermeiro, o Técnico de Enfermagem, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), o Odontólogo e a Auxiliar de Consultório Dentário (ACD). Essa equipe é definida de acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Além desses participantes, foram incluídos outros trabalhadores da ESF, tais como o Auxiliar Administrativo, a Profissional de Serviços Gerais e o Guarda Municipal, por compreendermos que o cuidado não é atribuição específica e exclusiva do profissional de saúde, mas se revela como uma possibilidade em todas as relações, o que não excluem outros profissionais.

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/Uesb), sob nº 191/2011, as descrições vivenciais foram construídas por meio da entrevista aberta em relação aos Desenhos-Estória com Tema, realizados pelos próprios participantes. A descrição das vivências foi realizada na própria unidade, com cada profissional separadamente em horário de pouca movimentação.

O Desenho-Estória com Tema constitui-se uma técnica projetiva, e sua aplicação no presente estudo consistiu no emprego de um meio indireto de expressão, justificando-se pela facilidade de deixar o informante livre para uma comunicação mais espontânea e por se constituir um recurso de investigação em pesquisa¹¹.

Cada informante foi instruído a desenhar, em uma folha em branco com lápis de cor, um desenho seguindo a orientação: ‘faça um desenho relacionado ao cuidado às famílias de usuários de drogas’. Em seguida, procedemos às entrevistas, solicitando a cada um que contasse a história de seu desenho de forma oral; momento em que foram gravadas.

O roteiro da entrevista incluiu dados de identificação e três temas norteadores: fale-me sobre a questão das drogas em seu contexto de atuação profissional; comente sobre as ações que sua equipe desenvolve com relação às famílias de usuários de drogas; qual a sua percepção sobre o cuidado às famílias de usuários de drogas?

A compreensão das descrições que emergiram das entrevistas ocorreu por meio da Analítica da Ambiguidade. Essa estratégia possibilita os diversos perfis que emergem das vivenciais dos participantes da pesquisa à luz da abordagem fenomenológica de Maurice Merleau-Ponty, podendo ser aplicada em estudos com outras abordagens cujo foco é a percepção humana, considerando que esta se revela como algo ambíguo¹².

Resultados e discussão

Por meio do vínculo estabelecido nos encontros com os trabalhadores, a ambiguidade imanente foi-se mostrando na experiência intersubjetiva, tornando-se transcendente. Com base na noção de intersubjetividade de Merleau-Ponty, compreendemos que as descrições vivenciais produzidas com os participantes resultam do entrelaçamento do mundo sensível (sentimentos) com o mundo socio-cultural (racionalidade)⁹. Logo, as descrições desvelaram o conflito existente entre o sentir e o pensar, entre o que não foi possível deliberar e a preocupação de elaborar e emitir uma resposta técnica, acadêmica, que contemplasse o que foi abordado na entrevista¹⁰.

Pela experiência, conseguimos pontuar duas das principais teses: a primeira consiste na

crença de que existe separação da sociedade em dois lados: o lado do bem e o lado do mal, estando o usuário de drogas inserido no lado do mal, e o restante da sociedade, incluindo os técnicos, no lado do bem; e a segunda baseia-se na crença de que há a objetificação do mundo das drogas, como um mundo fora e separado da sociedade, reforçando a ideia de que o usuário está fora dela. Estas nos conduziram a entender que a forma como a equipe de trabalhadores vê as famílias e seus contextos interfere na maneira como ela cuida, reforçando o pensamento merleau-pontyano de que, no universo cultural, as teses incorporadas mobilizam sentimentos e condutas humanas¹⁰.

Com base na primeira tese, emergem das descrições vivenciais, a partir da experiência intersubjetiva, as crenças sociais dicotomizadas em dois lados: o lado do bem e o lado do mal

[...] e aí compra, vende, gostou da primeira vez, vendeu, fez o dinheiro e tudo, então ‘aqui está bom, o caminho é esse’, e aí é onde se desvia ali para aquele caminho ruim. É isso aí! (ACD).

[...] éramos três, e só ele que deu para o lado do vício, do lado mais maldoso e foi para São Paulo, chegou lá perdeu o irmão também que era viciado em drogas. (Auxiliar Administrativo).

A descrição da ACD faz ver o ‘mundo das drogas’ como o ‘caminho ruim’ para o qual o usuário se desvia, e o Auxiliar Administrativo refere a esse mundo como o ‘lado do vício’ ou o ‘lado maldoso’, o que o configura como um lugar objetificado e separado da sociedade. À luz de Merleau-Ponty, acerca da percepção, essas descrições se mostram em uma perspectiva figura-fundo, uma vez que, ao trazer a ideia de mundo ‘maldoso’, o profissional coloca-se como um observador pertencente ao ‘mundo do bem’ e imune às drogas.

Situados no polo objetivo, os participantes da pesquisa tendem a manter-se afastados do mundo das drogas como uma condição que os mantenha imunes a todos os desafios que

engendram esse processo. No entanto, escapando deste dualismo – bem e mal – que se apresenta na própria ciência, objetivista e subjetivista, a ontologia da experiência merleau-pontyana faz retomar nas falas a “camada de experiência viva através da qual primeiramente o outro e as coisas nos são dados, o sistema – Eu-outro-as coisas – no estado nascente”¹⁰⁽⁸⁹⁻⁹⁰⁾.

Por meio da intersubjetividade, em que se fundem sujeito e objeto, o entrelaçamento entre os seres humanos e todos os outros viventes, somos levados a compreender a dinâmica da experiência perceptiva que apresenta esta dicotomia, não apenas como uma luta entre o certo e o errado, mas como um fator de ambiguidade da nossa existência no mundo. Ainda que o trabalhador da saúde exerça sua função em prol do cuidado ao usuário de drogas (o que se mostra), ele se mantém fora do mundo observado; e o usuário torna-se o outro, de um mundo ao qual ele não pertence (o que sente).

Assim, o sujeito não desenvolve quaisquer vínculos de interesse, emoção, significação ou valor com coisas deste mundo¹³, o que fortalece a polaridade entre o profissional e o usuário. Vejamos o seguinte relato:

Para mim, encontrou Deus, teve coragem de procurar Deus, vai sair, a maior força, não é? Os amigos apoiam, Deus está trazendo ‘venha para o meu lado, meu filho’, e tudo resolvido para mim. (Odontólogo).

Ao afirmar ‘vai sair’, o Odontólogo parece anunciar que, para estar ao lado de Deus, aqui compreendido como o ‘lado do bem’, o usuário necessita deslocar-se de algum lugar que, até então, torna-o isento da presença divina. Esse lugar, concebido em uma perspectiva estigmatizante como o ‘mundo das drogas’, localiza-se fora da sociedade, ou seja, em um espaço no qual o profissional julga-se não coabitar. Olhando do ponto de vista de fora, essa polaridade pode configurar-se um limite para o envolvimento da equipe com esse mundo, já que o vê como um ambiente ‘desarticulado’, como mostra o relato a seguir:

É o que está acontecendo, a demanda só aumenta, a faixa etária só diminui, o consumo aumenta cada vez mais, por conta disso, alguns pacientes realmente desenvolvem um quadro psicótico grave e se tornam não funcionais. Jovens não conseguem reestruturar a vida, não conseguem entrar no mercado de trabalho, não conseguem, dá uma desarticulação, assim, do mundo, do mundo deles [...], até porque não encontravam emprego certo, um ambiente que não via uma outra vigência, não via outros mundos, estava muito difícil. (Médica).

A descrição revela o ‘mundo das drogas’ como um ambiente ‘em si mesmo’, e o fato de o usuário pertencer a este mundo o torna ‘não funcional’, impedindo-o de ‘reestruturar a vida’. A partir dessa compreensão, podemos pensar que o fato de o mercado de trabalho não admitir pessoas envolvidas ou que já se envolveram com drogas pode estar relacionado com o estigma que entorna este contexto, sempre concebido como um ‘mundo ruim’. Nessa perspectiva, consumir drogas constitui-se um processo anticivilizatório, um desvio diante dos projetos de desenvolvimento de uma sociedade civilizada, em que a segurança coletiva deve ser predominante¹⁴.

Mesmo quando a abstinência parece ser a expressão máxima para o ajuste do sujeito, para a purificação e para a aceitação social do usuário, o caráter de vigilância pode se manter eterno. Para Merleau-Ponty, a percepção é algo que flui no tempo retomando os vividos e escoando-se a cada novo instante. Assim, estamos sempre lidando com três dimensões, passado, futuro e presente, que também são polos diferentes para se pensar a experiência com o outro¹⁰. Acontece que toda construção produzida pelo imaginário social está presente em nossos vividos; e, como tal, ainda que se torne passado (algo que nos foi ensinado desde a infância), “crava-se no tempo como uma cunha e pretende a eternidade”¹⁰⁽⁵²⁶⁾.

Quando retomamos este passado, repleto de estigmas e preconceitos, é necessário que haja um esforço para atualizá-lo e ressignificá-lo. Essa possibilidade de mudança é ampliada

quando se expõe ao outro (relações intersubjetivas) e deseja compreender, e não mais julgar o outro distinto de mim e o 'outro eu mesmo'. Quando isso não ocorre, à medida que os profissionais reforçam (eternizam no tempo o passado apreendido) a 'doença' provocada pelo uso de drogas como algo incurável, ainda que se possa estabilizar, sempre estará presente, como um estigma, uma angústia, um mistério inalcançável^{14,15}.

Desse modo, o estudo mostra que a eterna sujeição à possibilidade de o usuário apresentar recidiva o inscreve como alguém em quem não se pode confiar, o que contribui para a passividade, exclusão e enfraquecimento da organização social do próprio usuário, como expressa a profissional a seguir:

Fora que, sempre que se entra no mundo das drogas, é um mundo da perdição [...] E aí o que é que acontece? O jovem entra no mundo das drogas, da malandragem, da violência [...]. (Profissional de Serviços Gerais).

A descrição revela um olhar determinista, moralista em relação ao contexto de inserção do usuário de drogas, denominando-o de 'mundo das drogas'. Sendo assim, o associa diretamente à perdição, ao roubo, ao tráfico, ao crime e à violência, o que faz eco à visão objetificada que a equipe possui sobre o sujeito. A constituição desse mundo como objeto com o qual os trabalhadores de saúde não se misturam não estabelece relações, impede a abertura do sujeito, usuário do serviço, a 'um outro eu mesmo', como pontua Merleau-Ponty:

Eu alieno meu poder perpétuo de me dar 'mundos' em benefício de um deles, e por isso mesmo este mundo privilegiado perde sua substância e termina por ser apenas 'uma certa angústia'¹⁰⁽¹²⁴⁾.

A segunda tese evidenciada no estudo apoia-se na crença de que há a objetificação do mundo das drogas, como um mundo fora e separado da sociedade, reforçando a ideia de

que o usuário está fora dela. Vejamos, a seguir, a manifestação dos profissionais:

[...] hoje ela mora fora do ambiente das drogas, certo? Construiu uma nova família, pai e mãe e irmãos contentíssimos, e formou uma família, e hoje é uma pessoa de bem na sociedade. (Técnico em Enfermagem).

[...] e hoje ele encontra-se com 23 anos de idade, arrumou emprego, tem família, saiu do mundo das drogas e se deu bem na sociedade. (Enfermeiro).

As descrições fazem ver os vários perfis em relação ao usuário e que a figura sempre traz um fundo; e tudo o que é percebido como uma figura sobre um fundo faz parte de um campo, sendo inconcebível a ideia de percepção pura, ou seja, ao figurarmos uma paisagem, jamais teremos percepções pontuais, "o todo se faz visão e forma um quadro diante de nós"¹⁰⁽¹⁰⁾. Os profissionais consideram que a condição para fazer parte da sociedade é estar 'fora do ambiente das drogas', o que reforça a objetificação desse contexto. Assim, a equipe revela forte influência histórica do proibicionismo, modelo no qual não há tolerância para o consumo de drogas, o que cria um obstáculo ao acesso de usuários a serviços de saúde ou outros locais onde podem buscar ajuda^{7,14-16}. Ademais, as expressões a seguir exprimem a ambiguidade da percepção sobre o usuário de drogas:

O difícil é encontrar Deus com relação a essa pessoa, porque está no submundo, está largada, está abandonada, sem perspectiva nenhuma de futuro de vida. (Odontólogo).

[...] mas um cara realmente bebereão, drogado, está lá jogado às traças mesmo [...]. (ACS).

O uso de palavras e expressões, como 'drogado', 'largado', 'bebereão', pertencente ao 'submundo', 'jogado às traças', mostram a visão objetivista dos profissionais, caracterizando o usuário como alguém privado de construir projetos de vida, o que limita a possibilidade

de comunicação e a potencialidade de experimentar a transcendência das vivências na relação usuário-profissionais de saúde.

A dificuldade de ‘encontrar Deus com relação a essa pessoa’ desumaniza o usuário e coloca a sua vida como algo que está determinado por hábitos, modos de ser, dependências e adoecimentos. O futuro, como algo palpável e previsível, torna-se um ‘sem perspectiva’ e mais uma vez a ambiguidade se faz presente e nos faz compreender as distorções dos modelos implementados em nosso sistema de saúde. A análise fenomenológica, por sua vez, permite-nos reconhecer o indeterminado como um fenômeno positivo e pensar possibilidades para mudanças efetivas que partam dos sujeitos e não dos modelos¹⁰.

Outrossim, essa visão objetivista torna o estigma do usuário de drogas mais duradouro que o próprio efeito da substância no organismo, o que carimba e aprisiona o sujeito na personagem do viciado, tornando um *status* de verdade que impossibilita, muitas vezes, que ele vivencie a sua diferenciação¹³. Nesse contexto, Merleau-Ponty nos coloca a seguinte reflexão sobre as relações socioculturais: “Obcecado pelo ser, e esquecendo o perspectivismo de minha experiência, eu o trato doravante como objeto, eu o deduzo de uma relação entre objetos”⁹⁽¹⁰⁸⁾. Desse modo, vejamos as falas a seguir:

[...] porque esse pessoal que usa droga, desempregados eles começam a roubar as coisas dentro na própria casa, aí quando não tem mais nada em casa que eles possam realmente a buscar fora, vende as coisas que tem, tênis, camiseta. Aí quando não tem outro recurso eles vão tentar o que? Roubar. (ACS).

Jovens, mais da sociedade, porque se eu vendo droga, você sendo da sociedade, você vai pegar para sustentar o tráfico de droga. (Guarda Municipal).

Aqui o usuário aparece como ‘ladrão’ que rouba sua própria família, o que reforça o processo de marginalização vivenciado por esse sujeito. Vendo-se como integrante do

mundo sem drogas, a equipe não se reconhece como igual ao usuário, transformando-o em um objeto, e essa “individualização do objeto aparece como a expressão de uma potência posicional”¹⁰⁽¹⁰⁹⁾, o que imobiliza a experiência perceptiva. A associação entre droga e marginalidade é um mecanismo que desvia a responsabilidade do Estado, trazendo ao usuário o sentimento de culpa pelo uso e um sofrimento constrangedor, o que não resolve a problemática do tráfico, além de afastar ainda mais os usuários dos serviços de saúde, já que a culpa não o impede de usar a droga¹⁴. A posição do profissional, na função de juiz, também pode se configurar roubo ou morte processual, uma vez que limita a oportunidade de o usuário tornar-se outro. O estigma como *status* negativo adere à pele do cidadão, tornando secundárias outras de suas características constitutivas e papéis sociais, o que aumenta a discriminação e promove a morte social da pessoa, impedindo-a de buscar o seu lugar, de projetar-se no futuro ou de criar expectativas de vida, além de privá-la do crescimento pessoal e das conquistas advindas das relações vivenciadas em sociedade¹³⁻¹⁵. À luz de Merleau-Ponty, entendemos que o ser humano constitui um eu posso, o que significa dizer que ele está em constante transcendência. Portanto, estigmatizar o sujeito corresponde à negação da potência que lhe é inerente. Diz o filósofo que “as representações científicas segundo as quais eu sou um momento do mundo são sempre ingênuas e hipócritas”¹⁰⁽⁴⁾.

A experiência perceptiva opera por meio do conjunto dos sentidos e conexão com o mundo a partir das várias dimensões do corpo próprio. Este não como um corpo fisiológico, mas como uma carne porosa que se torna nosso veículo do ser-no-mundo e que flui no tempo retomando os vividos e escoando-se a cada novo instante¹⁰.

Existem, para o filósofo, algumas dimensões para expressão deste corpo; e, em todas elas, quando há um bloqueio de sua manifestação, produz-se, em efeito cascata, uma espécie de ‘apagamento’ da sua potência.

As possibilidades de ser, desfazer e refazer são 'bloqueadas', e, tanto os usuários como os trabalhadores, mantêm-se em estado de congelamento, de impotência e de reprodução dos mesmos modos de ser que os levaram até ali – os usuários em busca do alívio de suas dores, e os trabalhadores promovendo o (des) cuidado em saúde.

Não obstante venham ocorrendo mudanças paradigmáticas no contexto do enfrentamento do consumo habitual de drogas, a equipe de saúde ainda valoriza o tratamento moralista e disciplinar, como mostram os seguintes relatos:

Como se vê em muitas clínicas aqui, você leva o paciente, chega lá, você solta lá dentro, ele fica se ele quiser. Tem que ter tudo murado, tudo bem feitiinho [...] É bom preso, trancado, murado, quando sair de lá 'Poxa, estou no paraíso, estou aqui fora', chega cá fora ele não vai fazer mais, porque ele vai falar 'Poxa, passei por lá e fiquei trancado, cá fora é outra coisa'. (Guarda Municipal).

A gente teve caso aqui de parente, de amigos da gente tentarem resolver e a solução é mandar para fora [...] ou para outro Estado. (Auxiliar Administrativo).

Eu desenharia a família feliz, de bem com a vida, só paz e alegria. O contato com a natureza melhora, porque respira ar limpo. Ajuda a manter nossa cabeça e a mente limpa. (Profissional de Serviços Gerais).

As descrições fazem ver o usuário como alguém que está fora da sociedade; e, concebendo-o dessa forma, a equipe acredita que o tratamento também deve ser realizado fora do território. As descrições desvelam, portanto, que o cuidado significa retirar o usuário da sociedade e discipliná-lo, sob a forma de tratamento moral. Este, por sua vez, surge como característica da racionalidade psiquiátrica, a qual mantinha a prática do internamento como um controle social e moral ininterrupto¹⁷.

Nesse sentido, fundamentada em princípios de vigilância e punição, a psiquiatria

visa manter os usuários reclusos em manicômios, isolados do mundo e de seus cotidianos, tendo a institucionalização como produtora da homogeneidade e objetificação dos institucionalizados¹⁷.

Com efeito, a centralidade no hospital e a hegemonia do paradigma biomédico nas escolas médicas ainda concorrem para a inadequação do perfil de profissionais formados no Brasil em nossa contemporaneidade¹⁸. Nesse contexto, a Associação Brasileira de Psiquiatria, instituição que, desde o início dos anos 2000, assumiu uma forte posição crítica e divulgadora contra a RP, tem mobilizado problematizações paradigmáticas na área da saúde mental, favorecendo concepções e práticas profissionais biocientificistas e de base na lógica de mercado da indústria farmacêutica por toda a sociedade civil^{19,20}. Assim, mesmo passados tantos anos do início da luta pela RP, desafios são postos todos os dias para aqueles que desejam a concretização da mudança psiquiátrica na atenção à saúde mental no Brasil. Ademais, contemporaneamente, temos acompanhado retrocessos na política pública de saúde mental pelo desmonte de alguns de seus pilares, o que também demanda reflexões e pesquisas na área, pois ainda conhecemos pouco sobre o impacto desses retrocessos na assistência e nas produções socioculturais¹⁹.

Na perspectiva dos retrocessos na atenção à saúde mental, deparamo-nos com gestores apoiando ações, com base na Resolução nº 32, de 2017, a qual alterou a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) e sua perspectiva de serviços substitutivos, ampliou a oferta de leitos hospitalares qualificados para internação e reajustou valores de diárias para internação de sujeitos em hospitais especializados, refletindo um estímulo à internação psiquiátrica²¹.

Soma-se à Resolução de 2017 a recente publicação da Nota Técnica nº 11/2019²², publicada pelo Ministério da Saúde para explicitar e consolidar as mudanças que a RP vem sofrendo, desde 2017, na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.

Assim, ressaltamos a necessidade da divulgação ampla de práticas e estudos que articulam a saúde mental com a saúde coletiva, de base comunitária e de relações dialógicas, intersubjetivas e horizontais nas abordagens de cuidado, para além do modelo biomédico²³. Nessa perspectiva, concordando com a reflexão merleau-pontyana acerca da intersubjetividade¹⁰, compreendemos que o encontro intersubjetivo entre profissionais da saúde usuários e demais cuidadores, além de produzir o acolhimento das diferenças, é capaz de promover ressignificações de vivências de sofrimento em abordagens de cuidado integral para todos os envolvidos no encontro²⁴.

Por fim, modelos historicamente hegemônicos em relações verticalizadas na atenção à saúde mental podem interromper a experiência perceptiva, intersubjetiva e influenciar relações de cuidado ineficazes à produção da vida. Assim, no estudo, levantamos a perspectiva de possíveis mudanças na visão de mundo dos profissionais e na invenção de práticas efetivas de prevenção, reabilitação e reinserção social, visto que “a história não é nem uma novidade perpétua, nem uma repetição perpétua, mas o movimento único que cria formas estáveis e as dissolve”⁹⁽¹³⁰⁾.

Considerações finais

O estudo consistiu em compreender a percepção da equipe da ESF sobre o cuidado a usuários de drogas, à luz da fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty. Para o filósofo, o saber é construído na relação intersubjetiva que se estabelece por meio do diálogo na dinâmica da experiência perceptiva.

As descrições relacionadas com a primeira tese mostram que os profissionais compreendem o contexto do uso de drogas como um mundo objetificado e separado da sociedade, que foi designado de ‘mundo das drogas’. Ao instituir esse espaço como o lado do mal, a equipe coloca-se em oposição a ele, isto é, como integrante do lado do bem. Assim, a dicotomia

entre o mundo da equipe e o mundo do usuário – o ‘mundo das drogas’ – interfere no processo intersubjetivo que deve caracterizar as relações de cuidado entre a equipe e as famílias.

A segunda tese apresentada postula que o usuário de drogas está fora da sociedade, habitando um espaço do qual os técnicos não fazem parte. Ao ser concebido de forma objetificada, a tese impõe-lhe uma série de características: ‘assassino’, ‘ladrão’, ‘criminoso’, ‘traficante’, ‘marginal’, ‘dependente químico’, ‘largado’, ‘jogado às traças’, ‘beberrão’, ‘sem perspectiva de vida’, entre outros estereótipos.

Olhar o usuário como quem olha de fora, sem entrelaçar-se com ele, contribui para a segregação e a exclusão social, uma vez que dificulta o acesso a espaços que possam favorecer outras expressões de cuidado, como a conquista de interações sociais e a construção de projetos de vida.

É fundamental, portanto, que os profissionais percebam as teses que sustentam no campo do uso de drogas e ressignifiquem a forma como veem e cuidam do usuário de drogas e sua família. Também, a percepção da equipe da ESF sobre o cuidado às famílias de usuários de drogas parece configurar-se como suposto cuidado ou, por assim dizer, como descuido, visto que se orienta pela sustentação de teses objetivistas. Ao se veem como diferentes do usuário, como integrantes de mundos opostos, a distância entre profissionais e famílias interfere no estabelecimento de espaços dialógicos e transformadores, o que interrompe a experiência perceptiva, já que não se reconhece o cuidado como resultante da intersubjetividade.

Ao ressignificar o olhar, a equipe da ESF poderá ver-se como igual ao outro, na medida em que se constituem seres de generalidades. Ao possibilitar espaços de fala e de escuta, o diálogo entre profissionais e famílias será o meio pelo qual se descobrirão novas alternativas para reduzir danos decorrentes do uso prejudicial de drogas e, dessa forma, novas possibilidades de existência a partir da experiência perceptiva.

A partir dos resultados obtidos, é perceptível a necessidade de maiores aproximações entre a ESF e os serviços de saúde mental, a fim de preparar melhor os profissionais da AB para o cuidado na área de drogas em uma perspectiva biopsicossocial, mediante dispositivos importantes como o matriciamento e a educação permanente.

Como limitações do estudo, os desenhos produzidos pelos participantes que consistiram apenas no emprego de um meio indireto de expressão não foram analisados. A análise deles enriqueceria ainda mais os resultados do estudo. Além disso, a pesquisa foi desenvolvida apenas em uma unidade de ESF, sendo que a expansão para outras unidades poderia desvelar outras teses para serem agregadas aos resultados.

Por fim, o estudo possibilitou-nos compreender que o fenômeno se mostra sempre em perfil, trazendo consigo outros perfis. Na dinâmica da experiência perceptiva, a construção do conhecimento constitui-se uma experiência inacabável, e os fenômenos jamais se desvelam 'em si' por completo, o que impossibilita alcançar todas as suas perspectivas.

Colaboradoras

Lira LSSP (0000-0003-1295-6678)* contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento, e para a análise e a interpretação dos dados; contribuiu significativamente para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Andrade LM (0000-0002-8418-9781)* contribuiu significativamente para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Peixoto LCP (0000-0002-6366-0212)* contribuiu significativamente para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Malhado SCB (0000-0002-0651-1835)* contribuiu significativamente para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Sena ELS (0000-0002-1236-8799)* contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento e para a análise e a interpretação dos dados; contribuiu significativamente para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e participou da aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Sodelli M. Des-tramando o proibicionismo: a redução de danos na prevenção. In: Fernandez OFRL, Andrade MM, Nery Filho A. Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos. Salvador: EDUFBA; Brasília, DF: ABRAMD; 2015. p. 125-136.
2. Vipers S, Hayashi K, Milloy MJ, et al. Use of withdrawal management services among people who use illicit drugs in Vancouver, Canada. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2018; 13(27):2-8.
3. Matsuzaki M, Vu QM, Gwadz M, et al. Perceived access and barriers to care among illicit drug users and hazardous drinkers: findings from the Seek, Test, Treat, and Retain data harmonization initiative (STTR). *BMC Public Health*. 2018; 18(366):2-11.
4. Gomes TB, Vecchia MD. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(7):2327-2338.
5. Brasil. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003.
6. Brasil. Resolução nº 03/GSIPR/CH/CONAD de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. *Diário Oficial da União*. 28 Out 2005. Brasília, DF: Conselho Nacional Antidrogas; 2005. [acesso em 2020 maio 18]. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=101642>.
7. Paula ML, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, et al. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. *Psicol estud*. 2014; 19(2):223-233.
8. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho, interação e saber nas práticas de saúde. *Rev baiana enferm*. [internet]. 2017 [acesso em 2020 maio 19]; 31(1):e21847. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/21847>.
9. Subrinho LQ, Sena ELS, Santos VTC, et al. Cuidado ao consumidor de drogas: percepção de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. *Saúde Soc*. 2018; 27(3):834-844.
10. Merleau-Ponty M. *Fenomenologia da percepção*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2015.
11. Trinca W. Formas de investigação clínica em psicologia: procedimento de desenhos-estórias: procedimentos de desenhos de famílias com estórias. São Paulo: Vetor; 1997.
12. Sena ELS, Gonçalves LHT, Granzotto MJM, et al. Analítica da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2010; 31(4):769-775.
13. Melo RF, Maciel SC. Representação Social do Usuário de Drogas na Perspectiva de Dependentes Químicos. *Psicol. Ciênc. Prof*. 2016; 36(1):76-87.
14. Venturi G. Consumo de drogas, opinião pública e moralidade: motivações e argumentos baseados em uso. *Tempo Social, revista de sociologia da USP*. 2017; 29(2):159-186.
15. Prates JG, Pinho PH, Oliveira MAF, et al. A concepção dos enfermeiros de serviços de urgência e emergência sobre o processo saúde-doença na assistência aos usuários de substâncias psicoativas. *Saúde debate*. 2014; 38(101):318-327.
16. Bard ND, Antunes B, Roos CM, et al. Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2016 [acesso em 2020 maio 19]; 24(e2680):1-7. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0852-2680.pdf.
17. Pombo MF. Da recusa à demanda de diagnóstico: novos arranjos da medicalização. *Arq. bras. psicol*. 2017; 69(3):5-20.

18. Cardoso FM, Campos GW. Aprendendo a clínica do sofrimento social: narrativas do internato na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020; 25(4):1251-1260.
19. Leal EM, Ferrari IF. A realidade social brasileira e o retrocesso na Saúde Mental. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* 2019; 22(3):421-438.
20. Moncrieff J. Antipsychotic maintenance treatment: time to rethink? *PLoS med.* [internet]. 2015 [acesso em 2020 maio 19]; 12(8):e1001861. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4524699/>.
21. Brasil. Resolução nº 32 de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 11/2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde e nas diretrizes na Política Nacional sobre drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.
23. Nóbrega MPSS, Venzel CMM, Sales ES, et al. Ensino de Enfermagem em Saúde Mental no Brasil: perspectivas para a atenção primária à saúde. *Texto contexto – enferm.* [internet]. 2020 [acesso em 2020 maio 19]; 29:e20180441. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072020000100315&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
24. Carvalho PAL, Malhado SCB, Constâncio TOS, et al. Cuidado humano à luz da fenomenologia de Merleau-Ponty. *Texto contexto enferm.* [internet]. 2019 [acesso em 2020 maio 19]; 28:e20170249. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072019000100605&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

Recebido em 07/09/2019

Aprovado em 05/05/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Qualidade da atenção aos pacientes com Diabetes Mellitus no Programa Mais Médicos, em um município da região metropolitana do Recife (PE), Brasil

Quality of care for patients with Diabetes Mellitus in the More Doctors Program, in a municipality in the metropolitan region of Recife (PE), Brazil

Maria da Penha Rodrigues dos Santos¹, Maria do Socorro Veloso de Albuquerque², Tereza Maciel Lyra¹, Antonio da Cruz Gouveia Mendes¹, Fabiana Letícia da Silva¹, George Tadeu Nunes Diniz¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012508

RESUMO Avaliou-se a qualidade da atenção aos pacientes com diabetes nas equipes do Programa Mais Médicos. Tratou-se de um estudo quantitativo, transversal, realizado em Goiana, Pernambuco, entre novembro de 2016 e agosto de 2017. Utilizaram-se entrevistas estruturadas a partir do Primary Care Assessment Tool. Foram entrevistados 41 profissionais de Equipes de Saúde da Família ligadas ao Programa Mais Médicos e 437 usuários com Diabetes Mellitus acompanhados por essas equipes. Os achados demonstram que a presença regular dos médicos pode ter ocasionado bons resultados quanto à longitudinalidade (usuários: 7,1; profissionais: 8,2) e à utilização dos serviços (usuários: 8,5). A qualidade do componente sistema de informações (usuários: 7,6; profissionais: 9,2) indica preenchimento e disponibilidade de informações sobre pacientes. Deficiência estrutural do município pode ter contribuído para o baixo desempenho da acessibilidade (usuários: 3,6; profissionais: 3,9). Resultados insatisfatórios para orientação familiar (4,6) e comunitária (2,88), segundo usuários, reforçam a necessidade de fortalecimento desses atributos, peculiares à Estratégia Saúde da Família. Ademais, por tratar-se de um programa, existe a possibilidade de sua descontinuidade, sobretudo no cenário da Emenda Constitucional nº 95, de 2016, podendo comprometer o acesso e a continuidade dos cuidados, especialmente aos usuários com doenças crônicas que utilizam frequentemente o sistema de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação de programas e projetos de saúde. Consórcios de saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *The research evaluated the quality of care for patients with diabetes, cared for by the teams of the More Doctors Program. A quantitative, cross-sectional study was carried out in Goiana, Pernambuco, between November 2016 and August 2017. Structured interviews were used from the Primary Care Assessment Tool. 41 professionals from Family Health Teams linked to the More Doctors Program and 437 users with Diabetes Mellitus monitored by those teams were interviewed. The findings evidence that regularity in doctors' attendance may have lead to good results regarding longitudinality (users: 7,1; professionals: 8,2) and use of services (users: 8,5). Quality regarding the information system component (users: 7,6; professionals: 9,2) indicates that data about patients were complete and available. Structural deficiencies in the municipality may have contributed to the low performance of accessibility (users: 3,6; professionals: 3,9). Poor results for family (4,6) and community (2,88) counselling, according to users, reinforce the need to strengthen these attributes, specific to the Family Health Strategy. Additionally, as it is a program, there is the possibility of its discontinuity, due to the context created by Constitutional Amendment nº 95, 2016, which may compromise access and continuity of care, especially for users with chronic diseases who frequently use the health care system.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Recife (PE), Brasil.
santospenha2011@gmail.com

²Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Recife (PE), Brasil.

KEYWORDS Program evaluation. Health consortia. Primary Health Care.



Introdução

O compromisso com o fortalecimento dos cuidados primários para o alcance de sistemas universais foi renovado em 2018, durante a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, realizada em Astana, capital do Cazaquistão¹.

Esse novo acordo ocorre em um momento em que ainda persistem muitos desafios para a consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) enquanto ferramenta para alcançar a meta da saúde para todos, defendida em Alma-Ata, em 1978, ao mesmo tempo em que já existem evidências de impacto nos indicadores de saúde, quando se opta pelo seu fortalecimento^{2,3}.

No Brasil, não obstante o subfinanciamento da saúde e recentes alterações nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Primária (PNAB)⁴, a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF), até o final de 2018, mostrou-se a forma prioritária de reorganização do modelo de atenção à saúde.

Constata-se a prioridade pela ampliação da cobertura alcançada a cada ano. Em dezembro de 2017, a ESF estava presente em 98% dos municípios do Brasil, com cobertura de 64% da população, configurando um importante crescimento nos últimos anos, uma vez que, em 2005, essa cobertura girava em torno dos 44%. Atualmente, a região Nordeste possui o maior percentual de cobertura (80,79%), seguida pela Sul (66,72%), Norte (64,12%), Centro-Oeste (62,14%) e Sudeste (53,9%)⁵.

Contudo, dificuldades são encontradas para concretizar a expansão da cobertura em municípios distantes dos grandes centros e em comunidades vulneráveis. Esta preocupação não é recente e os problemas são bem conhecidos, como a oferta desigual de profissionais de saúde entre as regiões do País, sobretudo de médicos.

O Brasil possui, atualmente, cerca de 2,18 médicos/mil habitantes. Quando se avaliam as regiões isoladamente, observa-se que a Norte e a Nordeste estão abaixo do índice

nacional, com 1,01 e 1,23 médicos/mil habitantes, respectivamente, enquanto a Sudeste ocupa a melhor posição, com 2,67⁶. Entre os estados, 16 deles (localizados nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste) possuem razão inferior a 1,5. Os municípios de maior porte também concentram a maioria desses profissionais, uma vez que o número de médicos nas capitais chega a ser quatro vezes maior do que no interior dos estados⁶.

Reduzir essas desigualdades e induzir uma formação mais próxima às necessidades da população têm sido preocupações recorrentes no Brasil. O Projeto Rondon, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits) são exemplos de iniciativas governamentais testadas entre o período da ditadura militar e o início dos anos 2000, além do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (ProvaB), implantado em 2011^{7,8}.

Contudo, foi apenas com o Programa Mais Médicos (PMM), lançado em 2013, que a provisão de médicos em áreas prioritárias teve magnitude e respostas em tempo adequado para atender a demanda dos municípios brasileiros. De fato, o Programa chegou a 73% dos municípios brasileiros, além de 34 distritos de saúde indígenas, com 18.240 médicos^{8,9}.

Desde a sua implantação, o PMM vem sendo objeto de estudos, em sua maioria realizados por pesquisadores brasileiros. Entre 2013 e 2016, pesquisas avaliativas e análises de política responderam pela maioria da produção científica sobre esse tema¹⁰. Podem ser encontrados na literatura, ainda, estudos que discutem acesso, equidade, integralidade, longitudinalidade, mudanças no processo de trabalho e impacto na provisão, na rotatividade dos médicos e na satisfação do usuário após a implantação do PMM. Essas pesquisas mostraram resultados positivos^{3,11}, mas também revelaram os limites do Programa¹². Todavia, em virtude do pouco tempo de implantação

do PMM, ainda há uma carência de outros estudos, inclusive, que demonstrem seus efeitos sobre os indicadores de saúde³.

A região Nordeste foi a que recebeu o maior número de médicos pelo PMM nos cinco primeiros ciclos de adesão, tendo 590 municípios habilitados ao preenchimento de vagas disponibilizadas, com a participação de 95 municípios pernambucanos¹³, entre os quais está Goiana, município integrante da região metropolitana do Recife (PE), localizado no extremo norte do estado. Com população de 78.618 pessoas¹⁴, esse município aderiu ao Programa, enquadrando-se no perfil de extrema pobreza e com áreas vulneráveis¹³. Sede da XII Região de Saúde do estado, Goiana (PE) também sedia um polo farmacológico, liderado pela Empresa Brasileira de Hemoderivados (Hemobrás), e um polo automotivo (Fiat/Jeep), que exercem influência direta em um conjunto de municípios pernambucanos e paraibanos, por situarem-se na fronteira entre os dois estados.

Sabe-se que polos de desenvolvimento já consolidados, como Macaé e Itaguaí, no Rio de Janeiro, e Suape, em Pernambuco, têm evidenciado um crescimento econômico sem equivalente desenvolvimento social^{15,16}.

No caso de Goiana (PE), estudo promovido pela Hemobrás em parceria com o Instituto Aggeu Magalhães – IAM (Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Pernambuco) identificou fragilidade social e ambiental. No setor saúde, havia uma cobertura da ESF de 68,4%, sendo relatada a insuficiência de insumos, medicamentos e precária infraestrutura das unidades, além da rotatividade de médicos e inadequado perfil dos profissionais contratados para a ESF¹⁷.

Após a implantação do PMM, Goiana (PE) atingiu 100% de cobertura da ESF, com 22 equipes implantadas, chegando a contar com 22 médicos do Programa, em dezembro de 2013¹³. Contudo, é importante salientar que a ampliação de cobertura é apenas uma das dimensões do acesso. Ainda são muitos os fatores que dificultam a entrada e permanência dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁸.

De acordo com Starfield¹⁹, além do acesso, outros atributos essenciais, como a integralidade, a coordenação e a longitudinalidade, são qualidades assistenciais imprescindíveis para a garantia da adesão e continuidade do cuidado. Outras três características, chamadas de atributos derivativos, como a orientação familiar, comunitária e a competência cultural, são reconhecidas também como eixos estruturantes.

Discussões teóricas e avaliação de serviços quanto aos atributos da APS vêm sendo realizadas nos últimos anos, a partir da perspectiva dos usuários e dos profissionais^{11,20}, demonstrando a relevância de sua análise para melhorar a qualidade do atendimento.

A atenção aos pacientes com doenças crônicas, como a Diabetes Mellitus (DM), constitui-se em importante exemplo para o estudo do acesso e da atenção contínua nos serviços públicos, pois é passível de prevenção e diagnóstico precoce. Além disto, por apresentar possíveis complicações ao longo dos anos, os usuários necessitam de acesso a exames e serviços especializados, sem perder o acompanhamento clínico pelas equipes da APS.

O cenário brasileiro de restrição de financiamento para a saúde e de mudanças recentes na PNAB, com previsão de outros modelos de atenção à saúde, torna oportunos os debates em torno da qualidade da atenção prestada pelas equipes que trabalham na APS. Ademais, por sediar uma Regional de Saúde (RS), Goiana (PE) concentra maior quantidade e complexidade de serviços de saúde em relação aos outros dez municípios que compõem a RS, situação que, aliada à cobertura de 100% da ESF, torna o município um apropriado caso para o estudo sobre a organização, o funcionamento e as práticas de trabalho nos serviços de saúde.

Assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar a qualidade da atenção aos pacientes portadores de DM em ESF ligadas ao PMM, em município da região metropolitana do Recife (PE), Brasil.

Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo, com delineamento transversal, realizado no município de Goiana (PE), no período de novembro de 2016 a agosto de 2017, a partir de dados primários.

A população estudada foi composta por médicos e enfermeiros com mais de seis meses de atuação nas equipes do PMM e pelos usuários com DM cadastrados e acompanhados pelas equipes do Programa que, no momento da entrevista, tivessem idade a partir dos 18 anos e que utilizassem as Unidades de Saúde da Família (USF) participantes do estudo para acompanhamento de sua saúde.

No período da pesquisa, no município, havia 21 equipes participantes do PMM. Dessa forma, optou-se por entrevistar o total de profissionais atuantes nas unidades. Participaram, então, 21 enfermeiros e 20 médicos, e 1 profissional se recusou.

Para os usuários, utilizou-se amostra aleatória do total de usuários diabéticos cadastrados nas equipes, de forma a permitir que todas as microáreas fossem contempladas.

No início do estudo, havia 10.492 usuários com diabetes acompanhados pelas ESF em Goiana (PE)²³. Foi realizada uma amostragem por conglomerado, considerando 21 equipes (*clusters*), utilizando 95% de intervalo de confiança, 3% de erro de estimativa e 10% de prevalência, totalizando 378 usuários. Porém, foi considerado um efeito de desenho de 1,4, resultando em 520 usuários.

Do total de 520 usuários, foram excluídos 5 por erro de preenchimento dos formulários. Dessa forma, na amostra inicial de 515 usuários, observou-se que 72 não se enquadravam no critério de inclusão referente à utilização das USF participantes do estudo para acompanhamento da saúde e 6 eram menores de 18 anos, resultando, assim, em 437 usuários. Ressalta-se que o efeito de desenho foi de 1,16, menor do que o programado (1,4).

Após o início das entrevistas, houve uma interrupção em virtude do encerramento do contrato de seis médicos cubanos, em

dezembro de 2016. Para cumprir os critérios de inclusão, foi necessário esperar seis meses após a chegada dos novos médicos para retomar o trabalho de campo, tempo importante para que eles pudessem conhecer o território, a rede de saúde, os trâmites administrativos do município, além de construir o vínculo com a comunidade. E para que os usuários pudessem avaliar a qualidade do serviço após a chegada desses profissionais.

As entrevistas estruturadas foram realizadas por profissionais previamente selecionados e treinados. Médicos e enfermeiros foram entrevistados nas unidades, e os usuários, em seus domicílios. Para isso, utilizaram-se as versões para usuários adultos e para profissionais do Primary Care Assessment Tool validadas no Brasil (PCATool-Brasil).

O PCATool²⁴, criado a partir do modelo de avaliação da qualidade da estrutura, processo e resultado, de Donabedian²⁵, é adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e validado nacional e internacionalmente, possuindo tradição de utilização no Brasil e em alguns países da América, Europa e Ásia por seu grande potencial de aferição da qualidade da APS^{20,24,25}.

Esse instrumento mede a presença e a extensão dos atributos da APS (acesso de primeiro contato, integralidade, coordenação do cuidado, longitudinalidade, orientação familiar e comunitária), e está dividido em questões, conforme o atributo avaliado e seus componentes. A competência cultural não é contemplada na versão validada para o Brasil.

Como o PCATool-Brasil não possui questões que possibilitem traçar o perfil dos sujeitos, antes de sua aplicação, utilizou-se um formulário elaborado pela equipe da pesquisa.

Para a análise dos dados, foram construídas máscaras dos instrumentos para a digitação desses dados, utilizando o programa EPI Info, versão 3.5.4, de 2012. As respostas do PCATool são estruturadas seguindo uma escala do tipo Likert, que vai de 1 a 4 para cada atributo²⁶. As respostas para as questões do PCATool são: 'com certeza, sim' (valor=4), 'provavelmente,

sim' (valor=3), 'provavelmente, não' (valor=2), 'com certeza, não' (valor=1), além da opção 'não sei/não lembro' (valor=9).

Para cada atributo foi criado um escore, utilizando a média aritmética das respostas aos itens que constituem cada componente por atributo. Foram, então, realizadas padronizações dos escores de qualidade, para que todos ficassem em uma mesma escala, podendo variar de 0 a 10. Em seguida, foram analisadas as variáveis, a partir dos escores médios e padronizados. Os escores com valores iguais ou acima de 6,6 evidenciaram forte orientação à APS, por representarem, na escala Likert, o valor 3, que indica a resposta 'provavelmente, sim'²⁷.

Utilizou-se o *Software* Estatístico R, versão 3.3.2, na análise estatística. As diferenças de médias foram avaliadas utilizando Anova, seguido do *post hoc* teste de Tukey. Todas as conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%.

Utilizaram-se tabelas para a apresentação das variáveis mensuradas, incluindo o uso de média. As variáveis com respostas 'provavelmente, sim' e 'com certeza, sim' foram consideradas 'sim'. O mesmo ocorreu para 'provavelmente, não' e 'com certeza, não', consideradas 'não'.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IAM – Fiocruz Pernambuco, sob parecer nº 1.615590, sendo produto do projeto: 'Atenção aos pacientes com DM no Programa Mais Médicos: o caso de Goiana (PE)', financiado pelo IAM, em convênio com a Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (Facepe), e fruto de tese de doutorado do Programa de Saúde Pública do IAM.

Resultados e discussão

A maioria dos usuários era do sexo feminino (71,2%), de cor parda (55,9%), idade entre 30-59 anos (42,2%), com renda de um salário mínimo (50,8%) e residente em moradias sem ligação com a rede pública de esgotamento sanitário (77,3%). Quanto à escolaridade referida, 47,6% dos entrevistados tinham apenas o ensino fundamental incompleto, seguidos de 33,18% de analfabetos. Com relação ao diabetes, apenas 39,8% referiram tempo de diagnóstico menor que cinco anos. A existência de complicações foi relatada por 9,6% dos entrevistados (*tabela 1*).

Tabela 1. Perfil dos usuários com diabetes acompanhados nas unidades participantes do Programa Mais Médicos. Goiana, Pernambuco, 2017

Características		n (%)
Pessoais		
Sexo	Masculino	126 (28,8)
	Feminino	311 (71,2)
	Total	437 (100)
Raça/cor	Branco	113 (26)
	Pardo	243 (55,9)
	Negro	79 (18,2)
	Total	435 (100)
Faixa etária	<30	2 (0,5)
	30-59	183 (42,2)
	60-64	73 (16,8)

Tabela 1. (cont.)

Características		n (%)
Escolaridade	65+	176 (40,6)
	Total	434 (100)
	Sem escolaridade	145 (33,2)
	Ensino fundamental incompleto	208 (47,6)
	Ensino fundamental completo	38 (8,7)
	Ensino médio completo	39 (8,9)
	Ensino superior	7 (1,6)
	Total	437 (100)
Renda	Menos de um salário mínimo	48 (11)
	Um salário mínimo	221 (50,8)
	Mais de um salário mínimo	102 (23,5)
	Sem renda	64 (14,7)
	Total	435 (100)
Condições sanitárias		
Água encanada	Não	204 (46,7)
	Sim	194 (44,4)
	Às vezes	39 (8,9)
	Total	437 (100)
Esgotamento sanitário	Sim	95 (21,7)
	Não	338 (77,4)
	Não sei	4 (0,9)
	Total	437 (100)
Histórico do DM		
Tempo de diagnóstico	<5 anos	127 (39,8)
	5-10 anos	98 (30,7)
	11 e mais	94 (29,5)
	Total	319 (100)
Complicações	Sim	42 (9,6)
	Não	395 (90,4)
	Total	437 (100)

Fonte: Elaboração própria.

Os achados corroboram estudos sobre DM, que revelam maior prevalência entre mulheres, idosos e pessoas com menor nível de escolaridade. Demonstra-se, ainda, na literatura, alta frequência da doença em pessoas com sobrepeso/obesidade e sedentárias. Como principais comorbidades, estão, além da hipertensão arterial, sintomas depressivos, glaucoma e retinopatia diabética^{28,29}.

No Brasil, desde 2006, a frequência de indivíduos com diagnóstico médico de diabetes aumentou, em média, 0,24% ao ano²⁹. A determinação social da doença³⁰ fica evidente, na presente pesquisa, quando se demonstram os resultados para cor/raça,

nível de escolaridade e renda familiar da maioria da população estudada.

A *tabela 2* apresenta os escores médios dos atributos da APS. Para os usuários, o escore geral, que inclui atributos essenciais e derivativos, apresentou valor médio 4,8, abaixo do escore essencial, que foi 5,1, com diferença estatística significativa (valor de $p=0,0007$). Os escores foram inferiores ao valor de referência e ao valor encontrado no País, que foi de 6,8 (escore geral) após a implantação do PMM¹¹. Resultados díspares para os escores geral e essencial foram encontrados a partir das entrevistas com os profissionais: 7,8 e 7,3, respectivamente (*tabela 2*).

Tabela 2. Escores médios dos atributos da Atenção Primária à Saúde, segundo usuários com diabetes e profissionais das equipes participantes do Programa Mais Médicos. Goiana, Pernambuco, 2017

Atributos da APS		Usuários			Profissionais		
		n	Média (0-10)	p-valor	n	Média (0-10)	p-valor
Essenciais	Acesso (utilização dos serviços)*	437	8,5	<0,0001	41	*	<0,0001
	Acesso (acessibilidade)		3,6			3,9	
	Longitudinalidade		6,8			8,2	
	Coordenação (integração do cuidado)	147	6,0			7,5	
	Coordenação (sistema de informação)	433	7,6			9,2	
	Integralidade (serviços disponíveis)	437	4,1			7,0	
	Integralidade (serviços prestados)		3,8			8,2	
Derivativos	Orientação familiar		4,6			9,4	
	Orientação comunitária		2,9			9,4	
Escore geral		437	4,8	0,0007	41	7,8	0,0007
Escore essencial			5,1			7,3	

Fonte: Elaboração própria.

*O atributo acesso (utilização de serviços) só é encontrado no instrumento do usuário.

Quando estudados isoladamente, a maioria dos atributos mostrou-se desfavorável para os usuários. Já para os profissionais, os resultados estiveram acima do valor de referência para sete dos oito atributos avaliados: coordenação: sistemas de informação (9,2), orientação familiar e comunitária (ambas com escore

9,4), integralidade: serviços prestados (8,2), longitudinalidade (8,2), coordenação: integração (7,5) e integralidade: serviços disponíveis (7,0) (*tabela 2*).

Diante dessa disparidade, deve-se analisar com mais cautela os resultados dos usuários, pois são o alvo da atenção e sua opinião deve

ser priorizada. Contudo, há que se considerar que o PMM tem a função de expandir a ESF, que tem apresentado melhores resultados quando comparada aos serviços tradicionais²⁰.

A descontinuidade dos contratos dos médicos e a rotatividade dos gestores municipais – Goiana (PE) teve três secretários de saúde e três diferentes coordenadores da Atenção Básica (AB) durante a pesquisa – podem também ter influenciado a qualidade dos serviços aferida pelos usuários.

A partir da análise da *tabela 2*, observa-se que o atributo acesso (utilização dos serviços) obteve o melhor desempenho, segundo os usuários, com média de 8,5, sugerindo que a localização próxima aos domicílios das pessoas e a presença mais regular dos profissionais (a média de atuação nas equipes do município é de 27 meses para enfermeiros e 21 meses para médicos) têm favorecido a procura das unidades para consultas de rotina e a busca de assistência para novos problemas de saúde. Este resultado confirma outros estudos sobre o componente do acesso na literatura^{31,32}. Em

Goiana (PE), a chegada do Programa parece ter influenciado a ‘performance’ deste atributo.

A acessibilidade obteve uma avaliação negativa, segundo usuários e profissionais (*tabela 2*). Entretanto, mesmo diante do baixo escore atribuído a este componente do acesso que retrata a dimensão estrutura²³, os resultados favoráveis encontrados na utilização dos serviços (dimensão processo) demonstram que, a despeito dos problemas estruturais, os usuários buscam e reconhecem estes serviços como a primeira fonte de atenção à saúde³⁴.

A insuficiente acessibilidade foi determinante para os baixos valores dos escores geral e essencial dos serviços, segundo os usuários. A qualidade deste atributo também vem se apresentando insuficiente em outras pesquisas^{24,31,32}, sendo necessário investir na ampliação do horário de funcionamento, garantia de atendimento às urgências e possibilidade de comunicação dos usuários com a equipe através do telefone para orientações e esclarecimentos de dúvidas, conforme se observa nos resultados da *tabela 3*.

Tabela 3. Distribuição das variáveis mais influentes para os escores do acesso (acessibilidade) e da coordenação do cuidado (integração), segundo usuários com diabetes e profissionais das equipes participantes do Programa Mais Médicos. Goiana, PE, 2017

Atributos	Variáveis	n	n	Sim (%)	n	Não (%)	n	Não sei (%)
Usuários								
Acessibilidade	Abertura no final de semana	437	4	0,9	415	95	18	4,1
	Abertura à noite		10	2,3	392	89,7	35	8
	Aconselhamento por telefone com UBS* aberta		48	11	306	70	83	19
	Aconselhamento por telefone com UBS* fechada		15	3,4	359	82,2	63	14,4
	Atendimento de urgência, durante a noite		0	0	418	95,7	19	3,9
	Atendimento de urgência no final de semana	436	2	0,5	416	95,4	18	4,1
	Espera mais de 30 minutos	433	331	76,5	99	22,9	3	0,7
Profissionais								
Acessibilidade	Abertura no final de semana	41	3	7,3	37	90,2	1	2,4
	Abertura à noite		6	14,6	35	85,4	0	-
	Aconselhamento por telefone com UBS* aberta		15	36,6	26	63,4	0	-
	Aconselhamento por telefone com UBS* fechada		14	34,1	27	65,9	0	-
	Urgência com serviço fechado		6	14,6	35	85,4	0	-
	Urgência durante a noite		7	16,7	34	83,3	0	-

Tabela 3. (cont.)

Atributos	Variáveis	n	n	Sim (%)	n	Não (%)	n	Não sei (%)
Usuários								
Coordenação integração	Consulta com especialista	437	146	33,4	289	66,1	2	0,5
	Encaminhamento ao especialista pela equipe	146	116	79,5	30	20,5	0	-
	Orientação da equipe sobre serviços especializados	144	52	36,1	92	63,9	0	-
	Auxílio da equipe para marcação de serviço especializado	146	72	49,3	74	50,7	0	-
Profissionais								
Coordenação integração	Contrarreferência	41	1	2,4	40	97,6	0	-

Fonte: Elaboração própria.

Provavelmente, sim; com certeza, sim=SIM.

Provavelmente, não; com certeza, não=NÃO.

*UBS: Unidades Básicas de Saúde.

Estudo que avaliou a qualidade da APS no Brasil e sua associação com o PMM demonstra que o provimento emergencial de médicos do Programa associou-se a um pequeno aumento no escore de acesso (somados os componentes de estrutura e processo) obtido com o PCATool-Brasil, sobretudo em regiões com maior vulnerabilidade socioeconômica, como a Nordeste¹¹.

Em consonância com outros estudos²⁴, a longitudinalidade apresentou alto nível de qualidade, com escores 6,8 e 8,2, respectivamente, para usuários e profissionais (tabela 2).

Para as doenças crônicas, esse atributo, em conjunto com a coordenação, é essencial, pois revela que está havendo uma continuidade do cuidado pela mesma equipe, sobretudo pelo médico²⁰. Este parece ser um dos grandes potenciais do PMM, sobretudo em municípios que antes não conseguiam manter médicos, como é o caso de Goiana (PE). No Brasil, foi identificado alto escore de longitudinalidade (7,7) após a implantação do Programa¹¹.

Esse atributo tem grande potencial para impactar nos gastos com a saúde pública, uma vez que, quanto maior a sua extensão na APS, mais precisão diagnóstica e terapêutica, mais controle glicêmico, menos encaminhamentos desnecessários, menos aparecimentos de complicações e menos gastos com procedimentos de maior complexidade³³.

Os contratos com duração de três anos, com possíveis renovações por iguais períodos, têm possibilitado o atendimento contínuo a tais usuários durante esse tempo, aliados à garantia de pagamento através do governo federal, o que torna a permanência dos profissionais menos dependente dos recursos do município.

Contudo, entende-se que essa não é a situação ideal. É muito pouco para a população, que tem a saúde como direito, contentar-se com uma assistência que tem hora para acabar. O PMM tem caráter provisório, depende de renovação desses contratos e este é um limite real do Programa. Os contratos de trabalho precários e a remuneração através de bolsas, sem a garantia dos direitos trabalhistas, também são apontados como entraves¹².

De qualquer forma, enquanto os problemas estruturais não forem solucionados, como, por exemplo, por meio da carreira SUS, o PMM parece estar desempenhando uma de suas funções, que é levar atenção à saúde para onde há desassistência. Os resultados do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (avaliação externa entre 2017 e 2018) demonstram que, das 22 ESF do município de Goiana (PE), a maioria foi considerada boa (11 ESF) ou muito boa (9 ESF)³⁴.

Com escores 7,6 e 9,2, a coordenação (sistema de informações) apresentou alta 'performance', segundo usuários e profissionais, confirmando os achados de outros estudos que usaram o mesmo instrumento³². Já a coordenação (integração dos cuidados) mostrou qualidade insatisfatória para os usuários (6,0) e, mesmo para os profissionais que atribuíram um alto escore a esse atributo (7,5), a contrarreferência é apontada como um problema que ainda precisa ser enfrentado no município (*tabelas 2 e 3*).

Ainda para a coordenação (integração de cuidados), é importante destacar que apenas 33,4% dos usuários entrevistados relataram encaminhamentos para especialistas e, desses, 70,4% foram encaminhados pela equipe do PMM do município (*tabela 3*).

Para subsidiar tecnicamente os profissionais da APS no País, há uma série de normas e procedimentos editados, principalmente por entidades médicas e pelo Ministério da Saúde (MS). Essas diretrizes incluem o rastreamento de usuários com alto risco para desenvolver a doença (prevenção primária), além daqueles que têm diabetes, mas desconhecem (prevenção secundária). Para os usuários já com diagnóstico estabelecido, prevenir as complicações e controlar as já instaladas deve ser rotina no processo de trabalho das equipes da APS no País³⁵.

A APS deve ser capaz de tratar 80% dos casos, contudo, por recomendação do MS, o médico deve encaminhar à unidade de referência secundária os usuários com dificuldade de controle metabólico, após frustradas as tentativas de obtenção de controle pela equipe local, além dos casos de diabetes gestacional, gestantes com diabetes e os usuários que necessitam de uma consulta especializada com cardiologista, oftalmologista, endocrinologista, nefrologista ou outra especialidade que se faça necessária³⁶.

O acesso a consultas especializadas precisa ser ampliado no município. Há uma policlínica que, no final de 2018, contava apenas com uma especialidade demandada

comumente pelos usuários com diabetes (cardiologia), além de duas unidades mistas na zona rural. Goiana (PE) passou a ser sede da XII Região de Saúde (RS) em 2011⁵. Com isso, o hospital de média complexidade, que antes era municipal, passou a ser regional, sob gestão estadual, e a atender também os outros dez municípios que compõem a RS, sem que houvesse a ampliação de consultas especializadas na rede própria, não havendo compra de consultas à rede privada, apenas exames laboratoriais. Há que se destacar que esse hospital passou por reforma durante o estudo, o que dificultou ainda mais o acesso a esse serviço.

Existe uma central de regulação que utiliza o sistema estadual, então, por dificuldade de especialistas na rede municipal, o usuário acaba entrando na fila para atendimento, o que pode ocorrer no próprio município ou na capital do estado.

As centrais de marcação, mesmo sendo necessárias para ordenar o fluxo, identificar o real tamanho das filas de espera, monitorar e melhorar o planejamento, sobretudo de âmbito municipal, são insuficientes para garantir a acessibilidade e continuidade do cuidado. Há necessidade de arranjos regionais sólidos que expressem o trabalho articulado entre os três entes federados na perspectiva de promover uma atenção integral¹². O PMM também não tem como propósito interferir na baixa capacidade do exercício da regulação e coordenação dos médicos e equipes sobre o sistema de saúde¹².

Quanto à integralidade (serviços disponíveis), o escore 4,1 atribuído pelos usuários pode ser explicado pela dificuldade na obtenção de informações sobre programas assistenciais, como o programa de suplementação alimentar, além de realização de suturas, colocação de talas, remoção de verrugas e unha encravada, e identificação de problemas visuais e auditivos. Muitos não souberam informar sobre a disponibilidade dos serviços de orientação sobre drogas, saúde mental e aconselhamento, e teste anti-HIV (*tabelas 2 e 4*).

Tabela 4. Distribuição das variáveis mais influentes para o escore da integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados), segundo usuários com diabetes e profissionais das equipes Programa Mais Médicos. Goiana, PE, 2017

Atributos	Variáveis	n	n	Sim (%)	n	Não (%)	n	Não sei (%)
Usuários								
Integralidade serviços disponíveis	Aconselhamento sobre mudanças no envelhecimento	436	112	25,7	237	54,4	87	20
	Informações sobre programas assistenciais	437	65	14,9	288	66	84	19,2
	Informações sobre programa de suplementação alimentar		16	3,7	305	69,8	116	26,5
	Aconselhamento/tratamento drogas		77	17,6	120	27,5	240	54,9
	Aconselhamento/saúde mental		94	21,5	121	27,7	222	50,8
	Sutura		77	17,6	235	53,8	125	28,6
	Aconselhamento e teste anti-HIV		131	30	75	17,2	231	52,9
	Identificação de problemas auditivos		67	15,3	238	54,5	238	30,2
	Identificação de problemas visuais		73	16,7	241	55,2	123	28,2
	Colocação de tala		26	6	314	71,9	97	22,2
	Remoção de verrugas		14	3,2	268	61,3	155	35,5
	Aconselhamento sobre como parar de fumar		118	22,7	99	27	220	50,3
	Remoção de unha encravada		32	7,4	223	51,3	180	41,4
	Orientações sobre doação de órgãos em caso de coma	435	60	13,7	193	44,2	184	42,1
Profissionais								
Integralidade serviços disponíveis	Sutura	41	8	19,5	33	80,5	0	-
	Colocação de tala		4	9,8	37	90,2	0	-
	Remoção de verrugas		2	4,9	39	95,1	0	-
	Remoção de unha encravada		6	14,6	35	85,4	0	-
Usuários								
Integralidade serviços prestados orientações sobre	Segurança no lar	437	192	43,9	222	50,8	23	5,3
	Maneiras de lidar com conflitos de família		45	10,3	349	79,9	43	9,8
	Possíveis exposições a substâncias perigosas		69	15,8	325	74,4	43	9,8
	Guarda de arma de fogo em casa, se houver		2	0,5	415	95	2	5
	Prevenção de queimaduras		89	20,4	323	73,9	25	5,7
	Prevenção de quedas		132	30,2	283	64,8	22	5
	Prevenção para osteoporose (só para mulheres)	321	98	30,5	213	66,4	10	3,1
	Menstruação ou menopausa (só para mulheres)		77	24	228	71	16	5
	Uso de cinto de segurança e cadeirinha para criança	437	11	2,5	380	87	43	10,5
Profissionais								
Integralidade serviços prestados orientações sobre	Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança e cadeirinha para criança	41	18	43,9	23	56,1	0	-
	Orientações sobre guarda de arma de fogo em casa, se houver		2	4,9	39	95,1	0	-

Fonte: Elaboração própria.

Provavelmente, sim; com certeza, sim=SIM.

Provavelmente, não; com certeza, não=NÃO.

Mesmo a integralidade (serviços disponíveis) tendo apresentado bom resultado, segundo os profissionais (média de 7,0), algumas questões apontadas como insatisfatórias pelos usuários também foram indicadas pela maioria dos médicos e enfermeiros, como a indisponibilidade de serviços de sutura, colocação de tala, remoção de verrugas e de unha encravada (*tabelas 2 e 4*).

Já para o componente serviços prestados da integralidade, as questões mais influentes para o resultado negativo (média de 3,8), segundo os usuários, foram: segurança no lar, orientações sobre uso de cinto de segurança e cadeirinhas para crianças no carro, maneiras de lidar com conflitos em família, possíveis exposições a substâncias perigosas, guarda de arma em casa, e prevenção de quedas e queimaduras. E, especificamente para as mulheres: orientações sobre osteoporose, menstruação e menopausa.

A resposta a essas questões foi negativa para a maioria dos usuários entrevistados, sendo as questões de orientação sobre guarda de arma em casa e uso de cinto de segurança e cadeirinha para crianças negativas para a maioria não só dos usuários, mas também dos profissionais (*tabelas 2 e 4*).

Outra discordância entre as informações fornecidas pelos usuários e profissionais se refere à orientação familiar e comunitária. Em relação à orientação familiar, os escores para usuários e profissionais foram, respectivamente, 4,6 e 9,4; e, para a orientação comunitária, também respectivamente, 2,9 e 9,4 (*tabela 3*).

Para a baixa qualidade da orientação familiar, segundo os usuários, contribuíram a dificuldade de participação dos usuários no planejamento do seu tratamento e a falta de interesse da equipe pela história familiar dos pacientes (*tabela 5*).

Tabela 5. Distribuição das variáveis referentes à orientação familiar e à orientação comunitária, segundo usuários com diabetes acompanhados pelas equipes participantes do Programa Mais Médicos. Goiana, PE, 2017

Atributos	Variáveis	n	n	Sim (%)	n	Não (%)	n	Não sei (%)
Usuários								
Orientação familiar	Participa do planejamento do tratamento	437	133	30,4	289	66,1	15	3,4
	Interesse da equipe sobre problemas familiares de saúde	437	212	48,5	221	50,6	4	0,9
Orientação comunitária	Visita domiciliar	437	379	86,7	54	12,4	4	0,9
	Conhecimento da equipe sobre problemas de saúde da comunidade	436	240	55,1	72	16,5	124	28,4
	Opiniões e ideias da comunidade consideradas para a melhoria dos serviços de saúde	437	132	30,2	96	21,9	209	47,8
	Pesquisas de satisfação	437	91	20,8	151	34,6	195	44,6
	Pesquisas para identificar novos problemas de saúde	437	86	19,7	152	34,8	199	45,5
	Estímulo à participação em conselho local de saúde	436	54	12,4	329	75,5	53	12,2

Fonte: Elaboração própria.

Provavelmente, sim; com certeza, sim=SIM.

Provavelmente, não; com certeza, não=NÃO.

O baixo escore atribuído à orientação comunitária deve-se ao fato de muitos usuários não saberem responder a metade das questões relacionadas a este atributo (*tabela 5*). No

entanto, um alto percentual de usuários relatou a realização das visitas domiciliares (86,7%), aspecto importante no cuidado aos pacientes com doenças crônicas. Esses dois atributos

perpassam por quatro dos seis elementos do modelo de atenção às doenças crônicas: suporte às decisões, sistema de informações clínicas, autocuidado apoiado e recursos da comunidade. Com pessoas bem informadas e participantes do planejamento do seu tratamento, é possível desenvolver o autogerenciamento da saúde e, assim, os resultados tendem a ser positivos³⁰. Por ser pilar da ESF, esta discussão deve ser retomada em outros estudos, podendo ser utilizada a abordagem qualitativa.

Aponta-se, como limitação do estudo, a metodologia utilizada a partir do PCATool, que confere o mesmo peso a todos os atributos, sendo tal limite já apontado na literatura³². Sugerem-se pesos diferentes para os casos estudados, como aqueles envolvendo doenças crônicas, nos quais as questões mais relevantes recebem maiores pesos.

Aliadas à discussão anterior, algumas questões dos instrumentos merecem revisão ou adaptação à realidade, como é o caso da questão: aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro, que foi decisiva para o baixo escore do atributo integralidade (serviços prestados). A maioria dos usuários relatou renda de até um salário mínimo (50,8%), sendo essa questão discutível para tal realidade.

Considera-se, ainda, o delineamento do estudo sem grupos controles como um aparente limite do estudo, contudo, ressalta-se que as unidades de saúde incluídas no estudo representavam o universo de unidades da ESF em funcionamento no município e o restante da rede de AB também não permitiria outro delineamento.

Considerações finais

Os resultados sugerem que o PMM vem contribuindo para a melhoria do atendimento à população estudada, não só pelo aumento da cobertura, mas também pelos altos escores de qualidade apresentados por importantes atributos para as doenças crônicas. O atributo

coordenação (sistema de informações) obteve boa avaliação, tanto para usuários quanto para profissionais. E para os usuários, o acesso (utilização) apresentou o melhor nível de qualidade entre todos os atributos avaliados, confirmando o grande potencial da ESF enquanto serviço preferencial para a população de estudo.

Contudo, o PMM, mesmo alocando médicos em locais antes desassistidos, pode perder parte do seu potencial em virtude de problemas estruturais locais. Ademais, seu caráter provisório pode interferir na qualidade quando há trocas de profissionais, mesmo que ocorram apenas após três anos.

Novos estudos podem ser realizados em um momento no qual os contratos dos médicos estejam vigentes para avaliar se os resultados se mantêm. A abordagem qualitativa também pode elucidar as questões apontadas neste estudo. Salienta-se que a pesquisa que originou o presente artigo também utilizou dados qualitativos advindos de gestores e profissionais, estando em processo de análise para futura publicação.

Recomenda-se que a gestão municipal crie condições de acesso que, necessariamente, não precisem da presença física, como via telefone, para que os profissionais tirem dúvidas e possam acompanhar à distância a situação de saúde dos usuários cadastrados. Em se tratando de doenças crônicas, isto pode favorecer o autocuidado, aliando-se ao fortalecimento dos pilares da ESF, que são a orientação familiar e comunitária, com vistas a capacitar e empoderar os usuários, além de resgatar o estímulo à participação efetiva destes sujeitos no planejamento do tratamento, inclusive, aproveitando os recursos da própria comunidade para que as metas estabelecidas sejam alcançadas.

Evidenciou-se a importância de aferir os atributos da APS para qualificar os serviços. É importante que a gestão municipal se aproprie de metodologias de avaliação da qualidade e as transforme em uma cultura no município, para que se persiga a melhoria contínua dos serviços.

Por fim, há que se ressaltar os limites do

PMM. Em se tratando de um programa, haverá sempre a possibilidade de sua descontinuidade a cada troca de governo. Além disto, em virtude da Emenda Constitucional nº 95, de 2016, que congela os gastos com saúde por 20 anos, existe também um limite à própria saúde pública e à atenção primária, pois, sem novos recursos, não há como garantir acesso e continuidade dos cuidados, especialmente aos usuários com doenças crônicas que utilizam frequentemente o sistema de saúde.

Esse cenário se torna mais inquietante quando é somado às alterações da PNAB, ocorridas em 2017, que preveem diminuição do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e mudança de seu perfil de atuação, além da priorização da chamada AB tradicional em detrimento da ESF. Com isto, o cuidado aos usuários com doenças crônicas tende a sofrer um retrocesso. Conceitos como acolhimento, vínculo, adscrição da clientela, territorialização, responsabilidade sanitária e trabalho em

equipe multiprofissional talvez passem a não fazer mais sentido. Assim, a ESF pode deixar de ser a porta de entrada preferencial da APS, perdendo seu potencial de coordenadora da rede de atenção.

Colaboradores

Santos MPR (0000-0002-4420-0800)*, Albuquerque MSV (0000-0002-1520-700X)* e Lyra TM (0000-0002-3600-7250)* contribuíram substancialmente para a concepção, planejamento e para a análise e a interpretação dos dados; para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo e para a aprovação da versão final do manuscrito. Mendes ACG (0000-0002-3381-134X)*, Silva FL (0000-0002-2191-8262)* e Diniz GTN (0000-0002-9620-2621)* contribuíram significativamente para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo. ■

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Países de todo o mundo assinam Declaração de Astana, que traça caminho para alcançar cobertura universal de saúde [internet]. Brasília, DF: OPAS; 2018 [acesso em 2019 jan 7]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5791:países-de-todo-o-mundo-assinam-declaracao-de-astana-que-traca-caminho-para-alcancar-cobertura-universal-de-saude&Itemid=843.
2. Etienne CF. Promoting universal health through primary health care. Rev. Panam. Salud Publica [internet]. 2018 [acesso em 2019 jan 7]; 42(145):1-2. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.145>.
3. Barbosa AC, Amaral PV, Francesconi GV, et al. Programa Mais Médicos: como avaliar o impacto de uma abordagem inovadora para superação de iniquidades em recursos humanos. Rev. Panam. Salud Publica. 2018; 40(6):1-8.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

4. Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A. Organização da atenção primária no Brasil e os desafios para a integração em redes de atenção. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, et al. Atenção primária à saúde no Brasil. Conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 51-72.
5. Brasil. Ministério da Saúde. E-Gestor atenção básica. Informação e gestão da atenção básica. Cobertura da atenção básica. [acesso em 2018 dez 20]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesso-Publico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
6. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, et al. Demografia médica no Brasil 2018. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp; 2018.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Diário Oficial da União. 2 Set 2011. [acesso em 2020 abr 3]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html.
8. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HÁ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface (Botucatu). 2015; 19(54):623-634.
9. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA, et al. A ampliação das equipes de saúde da família e o Programa Mais Médicos nos municípios brasileiros. Trab. Educ. Saúde. Rio de Janeiro. 2017; 15(1):131-145.
10. Rios DRS, Teixeira C. Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos. Saúde Soc. São Paulo. 2018; 27(3):794-808.
11. Rech MRA, Harzheim E. Qualidade da atenção primária no Brasil e associação com o Programa Mais Médicos. Rev. Panam. Salud Publica. 2018; 42(164):1-11.
12. Campos GWS, Pereira Júnior N. A Atenção primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. Ciênc. Saúde Colet. 2016; 21(9):2655-2663.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Resultados para o país. [acesso em 2018 dez 13]. Disponível em: <http://mais-medicos.gov.br/resultados-para-o-pais>.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
15. Santana JS, Guedes CAM, Villela LE. Desenvolvimento territorial sustentável e desafios postos por megaempreendimentos: o caso do município de Itaguaí-RJ. Cad. EBAPE. BR. 2011; 9(3):846-867.
16. Oliveira RS, Morais HMM, Goes PSA. Problematisando a diáde saúde e desenvolvimento: o caso do polo de Suape no estado de Pernambuco. Saúde Soc. 2018; 27(1):149-162.
17. Bezerra ACV, Lyra TM, Albuquerque MSV. Diagnóstico participativo do setor saúde no município de Goiana, Pernambuco. Espaço e Geografia. 2015; 18(2): 347:366.
18. Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da atenção básica em Pernambuco. Saúde debate. 2014; 38(103):182-193.
19. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
20. Martins JS, Abreu SCC, Quevedo MP, et al. Estudo comparativo entre US com e sem ESF por meio do PCATool. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade. 2016; 11(38):1-132.
21. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Informações em Saúde. Tabnet do Estado de Pernambuco. [acesso em 2016 ago 17]. Disponível em: <http://tabnet.saude.pe.gov.br/cgi-bin/dh?tab/tabsiab/sauest.def>.
22. Charlyn E, Starfield B, Hurtado MP, et al. Measuring consumer experiences with primary care. Pediatrics. Evanston. 2000; 105(4):998-1003.

23. Donabedian A. Enfoques básicos para la evaluación: estructura, proceso y resultado. In: Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y método de evaluación. Cidade do México. La Prensa Médica Mexicana; 1984. p. 95-157.
24. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(9):1941-1952.
25. Penso JM, Périgo E, Oliveira MMC, et al. Avaliação da atenção primária à saúde utilizando o instrumento PCATool-Brasil. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. 2017; 12(39):1-9.
26. Likert R, Roslow S, Murphy G. A simple and reliable method of scoring the Thurstone attitude scales. *J. Soc. Psychol.* [internet]. 2010 [acesso em 2019 jan 17]; 5(1934):228-238. Disponível em: https://brocku.ca/MeadProject/Likert/Likert_1934.
27. Harzheim E, Gonçalves MR, D'Avila OP, et al. Estudos de PCATool no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, et al. Atenção primária à saúde no Brasil. Conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 493-525.
28. Petermann XB, Machado IS, Pimentel BN, et al. Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na atenção primária em saúde: uma revisão narrativa. *Saúde (Santa Maria)*. 2015; 41(1):49-56.
29. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: MS; 2014.
30. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [internet]. Brasília, DF: OPAS; 2012 [acesso 2019 fev 20]. 515 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf.
31. Prates ML, Machado IS, Silva LS, et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(6):1881-1893.
32. Vidal TB, Tesser CD, Harzheim E, et al. Avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2012: estudo transversal de base populacional. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2018; 27(4):1-10.
33. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(supl1):1029-1040.
34. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de atenção básica. Lista de Certificação do 3º ciclo do PMAQ em Goiana, Pernambuco. [acesso em 2019 fev 1]. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/noticia/5434>.
35. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2017-2018) [internet]. São Paulo: Clanad; 2018. [acesso em 2019 mar 20]. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>.
36. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus [internet]. Brasília, DF: MS; 2013. [acesso em 2018 set 15]. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf.

Recebido em 08/06/2019

Aprovado em 07/02/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Fundação Oswaldo Cruz - Pernambuco (Fiocruz-PE)

Perfil de atendimento de população idosa nas Unidades de Pronto Atendimento do município do Rio de Janeiro

Care profile of the elderly population in Emergency Care Units in the city of Rio de Janeiro

Gabriela Abreu Paes Carneiro da Costa¹, Gisele O'Dwyer¹, Yasmim de Souza Carvalho¹, Hisbello da Silva Campos², Nadia Cristina Pinheiro Rodrigues¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012509

RESUMO No atual contexto de transição epidemiológica, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) passaram a exercer papel fundamental no atendimento à população idosa, com destaque para diagnósticos relacionados com trauma, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias. Este trabalho teve como objetivo fazer uma análise do atendimento à população de idosos nas UPA do município do Rio de Janeiro entre os anos 2013 e 2015, levando em conta os diagnósticos mais prevalentes de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, as classificações de risco relativas a cada grupo de doenças e os desfechos após o atendimento médico. Detectou-se maior prevalência de atendimentos do sexo feminino, assim como um aumento considerável no número de diagnósticos atendidos em idosos com o passar dos anos. Observou-se que a maioria desses idosos foi classificada como risco Amarelo, e a maior parte dos desfechos foi alta ou encaminhamento a especialistas. A rede de atenção à saúde deve preparar-se para o aumento das demandas desse grupo etário, sendo especialmente necessário um incentivo à procura pela atenção primária em busca da prevenção.

PALAVRAS-CHAVE Assistência integral à saúde do idoso. Política de saúde. Doenças cardiovasculares. Doenças respiratórias. Traumatologia.

ABSTRACT In the current context of epidemiological transition, Emergency Care Units (UPA) have started to play a fundamental role in assisting the elderly population, with emphasis on diagnoses related to trauma, cardiovascular diseases and respiratory diseases. This study aimed to analyze the care provided to the elderly population in the UPA in the city of Rio de Janeiro between the years 2013 and 2015, taking into account the most prevalent diagnoses according to the International Classification of Diseases, the relative risk classifications each group of diseases and the outcomes after medical care. It was detected a higher prevalence of female visits, as well as a considerable increase in the number of diagnoses attended in the elderly over the years. It was observed that most of these elderly people were classified as Yellow risk, and most of the outcomes were discharged or referred to specialists. The health care network must prepare itself to increase the demands of this age group, being especially necessary to encourage the search for primary care in pursuit of prevention.

KEYWORDS Comprehensive health care. Health policy. Cardiovascular diseases. Respiratory diseases. Traumatology.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
gabi.abreu.costa@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Fernandes Figueira (IFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

Os padrões demográficos e epidemiológicos no Brasil têm sofrido muitas mudanças ao longo dos anos, mesmo que de maneira mais lenta do que em países como os europeus. Até os anos 1940, aproximadamente, ainda se destacavam doenças infectoparasitárias no cenário epidemiológico do País como primeira causa de morte da população. Essas foram, a partir desse período, substituídas pelas Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Dant), principalmente doenças crônicas e degenerativas, com agudização, e causas externas, como acidentes. Concomitantemente a esse fato, há a introdução de tecnologias e assistência médica que permitem a ‘convivência’ com a doença por mais tempo. Esses dois fatores associados corresponderam ao aumento da expectativa de vida do brasileiro, que conta com uma pirâmide social mais intensamente invertida a cada ano de censo demográfico, pelo crescimento cada vez mais importante da população idosa¹.

O Brasil é o país em desenvolvimento em ritmo mais acelerado de envelhecimento populacional. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o contingente de idosos brasileiros representa cerca de 8% da população, e a expectativa de vida vem aumentando, alcançando 72,86 anos para homens e 76,71 anos para as mulheres. Na região Nordeste, por exemplo, a população de idosos, em relação à proporção, aumentou de 5,1% no ano de 1991 para 7,2% em 2010, quando foi realizado o último censo demográfico do País². Com isso, torna-se evidente a necessidade de uma maior atenção aos aspectos relacionados com a saúde dos idosos, além da criação de estratégias que atendam a esse crescimento populacional em andamento, que cria um contexto de pressão de demanda principalmente sobre os sistemas de atendimento de emergências, pelos quadros clínicos agora predominantes, exigindo mudanças organizacionais e estruturais.

Entre outros motivos, por conta desse aumento da demanda, a partir dos anos 2000, a política nacional de urgências no Brasil tornou-se prioridade federal, dando início a um processo de regulação e normatização do atendimento às urgências nos setores envolvidos. Foi, então, implementada uma Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), norteadada em especial pelas Normas Operacionais Básicas (Noas nº 01/2001 e nº 01/2002) e pela organização de sistemas regionalizados, sendo a principal delas a Portaria nº 2.048, que ilustrava os esforços do governo para desenvolver uma política de emergências baseada nos preceitos da legislação constitucional e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS)³.

A partir de 2008, implantaram-se no Brasil as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que são componentes fixos de atenção pré-hospitalar que funcionam como estruturas intermediárias entre a atenção básica e as unidades hospitalares, com o objetivo de diminuir as filas nas emergências dos hospitais, mantendo atividade 24 horas por dia, todos os dias da semana. Atualmente, toda a normatização da atenção às urgências está regulada pelo Consolidado de Portarias nº 3⁴.

O Rio de Janeiro foi o estado pioneiro na implantação das UPA; e, atualmente, elas representam importante ponto de acesso ao sistema, sendo classificadas em três diferentes portes de acordo com a população referenciada, a área física, o número de leitos disponíveis, a gestão de pessoas e a capacidade de atender. As exigências da regulamentação marcaram a diferenciação pretendida entre a UPA e os antigos prontos-socorros, produtores de ‘consultas de emergência’ pouco resolutivas⁵. Atualmente, existem 509 UPA no Brasil, e 889 estão em construção. No estado do Rio de Janeiro, são 72 UPA em 35 municípios. Na capital, existem 32 UPA, sendo 26 de porte III e 6 de porte II⁶.

O atendimento nas UPA funciona baseando-se no acolhimento e na classificação de risco, realizados pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem, de acordo com o Protocolo de

Triagem de Manchester. Conforme esse protocolo, os pacientes podem ser classificados como risco: 'Vermelho' (nível 1), casos gravíssimos com necessidade de atendimento imediato e risco de morte; 'Laranja', casos graves e risco significativo de evoluir para morte; 'Amarelo', casos de gravidade moderada que têm necessidade de atendimento médico, mas sem risco imediato; 'Verde', casos pouco urgentes sem risco de evolução; 'Azul', casos não urgentes. A sobrevida do paciente considerado crítico depende diretamente do tratamento inicial, que idealmente deve ser imediato e competente. A triagem adequada é de extrema importância para o atendimento clinicamente adequado nas UPA.

O estado do Rio de Janeiro apresenta, em todas as suas regiões, superlotações de emergências. Entre as causas para esse quadro, estão: atendimentos a pacientes com problemas ambulatoriais, a precariedade da rede básica de atendimento, a origem geográfica dos pacientes, a insuficiência da estrutura hospitalar regional, problemas sociais, desconhecimento da população sobre o objetivo dos serviços de emergência, a confiança da população no hospital e problemas de gestão interna desses hospitais⁷.

É possível perceber, portanto, que a reorganização de políticas públicas de saúde é essencial para atender à crescente demanda. Ademais, é importante preparar os sistemas de atenção à saúde para melhor atender às necessidades das mudanças fisiológicas dos idosos, principal camada social em crescimento, levando em conta especialmente o desenvolvimento das doenças típicas da idade, crônicas com quadros de agudização, que motivam os idosos a buscar ajuda emergencial.

Dessa forma, este trabalho tem como objetivo fazer uma análise do atendimento à população de idosos nas UPA do município do Rio de Janeiro entre os anos de 2013 e 2015, levando em conta os diagnósticos mais prevalentes de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, as classificações de risco relativas a cada grupo de doenças e os desfechos.

Material e métodos

Informações sobre os atendimentos nas UPA do estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2013 e 2015 foram fornecidas pela Secretaria Municipal e Estadual de Saúde.

A população de estudo foram os idosos atendidos nas UPA no município do Rio de Janeiro. Considerou-se idoso o indivíduo acima de 60 anos de idade. Os diagnósticos foram separados em grupos de doenças, de modo a definir os três grupos mais prevalentes entre a população de idosos.

Frequências absolutas foram calculadas de acordo com sexo, faixa etária, classificação de risco e desfecho, para as doenças mais prevalentes, determinando uma observação geral do fluxo de atendimento nas UPA. Também foram calculados os percentuais dos casos mais prevalentes em relação ao total de atendimentos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (CEP/Ensp/Fiocruz), CAAE nº 47045215.5.0000.5240.

Resultados

A porcentagem de idosos atendidos nas UPA do município do Rio de Janeiro aumentou no decorrer dos três anos estudados, independentemente do diagnóstico obtido por cada paciente. No ano de 2013, o total de atendimentos das UPA do município foi 52.010, sendo 6.378 idosos, o que corresponde a aproximadamente 12,27% dos atendimentos. Em 2014, por sua vez, aconteceram 55.186 atendimentos nas UPA municipais, sendo 7.088 idosos, o que representa aproximadamente 12,85% dos atendimentos. Em 2015, as UPA municipais atenderam um total de 64.738 pacientes, sendo 8.544 idosos, ou seja, aproximadamente 13,2% dos atendimentos (*tabela 1*).

Tabela 1. Distribuição de atendimentos nas Unidades de Pronto Atendimento do município do Rio de Janeiro em idosos por faixa etária

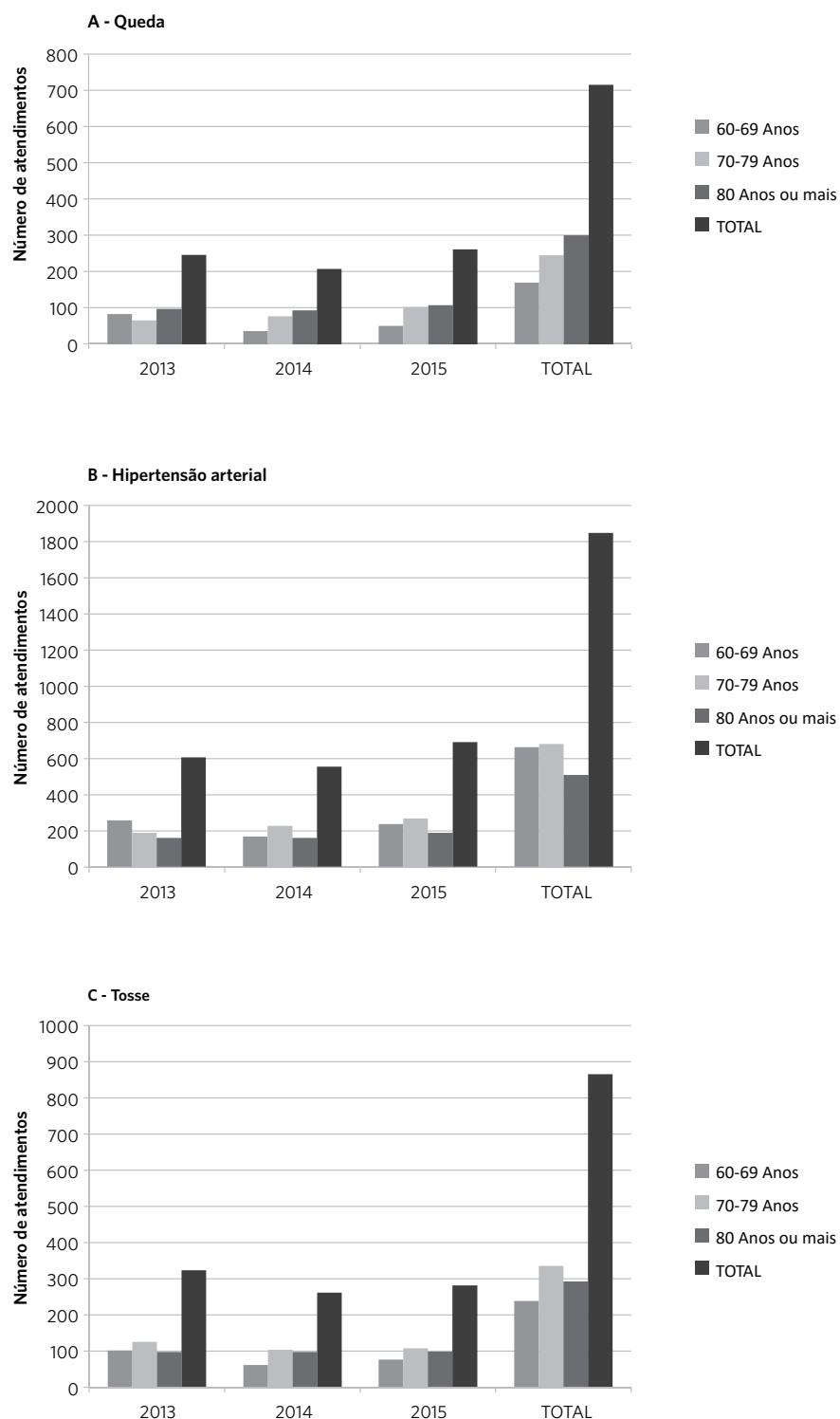
	Faixa etária			Total
	60-69	70-79	80 ou mais	
2013				
Homens	267	195	452	914
Mulheres	450	410	702	1562
Total	717	605	1154	2476
2014				
Homens	596	462	373	1431
Mulheres	809	617	657	2083
Total	1405	1079	1030	3514
2015				
Homens	665	510	341	1516
Mulheres	993	759	738	2490
Total	1658	1269	1079	4006

Em relação ao quantitativo de diagnósticos detectados em 2013, 2014 e 2015, foi possível perceber que os mais prevalentes foram aqueles relativos a trauma, doenças cardiovasculares e doenças respiratória. Em valor absoluto, respectivamente, tem-se: Trauma – 1020, 854, 1120; Doenças Cardiovasculares – 757, 1391, 1417; Doenças Respiratórias – 699, 1269, 1469. Além disso, em todos os três anos estudados, houve um predomínio de atendimentos e diagnósticos no sexo feminino. Em 2013, a quantidade de pacientes do sexo feminino foi maior que a quantidade de pacientes do sexo masculino, em uma proporção de aproximadamente 1,7 mulher para cada 1 homem, independentemente do intervalo etário. Em 2014, essa proporção foi de 1,45 mulher para 1 homem,

independentemente do intervalo etário a que se referem, e, em 2015, essa proporção foi de 1,64 mulher para cada 1 homem, independentemente do intervalo etário.

Sobre os diagnósticos de trauma, encontram-se entre eles: acidente de qualquer tipo, afogamento, agressão de qualquer origem, contusões, cortes, distensão muscular, entorse e distensão, fraturas, lesões/ferimentos, luxação, mordedura, quedas, traumatismos, atropelamento e queimaduras. Aquele que mais prevaleceu nos três anos de atendimento em análise foi o de ‘queda’, que correspondeu a 708 casos dos 2.994 diagnósticos de trauma obtidos (23,6%), sendo 244 casos em 2013 (34,4%), 205 em 2014 (28,9 %) e 259 em 2015 (36,5 %) (figura 1).

Figura 1. Distribuição dos diagnósticos mais prevalentes nas Unidades de Pronto Atendimento por faixa etária. 2013 a 2015



A respeito das doenças cardiovasculares, elas constituíram 3.565 diagnósticos de idosos entre 2013 e 2015, sendo elas: ‘flutter’ e fibrilação atrial, aneurismas, angina instável, angina pectoris não especificada, bloqueio atrioventricular, bradicardia, doença cardíaca e renal hipertensiva, cardiopatia pulmonar, doença cardíaca hipertensiva com e sem insuficiência cardíaca, doença cardiovascular não especificada, embolia e trombose, equimoses, hipertensão arterial sistêmica, valor elevado de pressão arterial sem o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, hipotensão, infarto agudo do miocárdio, infarto agudo transmural, insuficiência cardíaca, insuficiência venosa, isquemias, morte súbita de origem cardíaca, doenças vasculares cerebrais, acidente vascular encefálico, parada cardíaca, taquicardia, palpitações, choques cardiogênico e hipovolêmico e dor torácica não especificada.

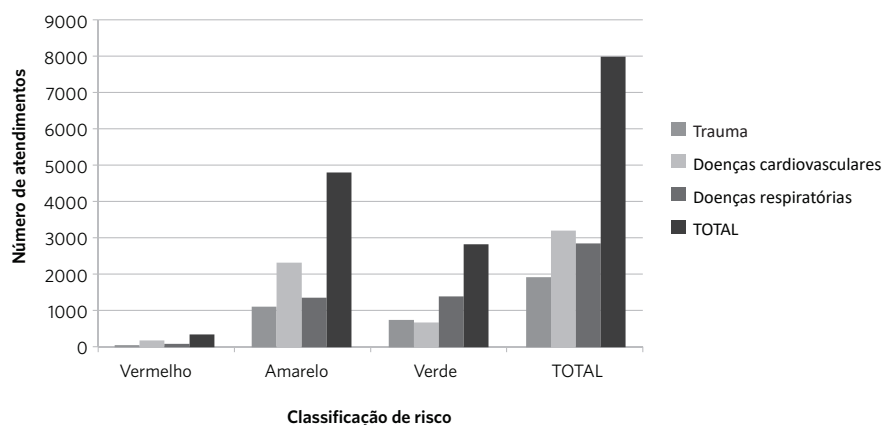
Entre estes diagnósticos, 1.845 foram de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) Essencial, o que corresponde a aproximadamente 51,7% desse grupo de patologias, pontuando sua relevância (*figura 1*). Em 2013, foram registrados 605 diagnósticos de HAS Essencial (32,7%), em 2014, 552 diagnósticos (29,9%), e em 2015, 688 diagnósticos (37,2%).

Considerando-se, agora, as Doenças Respiratórias, foram 3.437 diagnósticos referentes a esse grupo de doenças, sendo estes: dispneia, asma, broncopneumonia, bronquite (aguda e crônica), derrame pleural, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, dor torácica

ao respirar, infecção aguda do trato respiratório superior, influenza, insuficiência respiratória, nasofaringite, pneumotórax, pneumonias, tuberculose, sinusite, rinite, tosse, alergias, bronquiólite, enfisema e faringite. O mais prevalente entre eles foi o diagnóstico de ‘tosse’, representando 25,1% dos casos (ou 865 casos). Em 2013, o diagnóstico de ‘tosse’ foi atribuído a 323 pacientes (37,3%), em 2014, a 261 pacientes (30,1%), e em 2015, a 281 pacientes (32,4%) (*figura 1*).

Em relação às classificações de risco e desfechos destinados aos idosos dos três grupos de diagnósticos – trauma, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias –, dos 8.012 casos classificados ao longo dos três anos de análise, apenas 359 foram classificados com risco ‘Vermelho’ (4,4% aproximadamente), sendo 64 referentes a trauma, 195 referentes a doenças cardiovasculares e 100 referentes a doenças respiratórias. De maneira geral, o maior número de pacientes foi classificado como risco ‘Amarelo’, ou seja, pacientes de estado crítico ou semicrítico, totalizando 4.811 dos 8.012 classificados (60%). Destes, 1.117 corresponderam a traumas, 2.330 corresponderam a doenças cardiovasculares e 1.364 corresponderam a doenças respiratórias. Quanto à classificação de risco ‘Verde’, ou seja, casos pouco urgentes sem risco de evolução, observou-se um total de 2.842 classificações (35,4%), entre os quais 757 foram relacionados com trauma, 686 foram relacionados com doenças cardiovasculares e 1.399 foram relacionados com doenças respiratórias (*gráfico 1*).

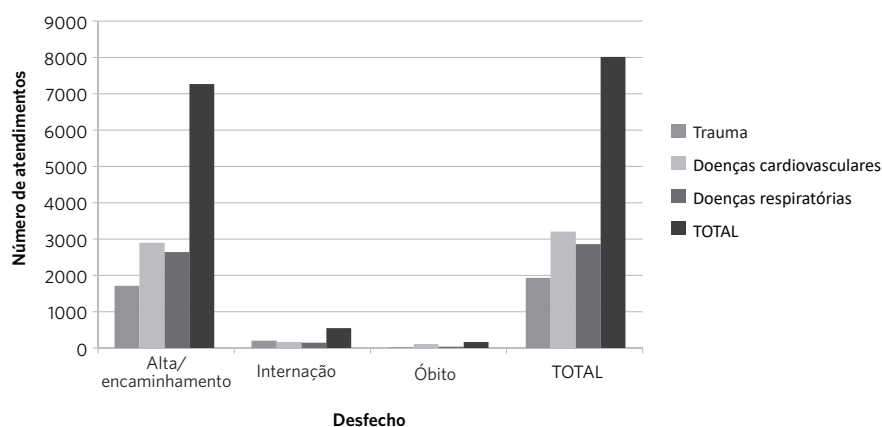
Gráfico 1. Classificação de risco por grupo de doenças em idosos atendidos nas Unidades de Pronto Atendimento da cidade do Rio de Janeiro, 2013-2015



Em relação aos desfechos ocorridos nos pacientes idosos segundo diagnósticos das doenças mais prevalentes, três grandes grupos foram analisados: ‘alta/encaminhamento’, ‘internação’, ‘óbito’. Do total de 8.012 pacientes atendidos nas UPA, 7.281 receberam ‘alta/

encaminhamento’, o que corresponde a 90,8% dos desfechos totais. Destes, 23,6% foram relativos a trauma (1.722 casos), 36,2 % foram relativos a doenças cardiovasculares (2.908 casos) e 36,4 % foram relativos a doenças respiratórias (2.651 casos) (gráfico 2).

Gráfico 2. Distribuição dos desfechos segundo grupo de diagnóstico em idosos atendidos nas Unidades de Pronto Atendimento da cidade do Rio de Janeiro entre 2013-2015



Em relação ao desfecho ‘internação’, 555 pacientes foram designados a ele, o que corresponde a apenas 6,9% dos casos atendidos. Entre estes, 38% foram relacionados com trauma (211 casos), 32,6% foram relacionados com doenças cardiovasculares (181 casos) e 29,3% foram relacionados com doenças respiratórias (163 casos). Por fim, somente 176 pacientes receberam como desfecho ‘óbito’, o que corresponde a 2,1% dos casos atendidos, expondo um perfil de mortalidade para as doenças em estudo bastante reduzido. Destes, 2,8% corresponderam a trauma (5 casos), 68,1% corresponderam a doenças cardiovasculares (120 casos) e 28,9% corresponderam a doenças respiratórias (51 casos) (gráfico 2).

Discussão

A implantação das UPA no município do Rio de Janeiro teve uma expansão expressiva em 2010, período semelhante em que ocorreu a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município. Diversos motivos justificaram a expansão das UPA, sendo a insuficiência de serviços de saúde para o atendimento às urgências o principal motivo para sua implantação⁸. A proporção de idosos atendidos neste estudo é semelhante à de outros estudos no Brasil³ e no Rio de Janeiro⁸.

Levando-se em consideração a população geral do Brasil, pesquisas apontam que, entre 2006 e 2010, ano de realização do último censo demográfico, a população de idosos representava 30,57% do total da população, o que corresponde a um valor absoluto de 20.590.599 idosos⁹. No Rio de Janeiro, 14,4% da população é composta por idosos, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua realizada pelo IBGE em 2016, o que a torna a capital com a maior população de idosos do País. Assim, os resultados adquiridos neste estudo são coerentes com o contexto social atual.

Em relação aos principais diagnósticos, entende-se por ‘queda’ um evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação a sua posição inicial. A perda de força muscular e a perda do equilíbrio postural levam a uma maior suscetibilidade a quedas, principalmente por tonturas, vertigens e desequilíbrio. É importante ressaltar, ainda, que a prevalência de tonturas em maiores de 75 anos de idade é de 80%, o que leva a um maior número de traumas na faixa etária demonstrada¹⁰.

Em relação às Doenças Cardiovasculares, sua alta prevalência pode ser justificada pelo fato de que, com o passar dos anos, o sistema cardiovascular sofre alterações, que tornam o idoso mais suscetível à aquisição de diagnósticos desse grupo de doenças¹¹. As alterações próprias do envelhecimento tornam o indivíduo mais propenso à HAS, sendo esta a principal complicação crônica desse grupo populacional.

As doenças respiratórias, por sua vez, são uma importante causa de morbimortalidade entre os idosos devido a fatores diversos, e se dão principalmente nas faixas etárias mais avançadas, com maior gravidade em acamados¹².

Foi possível perceber que, apesar da alta prevalência de diagnósticos de trauma, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias entre os idosos, a gravidade dos casos atendidos nas UPA referente a eles, nesse período, não foi significativa, o que pode ser visto pela minoria classificada como risco ‘Vermelho’. A baixa prevalência de casos classificados como graves é um fenômeno comum nos diferentes serviços de urgência e já foi evidenciado nas UPA^{3,8,13}. No que diz respeito à gravidade dos diagnósticos analisados, estudo no estado do Rio de Janeiro indicou que hipertensão e traumas eram diagnósticos típicos de alto risco e infecções respiratórias agudas, de médio risco. A quantidade majoritária de desfechos de ‘alta/encaminhamento’, apesar de a maioria

ser classificada como risco 'Amarelo', pode se dever ao fato de que essa classificação é feita pela fragilidade natural proveniente da idade avançada. Essa é uma análise complexa, já que cada grupo de doenças contempla diagnósticos muito diversos, dificultando a previsão da necessidade de internação ou alta e acompanhamento. Entretanto, estudos nacionais^{3,13} e sobre o Rio de Janeiro¹⁴ vêm apontando o risco de as UPA, por dificuldade de acesso ao leito hospitalar, apresentarem desfechos alternativos à internação, como alta ou óbito. Estudo no Rio de Janeiro evidenciou que cerca de 60% do total de pedidos de internação que não são atendidos recebem alta ou evoluem para óbito antes de alcançar um leito hospitalar, transformando as UPA em unidades de internação¹⁴. É necessário aprimorar o nível de integração entre unidades que compõem a Rede de Urgência e Emergência (RUE) bem como expandir e qualificar a retaguarda hospitalar¹⁴.

A dificuldade de acesso ao leito hospitalar não ocorre apenas nas UPA, e tem sido tradicionalmente descrito como um problema das emergências hospitalares. Essa é uma questão importante para a discussão sobre acesso no Brasil^{15,16}, e na literatura internacional tem sido identificado o *access block*, ou seja, a impossibilidade de pacientes admitidos nos serviços de emergência serem transferidos para uma unidade de internação dentro de um intervalo de tempo razoável¹⁷⁻²⁰. Foi identificado como seguro o período de 4 horas a 8 horas para o acesso ao leito hospitalar a partir da indicação de internação¹⁷. Na China, é descrito fenômeno semelhante, porém com acentuada concentração na população de idosos que permanecem por períodos prolongados em salas de observação nas emergências²¹.

Os achados deste estudo apontam que a doença cardiovascular é uma importante causa de mortalidade entre os idosos quando comparada a outros grupos de doenças, e é válido ressaltar, ainda, que a maioria dos fatores de risco associados a esse tipo de diagnóstico é mutável, como tabagismo e sedentarismo.

Conclusões

As UPA apresentam relevância no atendimento à saúde dos idosos, com tendência a aumento ao longo dos anos, uma vez que o envelhecimento populacional desencadeia um aumento das demandas pelos serviços de urgência e emergência. Ademais, é inegável a relevância de diagnósticos relacionados com traumas, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias entre a população idosa, o que deve ser levado em consideração no desenvolvimento de novas políticas públicas necessárias para acompanhar esse crescimento populacional específico.

O envelhecimento populacional é um fenômeno relativamente recente, o que exige uma estratégia de adaptação do setor de saúde, assim como de demais setores públicos e da população, às necessidades particulares desse grupo em crescimento, haja vista a fisiologia e a epidemiologia completamente diferenciadas das demais camadas sociais.

Com isso, devido a esse intenso fluxo de idosos ao setor secundário de saúde, seria interessante analisar o contexto de acesso dessa população aos níveis de atenção primária, em que se espera acolhimento e acompanhamento voltado à prevenção e à promoção em saúde, o que poderia diminuir a necessidade de atendimento nas UPA.

Alguns limites do estudo foram identificados: ausência de análise do tempo para o atendimento e de permanência na UPA; ausência de análise dos desfechos incluindo dados clínicos; não correlação com outros indicadores locais da rede assistencial.

Colaboradores

Costa GAPC (0000-0003-4118-1584)*, O'Dwyer G (0000-0003-0222-1205)*, Carvalho YS (0000-0001-9245-7339)*, Campos HS (0000-0003-1727-502X)* e Rodrigues NCP (0000-0002-2613-5283)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Medronho R, Bloch K, Luiz RR, et al., editores. *Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2009.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico [internet]. 2010. [acesso em 2020 maio 19]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>.
3. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: avaliação da implantação e do desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Brasília, DF: CONASS; 2015.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Criada pelo Ministério da Saúde, na Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. [acesso em 2020 jun 17]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/Matriz-3-Redes.html>.
5. Konder MT, O'Dwyer G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. *Physis*. 2015; 25(2):525-545.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. 2017 [internet]. [acesso em 2020 maio 19]. Disponível em: <https://sage.saude.gov.br/>.
7. O'Dwyer G, Matta IEA, Pepe VLE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc. Saúde Colet*. 2008; 13(5):1637-1648.
8. Lima DL, Baptista TWF, O'Dwyer G, et al. As Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio de Janeiro: desafios para a coordenação do cuidado. In: Sá MC, Tavares MFL, De Seta MH, organizadores. *Organização do cuidado e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018, p. 359-382.
9. Piuvezam G, Medeiros WR, Costa AV, et al. Mortalidade em Idosos por Doenças Cardiovasculares: Análise Comparativa de Dois Quinquênios. *Arq Bras Cardiol*. [internet] 2015 [acesso em 2020 maio 4]; (esp):1-10. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/abc/2015nahead/pt_0066-782X-abc-20150096.pdf.
10. Muller DVK, Tavares GMS, Schneider RH. Análise do equilíbrio corporal em idosos classificados em diferentes faixas etárias através da posturografia dinâmica computadorizada (PDC). *Kairós* [internet]. 2016 [acesso em 2020 maio 4]; (19). Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/31614>.
11. Zaslavsky C, Gus I. Idoso. Doença cardíaca e comorbidades *Arq Bras Cardiol*. 2002; 79(6):635-9.
12. Oliveira TC, Medeiros WR, Lima KC. Diferenciais de mortalidade por causas nas faixas etárias limítrofes de idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2015; 18(1):85-94.
13. O'Dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, et al. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. *Rev Saude Publica* [internet]. 2017 [acesso em 2020 maio 4]; 51:125. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/141558>.
14. Konder MT, O'Dwyer G. As Unidades de Pronto Atendimento como unidades de internação: fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgência. *Physis* [internet]. 2019 [acesso em 2020 maio 4]; 29(2):e290203. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000200601.
15. Dilélio AS, Tomasi E, Thumé E, et al. Lack of access and continuity of adult health care: a national population based survey. *Rev. Saúde Pública*. 2015; 49:31.
16. Xavier DR, Oliveira RAD, Barcellos C, et al. As Regiões de Saúde no Brasil segundo internações: método para apoio na regionalização de saúde. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2019 [acesso em 2020 maio 4]; 35(2):e00076118. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000805003&lng=en.
17. Affleck A, Parks P, Drummond A, et al. Emergency department overcrowding and access block. *CJEM*. 2013; 15(6):359-84.

18. Lawton LD, Thomas S, Morel DG. Trends in access block 2011 to 2013: the Redcliffe National Emergency Access Target experience. *Emerg Med Australas*. 2015; 27(1):11-5.
19. Knowlwa E, Mason SM, Smith C. Factors associated with exit block and impact on the emergency department. *Emerg Med J*. 2017; 34(1):61-62.
20. Mason S, Knowles E, Boyle A. Exit block in emergency departments: a rapid evidence review. *Emerg Med J*. 2017; 34(1):46-51.
21. Liao TF, Wang C. Permanent emergency: Inequality in access to hospitalisation among urban elderly Chinese. *Glob Public Health*. 2016; 10:1-16.
22. Machado CV, Lima LD, O'Dwyer G, et al. Gestão do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2016 [acesso em 2020 maio 4]; 32(2):e00170614. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2016000200704&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
23. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(7):1439-1454.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 2011 Jul 7. [acesso em 2020 maio 4]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 15 de janeiro de 2014. Redefine diretrizes para a implantação do componente unidades de pronto atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da rede de atenção às urgências, em conformidade com a política nacional de atenção às urgências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 2014 Jan 15. [acesso em 2020 maio 4]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0104_15_01_2014.html.
26. Carneiro A. Idosos: um perfil estatístico da terceira idade no Rio de Janeiro. Coleção Estudos Cariocas. 2005. [acesso em 2020 maio 4]. Disponível em: http://portalgeo.rio.rj.gov.br/estudoscaricocas/download/2360_Idosos%20-%20Um%20perfil%20estat%C3%ADstico%20da%20terceira%20idade%20no%20Rio%20de%20Janeiro.pdf.
27. Konder MT, O'Dwyer G. Atenção às urgências: a integração das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):879-892.
28. Lima LD, Machado CV, O'Dwyer G, et al. Interdependência federativa na política de saúde: a implementação das Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2015; 20(2):595-606.
29. Miranda RD, Perrotti TC, Bellinazzi VR, et al. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. *Rev Bras Hipertens*. 2002; 9(3):293-300.
30. Silva EC, Lazarini VV, Garcia DAC, et al. Classificação de Risco de Idosos Atendidos em uma Unidade de Urgência e Emergência. *Enciclopédia Biosfera* [internet]. 2016 [acesso em 2020 maio 4]; 13(23):1467-1478. Disponível em: <https://www.conhecer.org.br/enciclop/2016a/ciencias%20da%20saude/classificacao%20de%20risco.pdf>.

Recebido em 05/08/2019

Aprovado em 22/04/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Percepções de atores sociais sobre Assistência Farmacêutica na atenção primária: a lacuna do cuidado farmacêutico

Perceptions of social actors on Pharmaceutical Assistance in primary care: the gap of pharmaceutical care

Leticia Santana da Silva Soares¹, Evelin Soares de Brito¹, Dayani Galato¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012510

RESUMO O objetivo deste trabalho foi identificar marcos históricos relacionados com a Assistência Farmacêutica na atenção primária e compreender as percepções de atores envolvidos no processo de inclusão do cuidado farmacêutico. Trata-se de estudo exploratório qualitativo realizado por meio da análise de documentos e de entrevistas semiestruturadas com atores envolvidos na gestão nacional e distrital. Os documentos identificados demonstram evolução da inclusão do farmacêutico no processo de cuidado na atenção primária pela publicação de legislações, relatórios ou projetos. Os discursos foram divididos em categorias de análise, a partir das quais também foram elaboradas ‘nuvens de palavras’. Os entrevistados concordaram que a Assistência Farmacêutica não está sendo corretamente avaliada e destacaram que é preciso maior enfoque na mensuração do alcance dos processos desenvolvidos nos serviços ofertados e na qualidade de vida dos usuários.

PALAVRAS-CHAVE Assistência Farmacêutica. Avaliação em saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT The objective of this work was to identify historical landmarks related to Pharmaceutical Assistance in primary care and to understand the perceptions of actors involved in the process of including pharmaceutical care. This is a qualitative exploratory study carried out through the analysis of documents and semi-structured interviews with actors involved in national and district management. The documents an evolution towards the inclusion of the pharmacist in the primary care process by means of laws, reports or projects publication. The speeches were divided into categories of analysis, from which ‘word clouds’ were also elaborated. Respondents agreed that pharmaceutical care is not being properly evaluated and stressed that greater focus is needed on measuring the scope of the processes developed in the services offered for the users’ quality of life.

KEYWORDS Pharmaceutical care. Health evaluation. Primary Health Care.

¹ Universidade de Brasília (UnB), Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde – Brasília (DF), Brasil. leet.soares@gmail.com



Introdução

A Assistência Farmacêutica (AF), quando comparada com a assistência em saúde, possui um sentido mais amplo e é composta pelo conjunto de procedimentos dirigidos de forma coletiva ou individual aos usuários dos serviços de saúde, incluindo aqueles relacionados à atenção¹. Nesse sentido, a AF engloba atividades com o objetivo de promover o acesso e o uso racional de medicamentos essenciais à população^{2,3}, não estando restrita somente às etapas de logística de medicamentos; portanto, é uma importante ferramenta complementar das ações em saúde⁴. Atualmente, existe uma proposta de concepção da AF⁵ na qual o processo de cuidado integra-se ao ciclo clássico, que inclui o uso do medicamento pelo paciente e leva em consideração, também, o acompanhamento terapêutico e a continuidade do cuidado, mostrando evolução em relação ao ciclo logístico tradicionalmente usado.

Historicamente, o foco das avaliações em saúde esteve, na maioria das vezes, ligado aos gastos e estrutura. Entretanto, considerando as mudanças no cenário da AF já mencionadas, tornou-se necessário avaliar também as ações ocorridas a partir da reorientação do papel do farmacêutico no Brasil e sua atuação na atenção direta aos usuários^{6,7}.

A avaliação de serviços em saúde e, nesse caso mais específico, a avaliação da AF, são influenciadas principalmente pelo modelo de avaliação proposto por Donabedian, que considera três grupos a serem observados, i.e., estrutura, processo e resultado⁸, e consegue ser adaptado a diferentes cenários onde se insere a AF. A partir da aplicação desse modelo, consegue-se aferir parâmetros de qualidade de um serviço e, dessa forma, gerar subsídios para seu aprimoramento, bem como para a implantação de novas políticas ou mudanças nas políticas vigentes.

A percepção como um dos aspectos da avaliação permite que se compreendam as dificuldades encontradas na prática dos serviços de saúde⁹, contribuindo para o entendimento

da relação entre profissionais e seus serviços¹⁰. Sabe-se que entender uma realidade a partir da visão de quem a vive cotidianamente é fundamental para a implantação de melhorias na qualidade dos serviços de saúde. Cabe destacar que não há estudos publicados abordando a percepção de atores envolvidos em diferentes níveis de gestão da AF; a maioria dos que existem se refere a estudos que avaliam a qualidade dos serviços a partir das características ou atributos, estrutura e processo.

Além disso, os documentos, projetos e legislações relacionados ao tema, publicados ou realizados nos últimos anos, possivelmente exercem influência sobre a AF e consequentemente sobre a sua avaliação. Nesse sentido, este trabalho tem como objetivo analisar documentos sobre acontecimentos relacionados ao histórico da AF no Brasil e compreender a percepção a respeito da avaliação da AF na atenção primária sob o olhar dos envolvidos nesse processo, tanto em nível federal quanto distrital.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa realizado por meio da análise documental de *sites* oficiais, como os do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho Federal de Farmácia (CFF), e de entrevistas com os envolvidos no processo de AF vinculados ao governo federal e distrital, além de especialistas no tema. As entrevistas ocorreram entre maio de 2016 e fevereiro de 2017.

Os documentos

Os documentos identificados permitiram construir uma linha temporal que teve como ponto de partida a Constituição de 1988 e se estendeu até os eventos ocorridos em dezembro de 2018.

Fez-se uma revisão de documentos publicados a partir da investigação de *sites* do Ministério da Saúde, em especial, relacionados ao Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) e ao Departamento de Atenção Básica

(DAB), além do *site* do CFF, de modo a encontrar documentos ou ações que representassem marcos importantes no processo de desenvolvimento da AF na atenção primária.

As entrevistas

A identificação dos atores deu-se durante entrevistas com pessoas envolvidas na gestão federal, representada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/MS), e distrital, representada pela Diretoria de Assistência Farmacêutica do Distrito Federal (Diasf/DF), que, por seu turno, sugeriram outros atores a serem entrevistados. Outras indicações foram realizadas durante as entrevistas, de forma que a amostra foi composta pela técnica conhecida como ‘bola de neve’¹¹. Na amostra, também foi incluído um autor que é referência na área de avaliação da AF em nível nacional. O critério para indicação de outros atores era definido pelo próprio entrevistado no encaminhamento da entrevista, sendo sempre indicado alguém que poderia complementar ou aprofundar algum aspecto importante das informações fornecidas pelo entrevistado.

As entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado com questões acerca do perfil dos entrevistados e questões relacionadas à percepção da avaliação da assistência.

A análise do conteúdo

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas de forma literal, sem correções. A análise de conteúdo utilizou as reticências no texto sempre que houve a necessidade de transferir parte dos discursos para exemplificação das categorias de análise¹³. Em casos de supressão de partes da fala, foram utilizadas reticências entre parênteses. Quanto aos entrevistados, foram identificados pelo termo ‘Entrevistado’, seguido de um número cardinal.

Outra ferramenta utilizada para a apresentação dos resultados foi a chamada ‘nuvem de palavras’. Consiste em uma forma de visualização gráfica baseada na frequência das palavras ditas durante as entrevistas, por meio da qual as palavras são grafadas com tamanhos diferentes a depender do número de ocorrências no texto transcrito¹⁴.

Para a construção da nuvem de palavras, foi utilizado o *software* livre Word it Out, disponível no endereço eletrônico <https://worditout.com/>, por meio do qual pôde ser feito o refinamento de palavras para a exclusão de artigos e de preposições. Além disso, somente foram inseridas palavras que apareceram nos discursos pelo menos cinco vezes. Segundo Dias et al.¹⁴, a utilização desse método é útil para a visualização dos aspectos mais relevantes das falas dos entrevistados.

Os discursos selecionados para a construção de cada uma das nuvens foram eleitos como respostas para cada uma das categorias posteriormente definidas.

Considerações éticas

Todos os participantes da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido antes do início das entrevistas. A pesquisa foi aprovada por um Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade de Brasília conforme Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, por meio do parecer nº 1.399.425.

Resultados e discussão

Os fatos relacionados à Assistência Farmacêutica na atenção primária

Durante os últimos 30 anos, muitos acontecimentos contribuíram para o desenvolvimento da AF na atenção primária, dos quais alguns considerados mais relevantes foram apresentados no *quadro 1*.

Quadro 1. Sistematização de marcos teóricos da Assistência Farmacêutica e da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde em documentos técnicos e normativos do período 1988 a 2018

Ano	Acontecimentos para o desenvolvimento da AF na atenção primária	Possíveis contribuições para a atenção primária segundo a ótica dos autores
1988	Promulgação da Constituição Federal ¹⁵	Definiu da saúde como um direito incluindo o acesso a assistência integral à saúde
1990	Criação do Sistema Único de Saúde - Lei nº 8.080/90 ¹⁶	Além de garantir a assistência terapêutica, descreve a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas
2001	Publicação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) ¹⁷	Acesso da população aos medicamentos essenciais
2002	Publicação das Diretrizes Curriculares do Curso de Farmácia, i.e., definição do farmacêutico generalista com formação voltada ao SUS ¹⁸	Demonstrou a necessidade de formação do farmacêutico voltada ao SUS, além de descrever, entre as competências, a necessidade de exercer 'atenção farmacêutica'
	Elaboração do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica ¹⁹	Representou o primeiro documento nacional sobre o tema cuidado farmacêutico, na época, descrito com Atenção Farmacêutica
2003	Realização da I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica ²⁰	Discutiu, em especial, o acesso aos medicamentos, mas também descreveu o papel do farmacêutico em ações da "Atenção Farmacêutica" como na orientação ou educação individualizada dos pacientes, incluindo ações relacionadas ao acompanhamento farmacoterapêutico
2004	Publicação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica ²¹	Define que a Atenção farmacêutica está inserida entre as ações da Assistência Farmacêutica e a descreve de forma articulada entre os diferentes atores e níveis de atenção
	Criação do programa Farmácia Popular ²²	Aumentou o acesso aos medicamentos por parte da população, embora tenha afastado os pacientes da atenção primária
2005	Realização do I Congresso Brasileiro de Uso Racional de Medicamentos	É um marco para a valorização do tema e da atuação de farmacêuticos na área clínica
	Publicação da Lei nº 11.129/2005 ²³	Possibilita o desenvolvimento de inúmeras residências voltadas ao cuidado farmacêutico, incluindo aquelas que envolvem a atenção primária
	Publicação do documento 'Avaliação da assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados' pelo Ministério de Saúde, em parceria com a Organização Pan-americana da Saúde e com a Organização Mundial da Saúde ²⁴	Apresenta os indicadores e a forma de avaliação com foco no ciclo logístico da assistência farmacêutica
2006	Publicação pelo Ministério da Saúde, juntamente com a Fiocruz, do documento 'Assistência Farmacêutica na Atenção Básica' ²⁵	Documento voltado à gestão logística do medicamento na atenção primária e que aborda de forma superficial a função da dispensação e da orientação aos pacientes
2007	Publicação da Portaria nº 204/2007 ²⁶	Organização do financiamento da saúde no Sistema Único de Saúde
	Publicação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) com o ministério da Saúde do documento 'Assistência Farmacêutica no SUS' ²⁷	Traz, mesmo que de forma pontual, a 'atenção farmacêutica' e o uso racional de medicamentos, embora represente um documento focado na gestão logística do medicamento
2010	Criação das Redes de Atenção à Saúde ²⁸	Descreve as várias redes de atenção que orientam os pacientes no sistema de saúde
	Publicação do documento 'Assistência Farmacêutica no SUS' pelo Conselho Federal de Farmácia e pelo Conselho Regional de Farmácia do Paraná ²⁹	Contribuiu para a regulamentação das atribuições farmacêuticas no sistema público de saúde
2011	Criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) ³⁰	Incentivou a parametrização e desenvolvimento de qualidade na gestão em saúde da atenção básica
	Criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) ³¹	Além da incorporação de tecnologias, tem desenvolvido inúmeros protocolos clínicos que definem ações clínicas que podem ser desenvolvidas pelos farmacêuticos
	Publicação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 ³²	Auxiliou a estruturação, o planejamento e a assistência do sistema público de saúde, além de regulamentar questões relacionadas à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename)
2012	Criação do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (QualiFar-SUS) ³³	Possibilitou ações que visam à melhoria da estrutura física e dos processos voltados à Assistência Farmacêutica, em especial, na atenção primária

Quadro 1. (cont.)

Ano	Acontecimentos para o desenvolvimento da AF na atenção primária	Possíveis contribuições para a atenção primária segundo a ótica dos autores
2013	Publicação das Resoluções CFF nº 585/2013 e nº 586/2013 ³⁴ Atualização da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) com inclusão de diferentes classificações, incluindo a de farmacêutico em saúde pública Lançamento da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM) ³⁵ Criação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica de Acesso On-line – Hórus ³⁶	Definiram atribuições clínicas que permitiram a proposição de serviços e o impulso do cuidado farmacêutico em diferentes níveis de atenção Reconhece a ocupação do farmacêutico tanto na saúde pública como na farmácia clínica Levantamento de dados sobre a estrutura do sistema de saúde, acesso e uso de medicamentos
2014	Criação do Projeto Cuidado Farmacêutico em Curitiba ³⁷ Publicação da Lei nº 13.021/2014 ³⁸	Os documentos passaram a nortear o desenvolvimento do cuidado no Brasil. Transforma a farmácia pública ou privada em local de prestação de serviços e torna obrigatória a realização de ações voltadas à promoção do uso racional de medicamentos
2015	Expansão do Projeto Cuidado Farmacêutico Publicação pelo Conselho Federal de Farmácia do documento 'O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para a ação' ³⁹	Possibilita a ampliação do cuidado para o componente especializado, aumentando a visibilidade da ação clínica desse profissional Descreve o papel do farmacêutico nas redes de atenção e no controle social
2017	Atualização das Diretrizes Curriculares do Curso de Farmácia que intensificam o Cuidado Farmacêutico na formação do farmacêutico generalista ⁴⁰	Definição do cuidado em saúde nos diferentes níveis de atenção
2018	Inclusão de procedimentos providos por farmacêuticos na Atualização da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais especiais (OPM) do SUS Publicação pelo Ministério da Saúde do documento 'Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação' ⁴¹	Possibilita o detalhamento da produção do farmacêutico nos diferentes níveis de atenção Consolidou os benefícios do desenvolvimento da assistência farmacêutica, indicando novos desafios para os anos seguintes

Dentre esses, destacam-se a publicação de inúmeras leis e o desenvolvimento de experiências por meio de projetos, programas piloto e de capacitação dos farmacêuticos, à exemplo das residências multiprofissionais em saúde. Destaca-se que tais documentos normativos trazem para a atenção primária a base de muitos programas que garantem, entre outras coisas, o acesso a medicamentos.

A Política Nacional de Medicamentos, além de nortear ações relacionadas aos medicamentos¹², tornou a AF uma das atividades prioritárias à saúde, uma vez que passa a assumir caráter transversal. Anos mais tarde, com uma proposta mais ampla, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica²¹ fixou princípios

e eixos estratégicos para a atuação da AF no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), incorporando os princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade. Além disso, essas competências afirmadas pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica vêm corroborar o processo de mudança no campo da AF¹, que reforça o papel do farmacêutico como profissional capaz de trabalhar cada vez mais na promoção da saúde, proposta pela Organização Mundial da Saúde, e não somente limitá-lo à aquisição e distribuição de medicamentos.

Nos acontecimentos destacados, observa-se a criação de um arcabouço legal que subsidia o farmacêutico no desenvolvimento

de atividades na atenção primária, como o levantamento de dados sobre o perfil de uso de medicamentos (Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – PNAUM), além do desenvolvimento de estratégias de formação e empoderamento desse profissional na prática clínica (Programa de Suporte ao Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde – ProFar), seja pelas residências (Lei nº 11.129/2005), capacitações ou pelo Projeto Cuidado Farmacêutico. Nesse sentido, diferentes leis também vieram subsidiar a prática clínica desse profissional em diferentes níveis de atuação, onde se inclui a atenção primária, à exemplo das resoluções publicadas em 2013 pelo CFF.

Além disso, a inclusão do farmacêutico em programas de residência multiprofissional, além de garantir o trabalho junto à equipe, impulsiona de maneira ímpar o desenvolvimento do cuidado farmacêutico em diferentes níveis de atenção, como, por exemplo, na atenção primária tratada neste trabalho, e que apresenta importante desenvolvimento, em especial, na última década.

Nesse sentido, com o passar dos anos, observa-se uma mudança na perspectiva de atuação desse profissional, que começa a atuar diretamente com os pacientes com vistas a promover o uso racional de medicamentos e não somente o seu acesso. Além disso, vários documentos publicados pelo MS e pelo CFF indicam a necessidade de avaliação da AF.

Bermudes et al.⁴² apresentam diversos eventos ocorridos nos últimos 30 anos relacionados à AF no SUS na perspectiva da integralidade. Contudo, Araújo et al.⁴³ revelam que tanto o exercício das práticas dos profissionais como a compreensão sobre a base conceitual e operacional do acesso, do caráter longitudinal, da integralidade e da coordenação apresentam-se difusos, confusos e, às vezes, numa relação de dependência com as formas de organização balizadas por conceitos tradicionais. Deve ser considerado também para o papel do farmacêutico junto à atenção primária se, de fato, deve atuar com foco no cuidado ou se se mantém vinculado apenas à

logística, por vezes, realizando apenas ações voltadas à gestão da AF.

Contudo, observa-se a ausência de documentos que indiquem as condições sanitárias para realização do cuidado farmacêutico na atenção primária, o que representa uma limitação legal para a atuação do farmacêutico junto aos pacientes.

As visões sobre a avaliação em Assistência Farmacêutica

Entrevistaram-se oito atores, todos farmacêuticos e a metade composta por homens. A média de tempo de formação foi de 15 anos, variando de três a 41 anos. Ainda sobre a escolaridade, cinco possuem grau de especialista e três são doutores. No que diz respeito ao tempo como gestor, para aqueles que possuíam esse cargo, a média foi de cinco anos, com variação de um a oito anos. Todos os cargos demandam 40 horas semanais, havendo representantes concursados e com cargos comissionados. Destes, um era pesquisador na área, quatro estavam vinculados à gestão distrital e três, à gestão federal.

Observou-se pelos discursos que os entrevistados acreditam que o processo de AF não está sendo adequadamente avaliado.

[...] dizer que ela é adequadamente avaliada é muito complexo, acredito que não. [...] ela está ainda começando [...] então dizer que ela é adequadamente avaliada seria muito arriscado [...]. Justamente porque os processos ainda estão em fase de execução inicial, a gente ainda tá planejando pra fazer a execução da melhor forma possível. (Entrevistado 1).

Para alguns, essa avaliação também pode estar relacionada à necessidade de se avaliar a AF como ação multidisciplinar relacionada ao cuidado.

[...] a Assistência Farmacêutica não consegue ser adequadamente avaliada até porque ela ainda não é claramente definida. [...] em uma concepção

mais minimalista de Assistência Farmacêutica eu vou achar que ela pode até ser adequadamente avaliada por que é só saber se existe medicamento [...]. Se eu penso na Assistência Farmacêutica numa visão mais ampla, uma concepção mais integrada inclusive nas práticas multidisciplinares e nas práticas em equipe [...] eu digo que não. (Entrevistado 7).

A avaliação em saúde permite direcionar o planejamento, além de permitir o controle técnico e social dos serviços que são oferecidos⁴⁴ para que as necessidades dos usuários possam ser atendidas efetivamente. Nesse sentido, para uma avaliação ser bem-sucedida, é fundamental que se tenham meios para que ela possa ser realizada de maneira efetiva. Além de recursos humanos, também são necessários recursos técnicos que direcionem o caminho a ser seguido, de modo que os objetivos da avaliação estejam bem definidos, assim como a metodologia a ser aplicada⁴⁵.

Entretanto, a falta de ferramentas e a falta de uma definição sobre o objeto de avaliação ou como esta deveria ser realizada foram outros pontos destacados pelos entrevistados a respeito da visão atual da avaliação da AF.

Desenvolver padrões avaliativos é um

importante processo para que se consiga distinguir a qualidade dos serviços como aceitáveis ou não baseados em um indicador^{46,47}. Portela⁴⁸ explica que, para se chegar a uma conclusão a respeito da qualidade ou não de um serviço, não se devem considerar eventos isolados ou indicadores que discordem de um padrão esperado, uma vez que representam somente um sinal de alerta. Somente a partir de uma análise minuciosa dos valores apresentados como resultado da avaliação com base nos níveis de aceitabilidade estabelecidos se pode determinar o nível de qualidade do serviço ofertado.

Deve-se também levar em consideração o contexto da avaliação e o tipo de serviço onde ela está acontecendo para que haja sensibilização no processo avaliativo de identificação de possíveis diferenças entre os serviços, ainda que discretas. Nesse sentido, ocorrerá a interpretação clara de determinada realidade sem mascarar deficiências ou potencialidades.

Ao se analisar a nuvem de palavras gerada a partir das respostas dadas à pergunta referente a este tópico (*figura 1*), percebemos palavras que nos levam a um compilado das ideias expressas pelos entrevistados, uma vez que foram as palavras ditas com mais frequência.

Figura 1. Nuvem de palavras para a categoria Visão sobre a avaliação atual da AF



Como justificativa para a avaliação no âmbito da AF não acontecer efetivamente, muitos citaram a ausência de informação sobre os serviços voltados aos pacientes, família e comunidade⁴ para que se possa conhecer a realidade dos diversos cenários que integram a AF e, assim, se desenvolver instrumentos para avaliar o serviço ofertado. É preciso lembrar que um dos objetivos da avaliação em nível estratégico é produzir impacto por meio da difusão da informação⁴⁹. Além disso, também se comentou sobre a falta de uniformidade dos serviços realizados em diferentes unidades, como, por exemplo, entre as unidades básicas de saúde, o que também dificulta a implementação de padrões de rotina bem como de níveis de comparação.

No que diz respeito às lacunas existentes na avaliação da AF, os entrevistados concordam que há etapas, processos ou ações que não conseguem ser corretamente avaliados. Essas etapas, em sua maioria deficitárias, consistem na avaliação do efeito das ações realizadas no âmbito da AF e também em como o serviço está sendo prestado sob a perspectiva do usuário, além de questões relacionadas à logística.

Além da gestão de estoque de medicamentos destaca-se a identificação da demanda aos medicamentos como algo essencial para a gestão da AF. Observa-se que o cuidado farmacêutico, ação integrada e centrada no usuário com ênfase na promoção da saúde e uso racional de medicamentos⁵⁰, atualmente vem tomando uma maior dimensão na atenção à saúde e passou a gerar a necessidade de avaliação.

Mesmo que, por muito tempo, a AF tenha sido reduzida ao ciclo de gestão do medicamento, tem-se o cuidado como uma nova e necessária ação. Essa concepção de assistência como cuidado ao paciente, e não apenas como gestão logística ou ciclo logístico da AF, revela um avanço importante da profissão farmacêutica⁴. Esse avanço permite que os profissionais possam ir além da garantia de acesso do medicamento e passem a desenvolver ações que garantam também o uso racional e seguro de medicamentos e tecnologias em saúde.

Vemos que, para alguns entrevistados, há a necessidade de avaliação das etapas que consistem da estrutura de instrumentos necessários para realização de uma atividade e do processo, o que, para Donabedian⁵¹, seria o conjunto de atividades desenvolvidas na interação entre profissionais e pacientes, respectivamente.

Além disso, começa a ser observada nos discursos a necessidade de avaliação de resultados, outro item presente na tríade de avaliação proposta por Donabedian⁸. “[...] a gente já tem vários programas de Assistência Farmacêutica, mas a gente não consegue avaliar o impacto disso [...]” (Entrevistado 4). Esse componente tem relação principalmente com as mudanças no estado de saúde dos pacientes a partir dos cuidados recebidos por meio dos serviços ofertados⁴⁷. A pesquisa avaliativa, por exemplo, torna-se útil nesse aspecto ao analisar a pertinência de determinada intervenção e seu grau de adequação com os objetivos iniciais⁵².

Vários autores^{53,54} reforçam a importância de se avaliarem os serviços de Atenção Primária por meio da percepção dos pacientes. Cabe destacar que mesmo que os entrevistados desta pesquisa tenham destacado a importância da avaliação e os diferentes aspectos a serem analisados, nas falas não está contemplada a participação social, ou seja, a participação efetiva dos usuários do serviço na avaliação do cuidado farmacêutico na atenção primária.

Contribuindo com essa e outras categorias a serem avaliadas, Lima e colaboradores⁵⁵ revelam em seu estudo que devem ser avaliados o acesso e resolutividade, instalações e recursos; ações e serviços realizados; e desenvolvimento de vínculo e participação social. Nesse contexto, tais autores enriquecem o cenário que pode ser contemplado na avaliação do cuidado farmacêutico na atenção primária.

Levando-se em consideração que o objetivo principal de se oferecerem serviços à população é a sua promoção, proteção e recuperação da saúde⁴⁴, a avaliação dos resultados tem como fundamental função verificar se esse objetivo foi cumprido⁵².

É preciso transpassar o campo da avaliação para além dos processos, que, no caso da AF, são caracterizados pelas etapas logísticas que envolvem o medicamento, uma vez que o processo é resultado da implantação dos serviços. O efeito sobre o percurso dos resultados de morbidade e mortalidade no Brasil, em especial aquelas relacionadas aos medicamentos, representariam

o impacto das ações do farmacêutico na saúde das pessoas. Ou seja, seriam os indicadores de resultados do serviço⁵². Contudo, a *figura 2*, que sumaria os discursos relacionados ao assunto, ainda demonstra a predominância sobre as etapas do ciclo logístico da AF, ou seja, sobre a avaliação das ações relacionadas ao processo e a estrutura.

Figura 2. Nuvem de palavras para a categoria Lacunas na avaliação da AF



Mesmo que existam lacunas não contempladas no processo de avaliação da AF, alguns indicadores adotados, segundo a visão dos entrevistados, são válidos para descrever o desempenho de algumas das etapas da AF oferecidas aos usuários. Os entrevistados mencionaram esses aspectos essenciais, conforme exemplificado pela fala a seguir.

Aí vai depender da etapa e de onde eu estou avaliando. [...] do ponto de vista da estrutura, eu acho que tem alguns que são essenciais como, por exemplo, a existência do próprio farmacêutico, já que estamos falando de uma prática que é exclusiva dele, é própria dele, não é exclusiva, mas a ausência dele compromete completamente. A presença do próprio medicamento, da quantidade e qualidade

de medicamentos para aquele público alvo daquela unidade, daquela área, daquele território, daquelas condições de saúde que tem ali naquela unidade ou território. [...]. Então eu acho que no ponto de vista de pessoal, número de pessoal, condições físicas de trabalho, ter as condições necessárias para trabalhar, acho que tudo isso são indicadores que revelam a importância que a Assistência Farmacêutica já começou a adquirir no serviço. Acho que eles são importantes, são essenciais pra gente ter esse retrato da condição que a gente tem hoje. (Entrevistado 7).

Esses indicadores voltam a refletir o processo de logística ou, ainda, conforme Donabedian, de estrutura e de processo, ou seja, de avaliação normativa⁵¹. Nesse tipo de

avaliação, é necessário que se adotem critérios, os quais podem estar relacionados desde a fidelidade com que a intervenção implantada, tendo como base o planejamento inicial, até o efeito propriamente dito, onde se verifica se as intervenções surtiram o efeito inicialmente previsto. Tais critérios podem estar relacionados direta ou indiretamente a um ou mais focos da avaliação, ou seja, com a estrutura, o processo ou o resultado⁵².

Os indicadores de processo atualmente disponíveis e que podem ser aplicados para alguns macroprocessos da AF⁵⁶ dão um panorama geral da realidade atual, contudo sem demonstrar se os serviços são eficazes e alcançam as

metas propostas ou mesmo sinalizem o que precisa ser melhorado.

Ainda assim, estudo⁵⁷ publicado em 2017 que integra a PNAUM – Serviços avaliou a estrutura das farmácias na atenção primária com base em critérios mínimos preconizados nas legislações pertinentes e mostrou ausência de equipamentos relacionados à oferta de serviços, tanto para o cuidado com os medicamentos como para com os usuários.

A nuvem apresentada pelos discursos (figura 3) ressalta aspectos relacionados ao ciclo logístico, mas revela uma nova perspectiva do ‘cuidado’, ‘saúde’ e ‘atenção’.

Figura 3. Nuvem de palavras para a categoria Indicadores essenciais ou válidos adotados na avaliação



Também há a expectativa de indicadores mais sensíveis às necessidades de saúde das pessoas, voltando neste contexto a AF ao cuidado farmacêutico, como já descrito anteriormente.

[...] a gente precisa avaliar de forma mais adequada [...] entendendo que a gente tem um sistema universal e que a atenção básica ela é a porta de entrada desse serviço, como que é a efetividade dessa política, o quanto os usuários estão recebendo, estão tendo acesso aos medicamentos e não só acesso,

mas como que o uso racional de medicamentos está sendo promovido [...]. (Entrevistado 6).

Destaca-se que os indicadores que já existem, bem como as avaliações no campo da AF já realizadas, não estão sendo ignorados, apenas sendo preciso que se amplie a visão para um processo que atualmente é muito maior e não se restringe somente ao medicamento e não acaba no momento de sua entrega ao paciente.

Ao serem instigados a propor novos indicadores que pudessem complementar a avaliação

da AF, os entrevistados não só tiveram certa dificuldade como demonstraram um pouco de descrédito em relação à evolução na avaliação. Embora seja unânime a ideia de que a avaliação está defasada, dado que há apenas citações gerais sobre as etapas que precisam

ser incluídas no processo, muitos não conseguem sugerir com segurança um possível indicador.

A *figura 4* apresenta a nuvem formada a partir dos discursos sobre os possíveis novos indicadores ou processos a serem avaliados.

Figura 4. Nuvem de palavras para a categoria Possíveis novos indicadores



Os autores reclamam a necessidade de avaliações que contemplem determinados aspectos frágeis no processo de reorganização da AF, com enfoque maior para o cuidado farmacêutico, uma vez que uma visão minimalista da AF tem impacto na forma do cuidado ao usuário⁵⁸. Nesse contexto, tais palavras mostram que o cuidado farmacêutico deve ser o foco dos novos indicadores e, portanto, dos modelos de avaliação a serem desenvolvidos na área da AF.

Nesse sentido, conforme aponta Gerlack et al.⁵⁹, há um descompasso entre os objetivos fixados pelo arcabouço legal e político, que deveria nortear a gestão da AF e o que se observa na realidade, havendo necessidade principalmente de reforçar a responsabilidade dos gestores e instrumentalizá-los para que se implantem⁶⁰ evoluções.

Conclusões

O estudo identificou os marcos históricos e as percepções dos atores acerca da incipiência da inclusão do cuidado farmacêutico na atenção primária ao revelar que as experiências em curso precisam ser avaliadas para a garantia da qualidade da estrutura e dos processos desenvolvidos pela AF no SUS.

Os achados mostram a importância da publicação de documentos pelo MS e pelo CFF como fomentadora do desenvolvimento profissional, da formação acadêmica e das atividades clínicas realizadas por meio do cuidado farmacêutico. Importante, porque a prática sempre caminha atrelada à elaboração de legislações que possam respaldar a atividade profissional e que, quando são identificadas lacunas legislativas, em especial sanitárias,

na regência da AF, limita-se seu campo de atuação. Além disso, tais documentos e experiências foram fundamentais para a percepção dos entrevistados sobre o tema avaliação.

Os discursos e documentos revelam que há uma mudança importante na AF com a incorporação do cuidado. Mostram, também, que a avaliação, quando ocorre, está voltada ao modelo normativo, com indicadores que atendem especialmente à estrutura e aos processos das etapas logísticas. Descrevem, ainda, que atualmente a atuação assistencial do farmacêutico não é homogênea nem divulgada de forma adequada, além de haver necessidade de uniformização dos serviços providos por farmacêuticos voltados ao paciente, família e comunidade, bem como a definição de como deverão ser avaliados.

Dessa forma, a avaliação do processo de AF precisa ser revista e aprimorada para que as novas demandas em saúde possam ser consideradas. Assim, reforça-se a necessidade de avaliação do efeito, compreendido por alguns como o impacto sobre a vida das pessoas.

A principal lacuna observada no processo de avaliação da AF na atenção primária está relacionada ao processo de cuidado desenvolvido pelos farmacêuticos por meio da prestação dos serviços clínicos. Nesse sentido, é necessário avaliar a estrutura, o processo e, em especial, os resultados obtidos por meio dessas ações.

Entre as limitações deste estudo está o fato de que os participantes entrevistados representavam seus gestores federais e distritais, o que demanda cautela na interpretação de suas falas.

Colaboradoras

Soares LSS (0000-0001-7578-1751)* e Galato D (0000-0002-9295-8018)* contribuíram para a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito. Brito ES (0000-0003-0888-6902)* contribuiu para a redação do manuscrito. Todas as autoras aprovaram a versão final e se responsabilizam por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade. ■

Referências

1. Conselho Federal de Farmácia. Serviços Farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília, DF: CFF; 2016.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência Farmacêutica na atenção básica: instruções para sua organização. Brasília, DF: MS; 2001.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão: gerência técnica de assistência farmacêutica. Brasília, DF: MS; 2002.
4. Dupim JAA. Assistência farmacêutica: um modelo de organização. Belo Horizonte: Segrac; 1999.
5. Correr CJ, Otuki MF, Soler O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: ges-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- tão clínica do medicamento. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2011; 2(3):41-49.
6. Brasil. Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 25 Set 2013. Seção 1, p. 186-188.
 7. Brasil. Lei nº 13.021, de 08 de agosto de 2014. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos. *Diário Oficial da União*. 11 Ago 2014. Seção 1, p. 1.
 8. Mattos RA, Baptista TWF. Caminhos para análise das políticas de saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2015.
 9. Oliveira AF. A Percepção dos farmacêuticos como profissionais da atenção primária de saúde no SUS de Fortaleza – CE. [dissertação]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2008.
 10. Souza SS, Costa R, Shiroma LMB, et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. *Rev. Eletr. Enf*. 2010; 12(3):449-55.
 11. Baldin N, Munhoz EMB. Snowball (bola de neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. In: *Anais do 10º Congresso Nacional de Educação – Educere/I Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividade e Educação – SIRSSE*. Curitiba, PR, 7 a 10 de novembro, 2011. *Anais...*, p. 329-41.
 12. Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil. Brasília, DF: OPAS; MS; 2005.
 13. Marcuschi LA. *Análise da Conversação*. 4. ed. São Paulo: Ática; 1998.
 14. Dias MSA, Parente JRF, Vasconcelos MIO, et al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(11):4371-4382.
 15. Brasil. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, DF; 1990.
 17. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF: MS; 2001.
 18. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 2, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Farmácia. Câmara de Educação Superior; 2002. [acesso em 2020 abr 1]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>.
 19. Ivama AM, Noblat L, Castro MS, et al. Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta. Brasília, DF: OPAS; 2002.
 20. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social. Brasília, 2005. [acesso em 2020 jun 9]. Disponível em: https://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1_conferencia_nacional_medicamentos_farmaceutica.pdf.
 21. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*. 20 Maio 2004. Seção 1, p. 52-53.
 22. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 10.858, de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Brasília, DF; 2004. [acesso em 2020 abr 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/Lei/L10.858.htm.
 23. Brasil. Resolução nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofis-

- sional em Saúde CNRMS. Brasília, DF, 2005. [acesso em 2020 abr 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm.
24. Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil. Brasília, DF: OMS; OPAS; 2005.
 25. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para a sua organização. Brasília, DF: MS; 2001.
 26. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Portaria 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. 29 Jan 2007. [acesso em 2020 abr 1]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html.
 27. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF: CONASS; 2011.
 28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 30 Dez 2010. [acesso em 2020 abr 1]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf.
 29. Conselho Federal de Farmácia, Conselho Regional de Farmácia do Paraná. A assistência farmacêutica no SUS. Organização Comissão de Saúde Pública do Conselho Federal de Farmácia, Comissão de Assistência Farmacêutica do Serviço Público do CRF-PR. Brasília, DF: CFF, 2010.
 30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654 de 19 de julho 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. Diário Oficial da União. 19 Jul 2011. [acesso em 2020 abr 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html.
 31. Brasil. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. 20 Set 1990. [acesso em 2020 abr 1]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm.
 32. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001: regulamentação da Lei nº 8.080/90 / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 16 p. [acesso em 2020 abr 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508.pdf
 33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS). [acesso em 2020 abr 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214_13_06_2012.html.
 34. Brasil. Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Diário Oficial da União. 25 Set 2013. Seção 1, p. 186-188.
 35. Akerman M, Freitas O. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): avaliação dos serviços de atenção farmacêutica primária. Rev Saude Publica [internet]. 2017 [acesso em 2020 abr 1]; 51(supl2):1s-5s. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-8787201705100supl2ed.pdf.

36. Brasil. Portaria nº 271, de 27 de fevereiro de 2013. Institui a Base Nacional de Dados de ações e serviços da Assistência Farmacêutica e regulamenta o conjunto de dados, fluxo e cronograma de envio referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 27 Fev 2013. [acesso em 2020 abr 1]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2013/prt0271_27_02_2013.html.
37. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica Insumos Estratégicos. Resultados do projeto de implantação do cuidado farmacêutico no Município de Curitiba / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 100 p.: il. – (Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 4).
38. Brasil. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Brasília, DF; 2014. [acesso em 2020 abr 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13021.htm.
39. Manzini F, Alencar LBO, Sales L, et al. O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação. Brasília, DF: Conselho Federal de Farmácia, 2015. 298 p. [acesso em 2020 abr 20]. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/livro.pdf>.
40. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 6, de 19 de outubro de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Farmácia e dá outras providências. Câmara de Educação Superior, 2017. [acesso em 2020 abr 20]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/outubro-2017-pdf/74371-rces006-17-pdf/file>.
41. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação: relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada. Brasília, DF: MS; 2018.
42. Bermudez JAZ, Esher A, Osorio-de-Castro CGS, et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. Ciênc. Saúde Colet. 2018; 23(6):1937-1949.
43. Araújo RL, Mendonça AVM, Sousa MF. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. Saúde debate. 2015; 39(105):387-399.
44. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília, DF: MS; 2010.
45. Brasil. Estado de São Paulo. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 1.918/2016. Institui os Cuidados Farmacêuticos no âmbito da SMS. Diário Oficial Cidade de São Paulo nº 202, 27 Out 2016. [acesso em 2020 abr 20]. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-secretaria-municipal-da-saude-1918-de-27-de-outubro-de-2016>.
46. Emmerick ICM. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: um pensar sobre a abordagem de pesquisa proposta pela OMS e seus indicadores. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
47. Marín N, Luiza VL, Osorio-de-Castro CGS, et al. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS; OMS; 2003.
48. Portela MC. Avaliação da qualidade em saúde. In: Rozenfeld S, organizadora. Fundamentos da Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 259-269.
49. Gaioso VP, Mishina SM. User satisfaction from the perspective of acceptability in the family health scenario. TextoContextoEnferm. 2007; 16(4):617-25.

50. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A, et al. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
51. Donabedian A. The Criteria and Standards of Quality. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press. 1980. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, v. II).
52. Champagne F, Contandriopoulos A, Brousselle A, et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A, et al. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
53. Gontijo TL, Duarte AGS, Guimarães EAA, et al. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. Saúde debate. 2017; 41(114):741-752.
54. Martins LFV, Meneghim MC, Martins LC, et al. Avaliação da qualidade nos serviços públicos de saúde com base na percepção dos usuários e dos profissionais. RFO UPF. 2014, 19(2):151-158.
55. Lima EFA, Sousa AI, Silva MM, et al. Avaliação da atenção primária na percepção dos usuários e profissionais de saúde: uma revisão integrativa. Rev enferm UFPE [internet]. 2014; 8(supl2):3758-66.
56. Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Apresentação da série. In: Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica. Brasília, DF; 2015. [acesso em 2020 abr 20]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=1518-apresentacao-8&category_slug=serie-uso-racional-medicamentos-284&Itemid=965.
57. Leite SN, Manzini F, Álvares J, et al. Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços. Rev Saúde Pública. 2017 [acesso em 2020 abr 1]; 51(supl2):1s-13s. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007120.pdf.
58. Rover MRM, Vargas-Peláez CM, Farias MR, et al. Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Physis. 2016; 26(2):691-711.
59. Gerlack LF, Karnikowski MGA, Areda CA, et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. Rev Saúde Pública. 2017 [acesso em 2020 abr 1]; 51(supl2):1s-15s. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007063.pdf.
60. Costa KS, Tavares NUL, Nascimento Júnior JM, et al. Avanços e desafios da assistência farmacêutica na atenção primária no Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública. 2017 [acesso em 2020 abr 1]; 51(supl2):1s-5s. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007146.pdf.

Recebido em 30/08/2019

Aprovado em 29/02/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) - Código de Financiamento

Monitoramento do Desempenho da Gestão da Vigilância em Saúde: análise dos usos e da influência

Monitoring of Health Surveillance Management Performance: analysis of uses and influence

Gisele Cazarin¹, Yluska Almeida Coelho dos Reis², Juliana Martins Barbosa da Silva Costa³,
Monik Silva Duarte², Luciana Caroline Albuquerque Bezerra²

DOI: 10.1590/0103-1104202012511

RESUMO O monitoramento e a avaliação vêm despontando crescente interesse nas organizações de saúde. Para que esses processos possam qualificar o desempenho, faz-se necessário analisar sua utilidade. Recorreu-se à experiência de Monitoramento do Desempenho da Gestão da Vigilância em Saúde (MDGVS), proposto pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco. O objetivo foi o de analisar fatores dificultadores e facilitadores do uso e influência, baseados nas dimensões de credibilidade, pertinência, fundamentação teórica e capacidade institucional. Trata-se de estudo exploratório, cujos dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com 21 informantes-chave, além de revisão de documentos. Calcularam-se a média e o respectivo desvio padrão das categorias de análise, revelando boa incorporação do monitoramento, com sua contribuição na aprendizagem organizacional. O processo não só apresentou legitimidade como está integrado à agenda política da Vigilância em Saúde. Por outro lado, houve ênfase nas fragilidades como: dificuldades de integração e na divulgação externa dos resultados.

PALAVRAS-CHAVE Monitoramento. Avaliação em saúde. Vigilância em saúde pública. Gestão em saúde.

ABSTRACT Health Organizations have showed increasing interest in monitoring and evaluation. In order for these processes to comply performance qualification, it is necessary to analyze its value. The experience of Monitoring the Health Surveillance Management Performance (MDGVS) proposed by the State Health Department of Pernambuco was applied. The goal was to analyze factors that hinder and facilitate the use and influence by adopting the dimensions credibility, pertinence, theoretical framework and institutional capacity. It's an exploratory study whose data were collected by means of semi-structured interviews with 21 key informants, as well as by means of the review of documents. The average and the standard deviation for each analysis category were calculated, showing a good monitoring incorporation and its contribution to organizational learning. The process presented legitimacy, being integrated into the HS political agenda. On the other hand, there was an emphasis on weaknesses, difficulties of integration, and external dissemination of results.

KEYWORDS Monitoring. Evaluation in health. Public health surveillance. Health management.

¹Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip) – Recife (PE), Brasil.
gcazarin@gmail.com

²Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) – Recife (PE), Brasil.

³Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil.



Introdução

Nas últimas décadas, com o advento da globalização, o papel da administração pública na gestão de políticas de saúde passou por transformações. Novos arranjos institucionais foram conformados e o modelo hierárquico deu lugar à gestão transversal em redes, à cultura de desempenho, e à geração de valor público¹. No Brasil, esse modelo teve início na década de 1990 com a Reforma Gerencial, que adotou a gestão por resultados como um dos seus principais instrumentos².

O Monitoramento e a Avaliação (M&A) têm sido referidos na literatura como importantes indutores do aprimoramento da gestão, no bojo da mencionada Reforma. Crescente tem sido o interesse na implementação do M&A com vistas à melhoria do desempenho de políticas públicas de saúde^{3,4}.

Por seu caráter sistemático, a maior parte das organizações utiliza o monitoramento do desempenho⁵, termo polissêmico, muitas vezes confundido com efetividade, rendimento, produtividade, qualidade, entre outros⁴. Para Champagne et al.⁶, o termo considera o conjunto dessas noções, que podem ser analisadas como uma de suas subdimensões, i.e., o termo pode englobar esses conceitos, mas não se restringir a eles. Assim, sua definição pode variar conforme as particularidades das organizações, seus objetivos e princípios⁶.

Em 2011, o estado de Pernambuco, por meio da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (Sevs), propôs o Monitoramento do Desempenho da Gestão da Vigilância em Saúde (MDGVS). Considerou-se que o monitoramento ainda era pouco explorado nas organizações de saúde em relação a seu potencial de uso. O monitoramento objetiva acompanhar trimestralmente indicadores estratégicos de processo e resultado, sendo 27 estaduais e 21 municipais. Os indicadores são discutidos colegiadamente, e os encaminhamentos propostos são acompanhados por meio de ata específica⁷. Apesar da consolidação desse processo, há que se avançar no mapeamento de seus usos, de forma a que possa ser potencializado e aperfeiçoado.

Para fins desse estudo, o uso foi compreendido como a capacidade do M&A de modificar habilidades e técnicas no manejo das intervenções⁸. Essa deve ser uma preocupação constante entre os envolvidos, ao mesmo tempo em que é um dos seus importantes desafios⁹. Para alguns autores^{4,8,10}, a nomenclatura ‘uso’ apresenta base conceitual restrita, implicando a necessidade de criação de modelos que apreendam a influência dos processos avaliativos.

A adoção da expressão uso e influência deve abranger mudanças individuais nas atitudes, habilidades, condutas e ações dos indivíduos; mudanças interpessoais nas interações entre os indivíduos; e mudanças coletivas nas decisões e práticas das organizações, que envolvem a agenda política e a aprendizagem organizacional^{8,10}.

De acordo com Contandriopoulos¹¹, um modelo teórico que vise a apreender o uso e a influência do M&A nas organizações deve incorporar dimensões explicativas relativas às dimensões credibilidade, pertinência, fundamentação teórica e capacidade institucional. O grau com que os resultados de uma avaliação são levados em consideração pelas instâncias decisórias pode variar de acordo com essas dimensões¹¹.

A credibilidade diz respeito aos procedimentos metodológicos utilizados no M&A. Ela depende da qualidade dos meios de investigação, da análise empregada e das informações produzidas. Nesse caso, as fontes de informação devem ser confiáveis, de modo que sua produção seja sistemática e válida. Por pertinência, entende-se a capacidade do processo de M&A de fornecer respostas às instâncias decisórias. Essa dimensão objetiva apreender se os envolvidos reconhecem o processo como uma estratégia importante na melhoria da efetividade ou desempenho do sistema de saúde¹¹.

Já a fundamentação teórica, refere-se à explicitação do arcabouço teórico que expresse os diferentes recortes do problema com potencial para apoiar a tomada de decisões. Ela afere a capacidade do M&A de produzir informações

úteis para cada instância de gestão, de modo a satisfazer as expectativas dos envolvidos¹¹. A capacidade institucional está relacionada à contribuição na formação de rede de conhecimento, com construção de legitimidade e utilidade, traduzida no sentimento de pertencimento. Nessa perspectiva, o M&A atua como instrumento de desenvolvimento organizacional e de aprendizagem contínua^{9,12}.

Apesar de todo o potencial para tal, reconhece-se que os resultados do M&A não se traduzem em decisão automaticamente. Entretanto, espera-se que as informações produzidas contribuam para melhor análise de dada situação, influenciando positivamente as decisões¹¹. Dessa forma, objetivou-se com esse estudo identificar os fatores que facilitam e dificultam o uso e a influência do MDGVS.

Material e métodos

Trata-se de estudo exploratório descritivo, com emprego de método quantitativo.

A pesquisa foi desenvolvida na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) e adotou o nível central da Sevs como unidade de análise. Pernambuco é dividido em 184 municípios mais o Distrito Estadual de Fernando de Noronha, organizados em 12 Regiões de Saúde. A Sevs apresenta as Diretorias-Gerais de Informações e Ações Estratégicas em Vigilância Epidemiológica; Vigilância de Doenças Transmissíveis; e de Monitoramento e Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Saúde Ambiental e do Trabalhador. Sua estrutura organizacional engloba também o Laboratório Central de Saúde Pública de Pernambuco (Lacen-PE) e a Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (Apevisa).

A análise do uso e influência do MDGVS adotou o referencial teórico proposto por Contandriopoulos¹¹, categorizado por credibilidade, pertinência, fundamentação teórica e capacidade institucional (*quadro 1*).

Quadro 1. Definição das categorias analíticas para o uso e influência do Monitoramento do Desempenho da Gestão da Vigilância em Saúde (MDGVS)

Categorias de análise	Definição e critérios
Credibilidade	
Fontes de informação confiáveis	Validade e disponibilidade dos dados, revisão periódica de indicadores e metas, quantidade e qualidade dos indicadores propostos.
Pertinência	
Capacidade de resposta do processo de M&A na tomada de decisão	Definição de prioridades de investimento, visualização rápida das informações, vigilância integrada, análise dos dados, discussão colegiada de dirigentes, execução dos encaminhamentos, discussão interinstitucional.
Fundamentação teórica	
Produção de informações úteis para cada instância de decisão	Elaboração e revisão de plano de ação, elaboração de materiais informativos, periodicidade das reuniões.
Capacidade institucional	
Aprendizagem individual e coletiva	Contribuição na aprendizagem organizacional, compartilhamento ou disseminação de informações.
Legitimidade do processo por meio do sentimento de pertencimento	Incorporação do MDGVS pelas áreas técnicas da Sevs, envolvimento dos atores.

Fonte: Adaptado de Contandriopoulos¹¹

A população do estudo foi composta por informantes-chave com experiência em atividades de gestão e interface com o MDGVS. Foram incluídos todos os diretores(as) e gerentes ligados à mencionada Secretaria, totalizando 21 entrevistas semiestruturadas.

A coleta dos dados foi realizada no período de abril a agosto de 2018, utilizando como fontes de evidências as entrevistas e a revisão de documentos oficiais e técnicos tais como informes, atas de reuniões, notas técnicas, relatórios. Precedendo o trabalho de campo, o instrumento de coleta de dados passou por ajustes do teste prévio com alguns informantes-chave, tendo sendo reescritas as questões que suscitaram dúvidas. O roteiro foi elaborado especificamente para esse estudo.

Aferiram-se os critérios avaliados por meio de uma escala de Likert. A cada um deles foi atribuída nota de zero a dez, onde zero representou a pior situação e dez, a melhor¹³. As questões não estruturadas receberam tratamento descritivo, passando por classificação definida por códigos temáticos, posteriormente quantificados e apresentados mediante frequências absolutas e relativas. Por fim, os dados foram calculados por meio do programa Excel® da Microsoft®.

Calculou-se a média e o respectivo desvio padrão para cada categoria de análise do estudo. A média indicou o grau de relevância de cada critério, enquanto o desvio padrão representou a variabilidade. Os pontos de corte para a média e desvio padrão foram sete e três, respectivamente¹⁴.

A relevância das categorias de análise foi classificada em consensualmente relevante, quando a média foi igual ou maior que sete e o desvio padrão, inferior a três; consensualmente pouco relevante, quando a média foi inferior a sete e o desvio padrão, inferior a três; relevante com dissenso, quando a média foi superior ou

igual a sete e o desvio padrão, maior ou igual a três; e pouco relevante com dissenso, quando a média foi inferior a sete e o desvio-padrão, superior ou igual a três¹⁴.

O fato de os dados terem sido coletados por um só pesquisador minimizou as características de viés de seleção e classificação, dado que o procedimento de coleta foi padronizado. A análise do material foi amplamente discutida e validada pelos integrantes da equipe de pesquisa.

A pesquisa obedeceu às recomendações contidas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas e testes em seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco sob parecer nº 2.361.417/2017.

Resultados

De modo geral, os critérios estudados foram classificados como relevantes, com média igual ou maior que sete e desvio padrão menor que três. A exceção desses resultados relacionou-se à discussão dos indicadores do monitoramento com algumas instituições externas, da seguinte forma: entidades representativas de classe ou usuários (média 4,0; DP 3,2), instituições de ensino (média 4,0; DP 3,8), órgãos de controle externo (média 3,0; DP 1,4); Organização Não Governamental (ONG), sociedade civil (média 2,0; DP 3,9). A contribuição na evidenciação de fragilidades e a periodicidade das informações obtiveram médias dez, enquanto definição de prioridades de investimento, vigilância integrada, e discussão colegiada interna e externa obtiveram média igual ou menor a oito (*tabela 1*). Os resultados por categoria de análise estão detalhados no *quadro 1*.

Tabela 1. Média e desvio padrão segundo categorias e subcategorias de análise no uso e influência do MDGVS*. Pernambuco, 2017

Categorias e subcategorias	Média	Desvio padrão
Credibilidade		
Validade dos dados	9,0	1,3
Disponibilidade dos dados	9,0	1,7
Revisão periódica de indicadores e metas	9,0	0,9
Indicadores propostos no painel	9,0	1,0
Pertinência		
Definição de prioridades de investimento	8,0	1,8
Visualização rápida das informações	9,0	1,2
Vigilância integrada	8,0	1,3
Análise dos dados	9,0	1,1
Execução dos encaminhamentos	9,0	1,0
Discussão colegiada interna	8,0	1,6
Discussão interinstitucional		
- Municípios e regiões de saúde	9,0	1,4
- Colegiados intergestores (CIB, CIR)	8,0	1,8
- Instituições de ensino	4,0	2,8
- Entidades representativas de classe e usuários	4,0	3,2
- Instituições de ensino	4,0	2,8
- Órgãos de controle externo	3,0	1,4
- ONG, sociedade civil	2,0	3,9
Fundamentação teórica		
Elaboração e revisão de plano de ação da área	9,0	1,2
Elaboração de materiais informativos	9,0	1,0
Periodicidade das reuniões	10,0	0,6
Capacidade institucional		
Aprendizagem individual e coletiva		
Contribuição na aprendizagem organizacional	9,0	1,0
Compartilhamento ou disseminação de informações	9,0	1,5
Legitimidade		
Incorporação na Sevs e nas áreas	9,0	1,3
Envolvimento dos atores	9,0	1,0
Contribuição na evidenciação de fragilidades	10,0	0,7
Contribuição na evidenciação de potencialidades	9,0	1,4

Fonte: Elaboração própria.

*Os critérios não relevantes de $Me \leq 7$ e $\sigma > 3$ estão assinalados em escala cinza.

Credibilidade

No que diz respeito à credibilidade do painel estudado, os dados foram considerados confiáveis e válidos na fase de coleta, além de disponíveis e oportunos, ambos com média nove e desvios-padrão de 1,3 e 1,7, respectivamente. Em sua maior parte, os dados são advindos de sistemas de informação em saúde oficiais, fazendo com que as informações produzidas sejam exatas e sistemáticas. No entanto, 38% (n=8) dos pesquisados revelaram problemas quanto à oportunidade dos dados para a construção de alguns indicadores do painel.

A revisão dos indicadores e metas é realizada anualmente. Na opinião dos entrevistados, essas revisões vêm sendo adequadas às necessidades das áreas técnicas (Me=9, $\sigma=0,9$), além de contribuir para o aprimoramento da sensibilidade, especificidade e relevância dos indicadores, o que favorece sua robustez.

A maioria dos pesquisados não soube comentar sobre a quantidade e a qualidade dos indicadores. Limitou-se a opinar sobre os indicadores da sua área de atuação, cuja adequação e suficiência obtiveram média nove e desvios-padrão de 0,7 e 1,0, respectivamente. Houve percepção de que os indicadores eleitos são estratégicos, i.e., prioritários, e refletem o desempenho da Vigilância em Saúde (VS). Entretanto, para 38% (n= 8) deles haveria necessidade de inserção de, pelo menos, mais um indicador da sua área de atuação.

Pertinência

Na visão dos entrevistados, o MDGVS contribui para visualização rápida das informações, promovendo boa sistematização, com média nove e desvio padrão de 1,2. Informam que os dados provenientes do painel são analisados com regularidade (Me=9, $\sigma=1,1$). Aliás, algumas áreas revisam mensalmente, periodicidade maior do que a do MDGVS, que é trimestral. O processo influencia na definição de prioridades de investimento das áreas técnicas, embora pudesse ser mais utilizado para tal finalidade (Me=8, $\sigma=1,8$).

Em que pese o importante papel do MDGVS na articulação e integração das áreas (Me=8, $\sigma=1,6$), 47,7% (n=10) dos entrevistados afirmaram que essa integração é restrita à área técnica envolvida ou áreas afins, como, por exemplo, atenção e regulação em saúde. A discussão colegiada, por meio da reunião, foi referida como um dos pontos fortes do processo. Houve percepção de que a presença do núcleo gestor da VS na reunião favorece a legitimidade e a troca de informações entre as áreas. Quando perguntados se sua área de atuação vinha cumprindo os encaminhamentos pós reuniões nos prazos, relataram boa execução (Me=9, $\sigma=1,0$).

Fundamentação teórica

Quanto à contribuição do MDGVS na elaboração e na revisão das ações, a melhor média foi para a área técnica envolvida (Me=9, $\sigma=1,2$), em detrimento do planejamento de ações conjuntas com municípios e regiões de saúde (Me=8, $\sigma=1,3$).

A periodicidade trimestral do monitoramento foi bem avaliada e obteve a melhor média dentre os critérios analisados (Me=10, $\sigma=0,6$). A adequação do período para o monitoramento da evolução temporal serve de subsídio à construção de série histórica dos indicadores. Já a contribuição do MDGVS na elaboração de materiais informativos tais como relatórios, boletins, informes, notas técnicas alcançou média mais baixa (Me=7, $\sigma=2,1$). Os entrevistados consideraram ser mais frequente a produção de relatórios internos que externos.

Capacidade institucional

APRENDIZAGEM INDIVIDUAL E COLETIVA

O papel do MDGVS na aprendizagem organizacional foi considerado importante (Me=9, $\sigma=1,0$), embora restrita ao seu núcleo gestor. Já o compartilhamento e a disseminação falada e escrita das informações provenientes do MDGVS obteve média relativamente menor

($Me=8$, $\sigma=1,7$). Para 38% ($n=8$) dos pesquisados, essas informações são divulgadas pontualmente.

LEGITIMIDADE DO PROCESSO

Houve relatos de boa inserção do MDGVS no nível central, com incorporação tanto na VS como um todo, como em cada uma das áreas técnicas pesquisadas, ambas atingindo média nove. Na opinião dos respondentes, essa inserção deveu-se à regularidade e à sistematização do processo. Consideram o monitoramento muito importante e não conseguem mais conceber a VS sem a utilização dessa ferramenta.

Apesar da média igual para os dois níveis (Sevs e áreas técnicas), a maioria considerou que investimentos ainda são necessários para que o monitoramento seja incorporado à área técnica. À exceção das áreas com painel de indicadores próprio, as demais consideram que o processo ainda esteja adstrito aos participantes das reuniões. Mesmo no corpo dirigente, a participação não é homogênea, pois, muitas vezes, os gestores concentram-se nos indicadores da sua área. Não há entendimento por parte dos técnicos sobre a importância do processo pela incipiente discussão interna.

Nas áreas técnicas em que o gestor apresenta formação em M&A, observou-se influência em uma melhor inserção do MDGVS. Outro aspecto que facilitou a incorporação foi o fato de alguns dos indicadores estratégicos, monitorados pelo painel de forma mais sistemática, estarem presentes em outros instrumentos de gestão do Ministério da Saúde (MS), como, por exemplo, o Contrato Organizativo de Ação Pública, o Pacto pela Saúde, o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) e em pactuações das áreas técnicas do próprio MS.

Ao considerarmos o envolvimento dos participantes no processo, de um modo geral, a pontuação dada pelo entrevistado ao seu próprio envolvimento foi menor do que a pontuação dada por ele à sua equipe, em que pese a média nove, igual para ambos os quesitos. Os

entrevistados, por serem gestores, alegaram falta de tempo para maior dedicação. Houve o entendimento que o envolvimento ainda é burocrático, como, por exemplo, na extração e consolidação dos indicadores.

Afirmou-se que o processo serve para evidenciar mais as fragilidades ($Me=10$, $\sigma=0,7$) do que as potencialidades das intervenções por trás dos indicadores monitorados ($Me=9$, $\sigma=1,4$), uma vez que há a tendência da valorização dos problemas para fins da tomada de decisão sobre eles.

Discussão

Um dos fatores determinantes para o uso e influência do MDGVS de forma sistemática foi a preocupação com a utilidade desde o seu desenho inicial. A definição dos usos e envolvimento dos usuários que irão utilizar os resultados do M&A foi contínua e não apenas na difusão dos resultados, comumente por meio da entrega de relatórios parciais. A lógica do uso do M&A como um processo e não um evento, envolvendo a preparação e o encorajamento para o uso, foi descrita por Patton¹⁵.

A preparação para o uso deu-se desde o início do processo quando do envolvimento dos potenciais usuários na elaboração do modelo lógico de gestão de desempenho da VS e na pactuação dos indicadores e metas do painel pelas áreas técnicas participantes⁷. Também houve investimentos na realização de cursos de pós-graduação na área de M&A e desempenho para os profissionais da VS.

A recomendação da escolha de indicadores estratégicos e disponíveis favoreceu a credibilidade medida pelas informações confiáveis e a pertinência gerada pela capacidade de resposta do processo de M&A na tomada de decisão, ambas fornecidas ao painel pelos entrevistados. No que se refere às metas, a percepção foi de que elas vêm sendo revisadas no sentido proposto por Alves et al.¹⁶, que é o de serem factíveis e trazerem esperança de que podem ser atingidas. Na opinião de Denis¹⁷,

quanto mais os atores estiverem convictos de que o desempenho depende de melhoria do processo de decisão e de que este, por seu turno, depende de informações válidas, mais pertinente lhe parecerá a institucionalização de processos avaliativos.

Ainda no que se refere à pertinência do M&A, tem-se que, no âmbito organizacional, ela engloba uma rede de alianças que se cria em seu torno. Para que essas ferramentas auxiliem nas decisões, é necessário que a maior parte dos envolvidos esteja convencida da sua importância. Sem uma mobilização dessa ordem, o M&A não apresentará tanta potência como veículo de mudanças⁹. Um adendo à pertinência do MDGVS foi o de que o processo de tomada de decisão limitou-se ao núcleo gestor da VS, com restrição de ações integradas.

Os resultados do monitoramento não vêm sendo muito discutidos com órgãos externos e áreas de interface com a VS. O estabelecimento de parcerias, principalmente com outros setores, é um fator favorável à utilização continuada dos resultados do M&A, uma vez que os setores podem apresentar objetivos diversos, embora as alianças façam com que se unam esforços para efetuação das mudanças, algo que não se conseguiria individualmente¹⁸.

A fundamentação teórica, baseada na produção de informações úteis para cada instância de decisão, foi bem avaliada. Os resultados do MDGVS vêm sendo utilizados na execução dos planos de ação das áreas em nível central e destas com as gerências regionais de saúde. Entretanto, a divulgação dessas informações ainda é adstrita ao nível central da VS estadual. Bezerra et al.¹⁹, ao estudarem sobre a difusão de informações advindas do M&A nos departamentos canadenses, verificaram sua ampla disseminação, uma vez que os respectivos relatórios são enviados para a agência central e ao parlamento, além de serem divulgados na mídia.

Quanto à contribuição do MDGVS na elaboração e na revisão das ações, a melhor média foi para a área técnica envolvida ($Me=9$, $\sigma=1,2$), seguida do planejamento de ações conjuntas com municípios e regiões de saúde ($Me=8$, $\sigma=1,3$).

A contribuição do MDGVS foi bem avaliada quanto à capacidade institucional. Apesar dos dados deste estudo sugerirem certa 'dependência' de setor externo as áreas técnicas que facilite o processo. Houve reconhecimento do papel das lideranças das áreas técnicas e sua influência na qualificação do MDGVS. Essa capacidade refere-se à influência do M&A na formação de rede e não da transferência de conhecimento, com construção de legitimidade e utilidade traduzidas no sentimento de pertencimento. Assim, devem-se criar capacidades duradouras em M&A, permanecendo os atores ligados ao circuito das decisões, da influência e da ação, com desenvolvimento de lideranças internas, evitando o 'encapsulamento' em 'departamentos de avaliação'¹⁷.

Nessa perspectiva, o M&A atuaria como instrumento de desenvolvimento organizacional e de aprendizagem contínua^{9,12}, tendo em vista que uma das suas importantes funções é favorecer o aprendizado individual e coletivo. Para isso, necessita-se de alinhamento de valores, atitudes e percepções entre os envolvidos e tomadores de decisão para que apoiem e encorajam a aprendizagem organizacional¹⁸.

No caso da Sevs, instituiu-se uma prática gerencial continuada de acompanhamento das intervenções e programas por meio do painel. Isso vem favorecendo tanto a aprendizagem individual como a coletiva. Para Hartz²⁰, o fortalecimento de capacidades acontece por meio de processos formais e continuados de aprendizagem, em que os erros e falhas resultantes de inovações ou experimentos, com vistas a melhores resultados, não são punidos, são computados como lições aprendidas. No caso em análise, apesar do reconhecimento de que o processo favorece o compartilhamento e a aprendizagem, ele foi visto como evidência de fragilidades, mais que de potencialidades.

No que diz respeito à sua legitimidade, afirmou-se que o MDGVS foi incorporado à VS, a despeito de seu envolvimento limitar-se aos participantes das reuniões e de apenas algumas áreas técnicas terem implantado monitoramento próprio. Os entrevistados citaram

que essa ferramenta é integrante do ciclo da VS que envolve coleta, análise, monitoramento e disseminação dos dados²¹, e que, por isso mesmo, tende a tornar o processo endógeno ao trabalho desenvolvido.

Abreu et al.⁹, ao estudarem sobre o uso e influência de uma avaliação de desempenho do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), concluíram que ela só é considerada útil se estiver alinhada aos interesses dos envolvidos. Sua utilidade pode não ser unânime nessa rede, até porque ser útil não é garantia de uso da avaliação. Apesar das incertezas, o engajamento e o envolvimento dos interessados parecem potencializar a utilização. Na prática, o MDGVS vem sendo conduzido por meio de abordagem avaliativa participativa, importante na sua incorporação organizacional²².

Conforme Denis¹⁷, algumas premissas para que o M&A se consolide institucionalmente são: (i) o dever de fazer com que o processo avaliativo ganhe sentido de fonte de informações para a reflexão sobre as organizações e a política, numa perspectiva de transformação; (ii) o dever de assegurar que as decisões sejam justificadas por meio de dados validados; (iii) o dever de compreender a complexidade crescente dos problemas enfrentados pelas organizações; e (iv) o admitir que as políticas públicas funcionam em rede, sobre as quais não se controla a totalidade do funcionamento.

Considerações finais

Este estudo teve por finalidade contribuir para a compreensão de como os processos de M&A vêm sendo utilizados na VS estadual e dos fatores que podem ou não favorecer tal utilização. Apoiou-se no pressuposto de que o valor do M&A relaciona-se diretamente à sua utilidade na melhoria da prática cotidiana das intervenções, repercutindo no alcance dos resultados pretendidos⁸.

Os dados revelaram que o MDGVS vem

consolidando as dimensões propostas por Contandriopoulos¹¹ no uso ou influência dos resultados do M&A nas organizações, i.e., credibilidade, pertinência, fundamentação teórica e capacidade institucional. Houve reconhecimento da legitimação do processo, o que, por consequência, vem favorecendo sua utilização na VS. Investimentos ainda precisam ser realizados na sua visibilidade externa, principalmente na divulgação das informações e na articulação intersetorial.

A coprodução de critérios e indicadores e a definição do escopo do desempenho são fatores relevantes na mobilização, no desenvolvimento institucional e na potencialização da utilização dos achados da avaliação^{4,9}. A incorporação do monitoramento e da avaliação na VS tem como objetivo integrá-los à organização de modo que sejam capazes de influenciar seu comportamento, conectando as atividades analíticas às de gestão⁸.

Ações que conduzam os envolvidos a incorporar homogeneamente essas ferramentas no cotidiano, com atribuição de responsabilidades de cada um no processo, são fundamentais para aumentar o uso e a influência dos resultados do M&A. Aliado a isso, há de se promover maior alinhamento sobre a concepção de desempenho que não se atenha somente ao cumprimento de metas epidemiológicas e operacionais, bem como sobre a percepção de que o processo foca nas fragilidades das intervenções monitoradas. Em outras palavras, há de se promover ressignificação.

Colaboradoras

Cazarin G (0000-0003-3663-4665)*, Reis YAC (0000-0002-5883-496X)* e Costa JMBS (0000-0002-5809-4156)* participaram de todas as etapas da elaboração do artigo. Duarte MS (0000-0003-0093-7082)* e Bezerra LCA (0000-0001-6074-6072)* participaram da redação e revisão crítica do artigo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Martins HF, Marini C. Um guia de governança para resultados na administração pública. Brasília, DF: Publix; 2010.
2. Pereira B. Reforma gerencial e legitimação do estado social. *Rev. Adm. Públic.* 2017; 51(1):147-156.
3. Albuquerque C, Martins M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. *Saúde debate* 2017; 41(esp):118-137.
4. Reis AC, Santos EM, Arruda MR, et al. Estudo exploratório dos modelos de avaliação de desempenho em saúde: uma apreciação da capacidade avaliativa. *Saúde debate* 2017; 41(esp):330-344.
5. Marchal B, Hoérée T, Silveira VC, et al. Building on the EGIPPS performance assessment: the multipolar framework as a heuristic to tackle the complexity of performance of public service oriented health care organizations. *BMC Public Health.* 2014; 14(378):2-11.
6. Champagne F, Contrandriopoulos A-P. Elementos de arquitetura dos sistemas de avaliação de desempenho dos serviços de saúde. In: Contandriopoulos AP, Hartz ZMA, Gerhir M, et al., organizadores. *Saúde e Cidadania: as experiências do Brasil e do Quebec.* Campinas: Saberes Editora; 2010. p. 297-340.
7. Costa JMBS, Felisberto E, Bezerra, LCA, et al. Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(5):1201-1216.
8. Figueiró AC, Hartz Z, Samico I, et al. Usos e influência da avaliação em saúde em dois estudos sobre o Programa Nacional de Controle da Dengue. *Cad. Saúde Pública.* 2012; 28(11):2095-2105.
9. Abreu DMF, Santos EM, Cardoso GCP, et al. Usos e influências de uma avaliação: translação de conhecimento? *Saúde debate* 2017; 41(esp):302-316.
10. Hartz ZMA, Santos EM, Matida AH. Promovendo e analisando o uso e a influência das pesquisas avaliativas. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Silva LMV, organizadores. *Meta-avaliação da atenção básica. Teoria e Prática.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 169-87.
11. Contandriopoulos A-P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc. Saúde Colet.* 2006; 11(3):705-711.
12. Felisberto E, Freese E, Bezerra LCA, et al. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26(6):1079-1095.
13. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev. Psiq. Clín.* 1998; 25(5):206-213.
14. Souza LE, Vieira-da-Silva L, Hartz ZMA. Conferência de Consenso sobre a imagem objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva L, organizadores. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de intervenções e sistemas de saúde.* Salvador: EDUFBA; 2005. p. 65-100.
15. Patton MQ. *Developmental Evaluation: applying complexity concepts to enhance innovation and use.* New York: Guilford Press; 2011.
16. Alves CKA, Natal S, Felisberto E, et al. Interpretação e análise das informações: O uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: Samico IC, Felisberto E, Figueiró AC, et al., organizadores. *Avaliação em saúde: Bases conceituais e operacionais.* Rio de Janeiro: Medbook; 2010. p. 89-107.
17. Denis JL. Institucionalização da avaliação na administração pública. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infan.* 2010; 10(supl1):S229-S237.
18. Oliveira SRA, Medina G, Figueiró AC, et al. Strategic factors for the sustainability of a health intervention at municipal level of Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(7):1-11.

19. Bezerra LCA, Felisberto E, Costa JMBS, et al. Desafios à Gestão do Desempenho: Análise lógica de uma Política de Avaliação na Vigilância em Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2019 [acesso 2019 maio 2]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/desafios-a-gestao-do-desempenho-analise-logica-de-uma-politica-de-avaliacao-na-vigilancia-em-saude/17204>.
20. Hartz ZMA. Creating a dialogue between the concepts of complexity paradigms and the pragmatic approaches proposed for evaluating complex interventions. *Canad. J. Progr. Eval.* 2012; 26(3):115-118.
21. Teixeira MG, Costa MCN, Souza LPF, et al. Evaluation of Brazil's public health surveillance system within the context of the International Health Regulations. *Rev. Pan. Saúde Públ.* 2012; 32(1):49-55.
22. Mantoura P, Potvin L. A realist-constructionist perspective on participatory research in health promotion. *Health Prom. Int.* 2012; 28(1):61-72.

Recebido em 08/07/2019

Aprovado em 20/01/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Características e demandas da população em situação de vulnerabilidade social acompanhadas em Belford Roxo (RJ)

Characteristics and demands of the population in a situation of social vulnerability attended in Belford Roxo (RJ)

Lana Carrilho Lisboa¹, Vania Reis Girianelli¹, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012512

RESUMO O objetivo deste estudo foi o descrever as características e demandas das famílias em acompanhamento no Centro de Referência de Assistência Social (Cras) de Santa Marta, município de Belford Roxo (RJ), no período de 2006 a 2017. Trata-se de estudo transversal descritivo com dados extraídos das fichas de acompanhamento. Um total de 87 famílias foi acompanhada no período. A maioria dos responsáveis familiares era do sexo feminino (92,0%), menor de 40 anos (59,8%), solteira (92,0%) e com ensino fundamental incompleto (89,7%). As principais demandas se referiram ao descumprimento de condicionalidade do Programa Bolsa Família (28,7%) e evasão escolar (26,4%). O serviço de saúde (33,3%) apresentou o maior encaminhamento intersetorial. A mediana do tempo de acompanhamento foi de 53 meses. Não houve diferença no tempo de acompanhamento em função do grupo etário, sexo, vínculo de trabalho informal ou precário, para recebimento de benefício, forma de acesso, tipo de demanda e registro de plano de acompanhamento ($p \geq 0,272$). A demanda espontânea foi a razão de a maioria das famílias estar em acompanhamento (86,2%), mas não havia registro sobre sua situação de vulnerabilidade. A identificação das famílias que necessitam de acompanhamento é importante para garantir acesso aos direitos socioassistenciais, além de contribuir para superar as desigualdades sociais existentes.

PALAVRAS-CHAVE Direitos humanos. Política pública. Seguridade social. Carência social. Família.

ABSTRACT The objective of this study was to describe the characteristics and demands of the families under follow-up at Social Assistance Referral Center (Cras) of Santa Marta, municipality of Belford Roxo, State of Rio de Janeiro, from 2006 to 2017. This is a descriptive cross-sectional study whose data were retrieved from the families' accompanying records. A total of 87 families were followed up within the study period. Most of the family heads were female (92.0%), under 40 (59.8%), single (92.0%) and incomplete elementary school (89.7%). Main demands referred to noncompliance with the Bolsa Família Program (28.7%) and school dropout (26.4%) conditionalities. Health service (33.3%) showed the greatest intersectoral referral. The median following-up time was 53 months. There was no difference in the following-up time due to the age group, gender, informal or precarious employment relationship, benefit payment, access type, demand type, and follow-up plan registration ($p \geq 0,272$). Spontaneous demand was the reason for most of the families to be under follow-up (86.2%), although no record existed on their vulnerability situation. The identification of the families in the need to be followed is important to guarantee access to social and care rights, besides contributing to overcome the existing social inequalities.

KEYWORDS Human rights. Public policy. Social welfare. Low-income population. Family.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. lcarrilholisboa@gmail.com



Introdução

As práticas de assistência social sempre estiveram relacionadas à solidariedade e à benevolência dirigida principalmente aos pobres, doentes e deficientes. O processo de redemocratização iniciado no final da década de 1970 teve por objetivo restabelecer, além dos direitos políticos, os direitos fundamentais de grupos historicamente excluídos¹. Nesse contexto, a assistência social foi introduzida na Constituição para garantia de proteção social aos cidadãos, e compõe o tripé da seguridade social juntamente com a saúde e a previdência², rompendo com a visão assistencialista e clientelista existente¹. Tal direito, contudo, apenas ganhou *status* de política pública e dever do Estado após a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (Loas)³. A implantação da Loas, no entanto, é dificultada por aspectos políticos e econômicos, já que o Estado passa a transferir suas responsabilidades para as organizações sem fins lucrativos e para o mercado, mantendo as práticas de assistencialismo por meio de ações pontuais e fragmentadas direcionadas aos mais pobres, comprometendo a efetivação da assistência social no Brasil¹. A Loas, não obstante, foi a base para estruturação do Plano Nacional de Assistência Social (PNAS)⁴, que se concretizou com a implantação do Sistema Único de Assistência Social (Suas), sendo o território a base para organização e consolidação do sistema⁵. O Suas tem sido fundamental para o combate à violência e à extrema pobreza em todo o país, proporcionando o reconhecimento da relevância da Política Pública de Proteção Social⁶.

Os serviços de proteção social estão organizados por níveis de baixa, média e alta complexidade. Os serviços de proteção social básica são de baixa complexidade e atuam de forma preventiva; os de proteção social especial são de média e alta complexidade e atendem indivíduos e famílias que já tiveram seus direitos violados⁷. Os Centros de Referência de Assistência Social (Cras) são unidades

loais que têm por atribuição a organização da rede socioassistencial e a oferta de serviços de proteção social básica em determinado território. O objeto de intervenção é a família e a matricialidade sociofamiliar, uma das diretrizes estruturantes de gestão do Suas. O Cras tem como objetivo prevenir o rompimento de vínculos familiares e comunitários com ações preventivas, protetivas e proativas, ampliando o acesso dos usuários aos direitos e políticas públicas para mais de assistência social⁸. A intersetorialidade é um dos objetivos previsto na Loas, e prevê no seu parágrafo único que

a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e promovendo a universalização dos direitos sociais⁹.

Considerando o conceito ampliado de saúde, que se expressa por meio dos aspectos sociais, culturais, econômicos e não somente biológicos, é relevante avaliar, como estratégia de construção de cuidado integral, a parceria entre diversas secretarias. Um exemplo de intersetorialidade é o Programa Bolsa Família (PBF), cuja transferência de renda está condicionada à manutenção da escolarização, à vacinação e ao acompanhamento em saúde das crianças e gestantes.

O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif) faz parte de uma política pública e é um serviço socioassistencial ofertado de maneira exclusiva pelo Cras. Além disso, é responsável por articular os demais serviços socioassistenciais, programas de transferência de renda e benefícios assistenciais. Assim, tal serviço é destinado às famílias que estejam em situação de vulnerabilidade e necessitem de assistência social para garantia de acesso aos direitos socioassistenciais e ampliação de sua capacidade protetiva.

O Paif é um serviço que implica a construção de um plano de acompanhamento familiar juntamente com os usuários, no qual são estabelecidos os compromissos entre a família e os

profissionais de forma a subsidiar ações para contribuir na superação dos problemas sociais vivenciados pela família. O atendimento pode ocorrer de forma pontual ou continuada e o propósito é fortalecer a função protetiva da família, prevenindo o rompimento de vínculos familiares e reconhecendo suas potencialidades, e colocando-a como sujeito da sua própria história. Dar suporte ao desenvolvimento das capacidades humanas pressupõe admitir a existência de indivíduos ativos e respeito à sua liberdade, o que contribui para eliminar as relações assimétricas de forma a fortalecê-los para o enfrentamento das situações de vulnerabilidade vivenciadas¹⁰. Dessa forma, o Paif, em conjunto com outros serviços, programas e projetos, contribui para que seja garantido o acesso a direitos e serviços tanto na rede socioassistencial como nos serviços setoriais e demais políticas públicas, principalmente em relação ao acesso à saúde¹¹.

As famílias inseridas para acompanhamento no Paif apresentam vulnerabilidade ou risco social¹². A vulnerabilidade social compreende uma condição de fragilidade dos vínculos familiares e relacionais, comprometendo a inserção e estabilidade no mercado de trabalho e o acesso aos serviços públicos e de proteção social. Já o risco, é uma consequência da não prevenção das situações de vulnerabilidade¹³. Dentre os mais vulneráveis encontram-se os beneficiários do Programa Bolsa Família e do Benefício de Prestação Continuada, i.e., idosos e deficientes com renda menor que 1/4 do salário-mínimo; pessoas que não possuem documentação civil básica; famílias com indivíduos reconduzidos ao convívio familiar após cumprimento de medidas protetivas ou outras situações de privação do convívio familiar e comunitário⁸.

No Brasil, considerando os censos de 2000 e 2010, houve uma redução de 40,2% no percentual da população que vive pobreza extrema, percebendo até um quarto do salário mínimo, embora tal população ainda corresponda a 15,7% da população¹⁴. A pobreza extrema,

embora seja determinante da maioria das situações de vulnerabilidade, não é suficiente para definir quais sujeitos necessitam de apoio¹⁵.

Apesar de o Paif existir há mais de duas décadas, ainda são raros os estudos sobre a população em acompanhamento no Cras. Este artigo tem como objetivo descrever as características e demandas das famílias em acompanhamento no Paif do Cras II Santa Marta, município de Belford Roxo – Rio de Janeiro, no período de 2006 a 2017.

Material e métodos

Trata-se de um estudo transversal descritivo das famílias incluídas para acompanhamento no Paif do Cras II Santa Marta, município de Belford Roxo (RJ).

Belford Roxo é um município da região metropolitana do estado do Rio de Janeiro, localizado na Baixada Fluminense. Está dividido em cinco distritos e contém 28 favelas, i.e, assentamentos subnormais. O município possui um dos mais elevados Produto Interno Bruto (PIB) do Estado, embora a renda per capita seja uma das mais baixas. Apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) médio (0,684), abaixo da média do Estado (0,768) e do País (0,744). Em 2010, a população estimada era de 495.783 habitantes, sendo o sétimo município mais populoso do Estado. Adicionalmente, 15,7% da população vive em pobreza extrema, correspondendo à 12ª pior posição do Estado¹⁴.

A rede socioassistencial do Município começou a ser implantada a partir da aprovação da PNAS-Suas, ocorrida em 2004. No ano posterior, o município contava com um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) e seis Cras¹⁶. Atualmente, o município dispõe de treze Cras, três Creas e um Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP).

O Cras II Santa Marta, objeto deste estudo, foi inaugurado em 2005. Está localizado no terceiro distrito, que abrange quinze sub bairros

e é responsável por cerca de oito mil famílias. Neste estudo, no entanto, foram elegíveis apenas as famílias acompanhadas no Paif do Cras II Santa Marta, município de Belford Roxo, no período de 2006 a 2017.

Os dados foram extraídos das fichas de acompanhamento do Paif do Cras II Santa Marta. Analisaram-se as variáveis relacionadas às características socioeconômicas e demográficas do responsável familiar, demandas dos usuários, atendimento no Paif e tempo de acompanhamento entre a data da inclusão e da saída.

As características socioeconômicas e demográficas consideradas dizem respeito ao sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, renda e benefício recebido. As demandas avaliadas referem-se ao descumprimento de condicionalidade do PBF, ou seja, criança ou adolescente com frequência irregular na escola, vacinação não está em dia e não da realização da pesagem; evasão escolar; situação de abuso, exploração sexual, violência doméstica, acolhimento institucional e trabalho infanto-juvenil.

Quanto ao atendimento no Paif, foram contempladas a forma de acesso, caracterizada pela demanda espontânea e encaminhamento intra e intersetorial; e as ações realizadas, tais como inclusão no programa de acompanhamento, regularização de documentos pessoais, encaminhamentos, inserção em programas, serviços ou benefícios e visita domiciliar.

Calculou-se o percentual de cada categoria das variáveis estudadas e o tempo mediano de acompanhamento das famílias no Paif. Também foram construídas curvas

de tempo de acompanhamento das famílias utilizando o método de Kaplan Meier, que é uma estimação não paramétrica do tempo de ocorrência de um evento¹⁷. As curvas de tempo foram estratificadas por grupo etário, sexo, vínculo empregatício, recebimento de benefício, forma de acesso ao Paif e descumprimento de condicionalidade do PBF. O teste Log-rank foi calculado para comparar as curvas dos estratos das variáveis, e a diferença encontrada foi considerada estatisticamente significativa quando o respectivo valor de p foi $\leq 0,0517$.

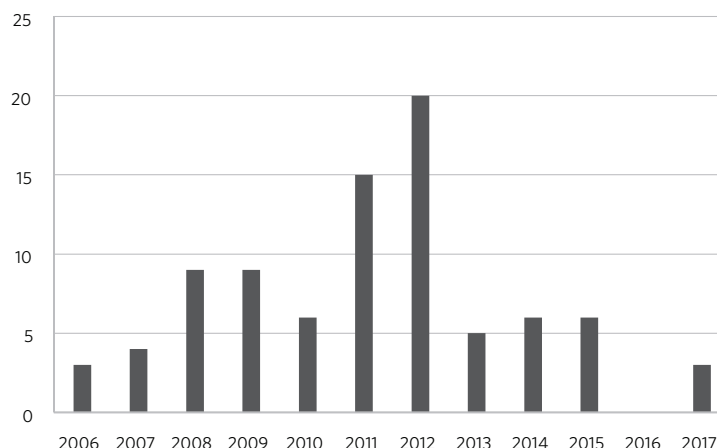
Os dados foram armazenados no programa Excel, versão 2013, e analisados no programa estatístico R versão 3.5.118.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (CAAE 94184318.2.0000.5240 e parecer número 2.795.511).

Resultados

No período de 2006 a 2017, foram incluídas 91 famílias para acompanhamento no Paif do Cras Santa Marta de Belford Roxo. Destas, duas fichas de acompanhamento não foram localizadas e duas famílias realizaram apenas o primeiro atendimento. Portanto, 87 famílias foram incluídas no estudo. Houve um aumento de inclusão das famílias até 2012, com decréscimo nos anos posteriores (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Número de famílias em acompanhamento no Paif do Cras II Santa Marta em Belford Roxo (RJ), por ano de inclusão, 2006 – 2017



Quanto às características socioeconômicas e demográficas do responsável familiar, constatou-se que a maioria era do sexo feminino (92,0%), grupo etário de 16 a 39 anos (59,8%), solteira (92,0%), baixa escolaridade, com ensino fundamental incompleto (89,7%). Ressalta-se que dois usuários referenciados ao

Cras eram oriundos do estado de Pernambuco. Dentre os seis empregados, cinco recebiam Bolsa-Família e o outro estava com o benefício cancelado ou bloqueado. Dentre os 81 desempregados, 14 não participavam do programa de transferência de renda (17,3%) e dois tiveram seu PBF bloqueado ou cancelado (*tabela 1*).

Tabela 1. Distribuição das características socioeconômicas e demográficas do responsável familiar inserido em acompanhamento no Paif no Cras II Santa Marta, Belford Roxo (RJ), 2006 a 2017

Característica do responsável familiar	N	%
Sexo		
Masculino	7	8,0
Feminino	80	92,0
Grupo etário		
Entre 16 a 39 anos	52	59,8
Entre 40 a 59 anos	26	29,9
60 anos ou mais	9	10,3
Situação Conjugal		
Solteiro	80	92,0
Casado	2	2,3
Divorciado	1	1,1
Viúvo	1	1,1
Ignorado	3	3,4

Tabela 1. (cont.)

Característica do responsável familiar	N	%
Escolaridade		
Analfabeto	2	2,3
Fundamental Incompleto	78	89,7
Fundamental Completo	3	3,4
Ensino Médio Incompleto	3	3,4
Ignorado	1	1,1
Tipo de benefício ou programa de transferência de renda		
Apenas Programa Bolsa Família – PBF	63	72,4
Apenas Benefício de Prestação Continuada – BPC	3	3,4
PBF e BPC	4	4,6
PBF cancelado ou bloqueado	3	3,4
Não participa de programa de transferência de renda	14	16,1
Empregado		
Sim	6	6,9
Não	81	93,1
Naturalidade		
Rio de Janeiro	85	97,7
Pernambuco	2	2,3

A demanda espontânea foi a razão de a maioria das famílias estar em acompanhamento (86,2%) (tabela 2). As principais demandas foram o descumprimento de condicionalidade do PBF (28,7%) e evasão escolar

(26,4%). Destaca-se que 43 (49,4%) famílias não tinham uma demanda específica registrada, embora se ressalte que a maioria destas (90,7%) tenha procurado a assistência social espontaneamente.

Tabela 2. Distribuição das formas de acesso e demandas trazidas pelas famílias ao Paif de Cras II Santa Marta, Belford Roxo (RJ), 2006 a 2017

Formas de acesso e demandas	N	%
Formas de acesso		
Demanda espontânea	75	86,2
Encaminhamento da rede socioassistencial	5	5,7
Encaminhamento intersetorial	7	8,0
Demandas*		
Descumprimento de condicionalidade	25	28,7
Evasão escolar	23	26,4
Situação de abuso ou exploração sexual	1	1,1
Situação de violência doméstica	10	11,5

Tabela 2. (cont.)

Formas de acesso e demandas	N	%
Situação de acolhimento institucional	7	8,0
Trabalho infanto-juvenil	4	4,6
Sem registro de demanda no cadastro	43	49,4
Ignorado	3	3,4

*Pode ter mais de uma demanda.

Apenas 28,7% das famílias tinham um plano de acompanhamento registrado na ficha cadastral (tabela 3). A principal ação realizada pelos técnicos foi o encaminhamento para programas, serviços e benefícios do governo

federal (97,7%). O serviço de saúde (33,3%) apresentou o maior encaminhamento interseccional, seguido da habitação (11,5%). Salienta-se que 36,8% das famílias não foi encaminhado para outros serviços da rede interseccional.

Tabela 3. Distribuição das ações realizadas com as famílias em acompanhamento no Paif do Cras II Santa Marta, Belford Roxo (RJ), 2006 a 2017

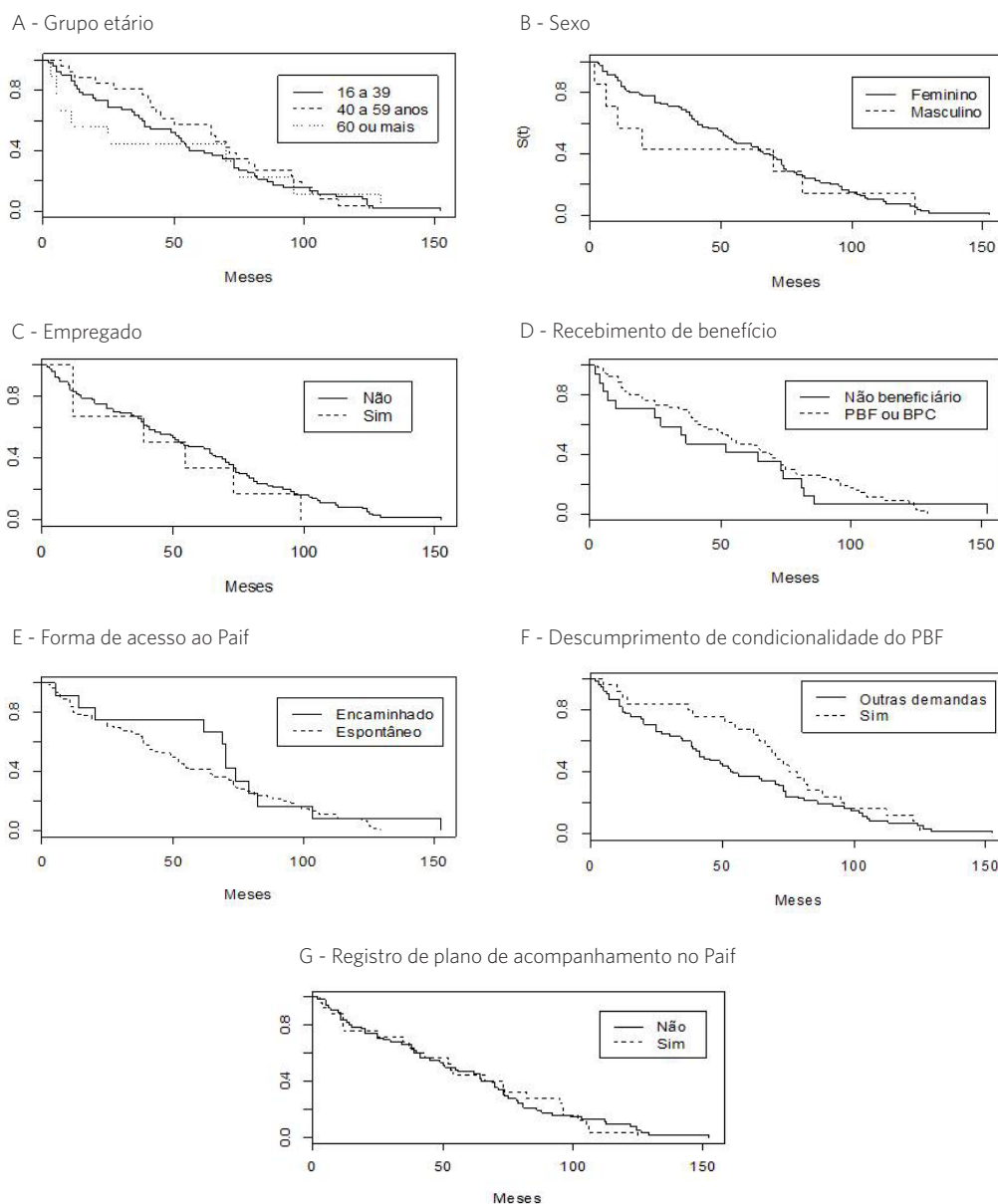
Acompanhamento no Paif	N	%
Plano de acompanhamento		
Sim	25	28,7
Não registrado	62	71,3
Encaminhamentos - Ações*		
Inserção em programas, serviços e benefícios do governo federal	85	97,7
Regularização de documentos pessoais	28	32,2
Visita Domiciliar	41	47,1
Encaminhamento Interseccional*		
Saúde	29	33,3
Educação	3	3,4
Justiça	5	5,7
Creas	3	3,4
Conselho Tutelar	4	4,6
Secretaria de Habitação	10	11,5
Centro Especializado de Atendimento à Mulher (Ceambel)	2	2,3
Setor ignorado	17	19,5
Não encaminhado para outro setor	32	36,8

*Pode ter mais de uma demanda.

O tempo mediano de acompanhamento pelo programa foi de 53 meses, variando de 2 a 152 meses. As curvas dos tempos de acompanhamento no Paif dos familiares mostram que não houve diferença estatisticamente significativa no tempo de acompanhamento em função

do grupo etário ($p = 0,901$), sexo ($p = 0,611$), vínculo de trabalho informal ou precário ($p = 0,496$), recebimento de benefício ($p = 0,547$), forma de acesso ($p = 0,342$), tipo de demanda ($p = 0,272$) e registro de plano de acompanhamento no Paif ($p = 0,867$) (figura 1).

Figura 1. Curvas dos tempos de acompanhamento das famílias no Paif estratificadas por variáveis selecionadas, Cras II Santa Marta, Belford Roxo (RJ), 2006 a 2017



Discussão

Apenas 87 famílias ficaram em acompanhamento no Paif, inviabilizando a análise da mudança na tendência no período estudado. Embora tenha ocorrido um aumento na inclusão das famílias desde a implantação do serviço em 2005 até 2012, houve decréscimo nos anos posteriores, o que pode ser mais o reflexo de uma mudança macro política do que uma redução da demanda, tendo em vista que as condições de vida da população têm piorado com o aumento do desemprego. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua¹⁹ o percentual de desocupação superou 10% a partir de 2016, alcançando 12,7% no primeiro trimestre de 2019, crescendo o aumento das iniquidades sociais, principalmente para grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade. Some-se a isso a implementação das políticas de austeridade, que vem trazendo efeitos nefastos sobre o financiamento das políticas sociais no Brasil e resultando na precarização dos serviços e da política de saúde, por exemplo.

Em 2016, ano com nenhuma família incluída, o contexto foi de intensificação das ações neoliberais, visando à redução dos gastos públicos²⁰. Os programas e serviços relacionados à pasta da assistência social tendem a ser os mais afetados por não haver um percentual mínimo da arrecadação pactuado em cada esfera de governo em razão da vinculação obrigatória, como ocorre com a saúde e a educação.

Um serviço ou uma política pública por si só, contudo, não é suficiente para responder às demandas da população, em particular a mais vulnerável. Ademais, a melhoria da saúde de uma determinada população pode depender mais de investimento de outra política setorial, como, por exemplo, o saneamento básico, do que do aumento no investimento dos gastos tradicionais relacionados à saúde.

A intersectorialidade é uma estratégia de construção do cuidado integral, mas ainda se verifica na prática profissional uma necessidade de ampliação do debate acerca da rede

intra e intersectorial, bem como da articulação entre elas. Tal limitação compromete o enfrentamento da determinação social que incide no processo saúde-doença.

A assistência social se insere numa realidade complexa, que, por vezes, encontra limites para atuação profissional. Tal contexto provoca o profissional a refletir sobre a sua prática e reconhecer que a realidade é dinâmica, com avanços e retrocessos na relação entre o Estado e a sociedade.

Viu-se que, das famílias em acompanhamento, a maioria tinha a mulher como responsável (92%). Embora a família seja o foco da atenção, como previsto nos marcos legais da Política de Assistência – PNAS⁴ e nos marcos normativos do Suas – Norma Operacional Básica (NOB)/Suas⁵, há a priorização das mulheres como responsável pelo cadastro único. Esse cadastro é um instrumento de identificação e caracterização socioeconômica das famílias de baixa renda a ser obrigatoriamente utilizado para seleção de beneficiários e integração de programas sociais do governo federal. Posteriormente, torna-se o público preferencial do programa de transferência da renda – PBF, que reforça a responsabilização feminina por meio das condicionalidades, compromissos assumidos pela família nas áreas da educação e da saúde e que precisam ser cumpridos para manutenção do benefício.

Outro achado relevante a ser destacado é que 17,3% dos responsáveis familiares em situação de desemprego não participou de nenhum programa de transferência de renda. Tal fato reflete as implicações da gestão neoliberal no campo das políticas sociais, trazendo impactos em nível do trabalho e também implicações psicossociais e tornando relevante articular as intervenções tanto na assistência social como em outras políticas públicas, como as de saúde e saúde mental²¹.

O fato de a maioria das famílias ter sido incluída para acompanhamento familiar no Paif por demanda espontânea (86,2%), reforça que o Cras é a principal porta de entrada para o acesso às políticas públicas, embora os registros não contivessem a situação de

vulnerabilidade que elegia as famílias a tal inclusão. Adicionalmente, a maioria das famílias (71,2%) não tinha um plano de acompanhamento registrado, embora tenham sido acompanhadas por dois a 153 meses. Ademais, se destacam as formas diferenciadas de registros das informações nas fichas do Paif, o que impossibilita sistematizar a prática e definir indicadores sobre o acompanhamento.

É importante salientar que, no atual contexto de ofensivas conservadoras aos direitos sociais, há um processo de desmonte dos equipamentos públicos, acrescido de um financiamento inadequado, tornando inviável a prestação de serviços com qualidade, o que pode desencadear o fim do Suas. Somando-se a esse corte de recursos em relação aos serviços socioassistenciais, ocorrem outras formas de precarização do trabalho tais como a desvalorização dos trabalhadores do Suas, baixa remuneração, condições precárias de trabalho, a não preservação a saúde do trabalhador e os riscos e exposição à violência urbana nos territórios.

Ademais, segundo o último Censo Suas, publicado 2016²², observa-se que, desde 2010, mais da metade dos profissionais das Secretarias Municipais de Assistência Social é comissionada ou sem vínculos trabalhistas. Tal situação favorece a alta rotatividade desses profissionais, relacionada à descontinuidade político-partidária, o que prejudica a continuidade das ações e o estabelecimento de vínculos entre esses profissionais e os usuários, impactando diretamente o atendimento prestado.

Considerações finais

O Paif já existia no estado do Rio de Janeiro desde 1999 com o objetivo de ordenar e organizar a assistência social de maneira sistêmica; mas perdeu sua razão de existir, pois a proposta foi incorporada ao Suas na sua implantação em 2005. O serviço Paif foi mantido, mas tentaram convertê-lo numa metodologia de acompanhamento sociofamiliar.

O fato de haver repasse do governo federal tem estimulado a implantação desses serviços nos municípios, embora geralmente em condições precárias, sem recursos humanos suficientes para atender à demanda, dificultando a operacionalização e a execução da política de assistência social. As recomendações do Paif não contemplam a realidade e desconsideram a complexidade das refrações da questão social. Tal situação superestima a capacidade do profissional em responder às demandas das famílias, que, por não serem atendidas, frustram o profissional. Em contrapartida, a sociedade acaba, muitas vezes, atribuindo a culpa às famílias pelo fracasso, reforçando e transferindo a responsabilidade dos cuidados e da proteção social para as famílias. As necessidades sociais são tratadas como problemas privados, de “forma despoliticizada, quando na verdade se trata de questões de ordem pública, afetas à sociedade e, em particular, ao Estado”²³⁽¹³⁶⁾.

O direito à saúde é universal. Portanto, não é condição passar pelo serviço da assistência social para ter acesso a esse direito. A política de assistência social é importante para democratizar as informações quanto aos direitos da população, em particular para os indivíduos em situação de vulnerabilidade. É importante trazer este debate sobre a assistência social como uma articuladora das demais políticas e como ela pode contribuir para a viabilização do acesso ao direito à saúde e à dignidade humana.

O trabalho intersetorial é fundamental para viabilizar o processo de referência e contra referência a serviços socioassistenciais e a serviços de outras políticas setoriais, assegurando a interdisciplinaridade, a qualidade dos serviços e ação em rede. Ademais contribui para monitorar a resolutividade das ações e proporcionar maior transversalidade da assistência social com as demais políticas públicas, em especial a saúde, educação, habitação, sistema sociojurídico, trabalho e renda. Assim, a intersectorialidade é essencial no que diz respeito à garantia de direitos e das políticas sociais,

e se torna necessária, porque a população apresenta demandas variadas e complexas.

Defender a oferta de serviços de qualidade no Suas implica a garantia de condições de trabalho pautadas nos princípios ético-políticos dos trabalhadores do Suas e na defesa dos direitos socioassistenciais dos usuários, estimulando sua participação nos espaços de controle social, como conselhos, fóruns e conferências. Ademais, a capacitação dos profissionais e a estruturação das condições de trabalho são fundamentais. Nesse sentido, a busca pela defesa e a ampliação da proteção social e dos direitos sociais na perspectiva do conceito de seguridade social ampliada visa a reduzir as vulnerabilidades e possibilitar aos cidadãos o acesso às políticas setoriais e serviços públicos, opondo-se à violação de prerrogativas profissionais e dos direitos humanos.

A adequada inclusão no acompanhamento Paif é importante, pois garante a aplicação de recursos para a população que realmente necessita de proteção social, proporcionando acesso às informações, aos bens, aos serviços, aos direitos socioassistenciais e às demais políticas setoriais e de defesa de direitos. Esse

serviço dá visibilidade ao público que recorre à política de assistência, desnaturalizando a pobreza e as desigualdades que extrapolam as considerações econômicas.

Espera-se que o estudo contribua para o aperfeiçoamento da equipe para um melhor atendimento da população mais vulnerável pelo serviço, e consequentemente, amplie a visibilidade do trabalho realizado e a proteção social dessa população para que seja garantido o acesso à cidadania.

Colaboradores

Lisbôa LC (0000-0002-5669-481X)* contribuiu para elaboração do trabalho, análise e interpretação dos dados, redação da primeira versão e aprovação da versão final do manuscrito. Girianelli VR (0000-0002-8690-9893)* contribuiu para a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Vasconcellos LCF (0000-0002-7679-9870)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Lonardoni E, Gimenes JG, Santos ML, et al. O processo de afirmação da assistência social como política social. *Serviço Social em Revista*. 2006 [acesso em 2020 maio 7]; 8(2). Disponível em: http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v8n2_sonia.htm.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Capítulo II da Seguridade Social. 1988 [acesso em 2018 jun 14]. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/atividadelegislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao1988.html/arquivos/Constituicao1988.pdf.
3. Brasil. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 8 Dez 1993. [acesso em 2020 maio 7]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742.htm.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

4. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2004.
5. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Norma Operacional Básica da Assistência Social – NOB/SUAS. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2005.
6. Schmidt JAC, Silva MM. A assistência Social na contemporaneidade: uma análise a partir do orçamento público. *Katálysis*. 2015; 18(1):86-94.
7. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2009.
8. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Orientações técnicas: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2009.
9. Brasil. Lei nº 12.433, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. *Diário Oficial da União*. 7 Jul 2011. [acesso em 2020 maio 7]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12433.htm.
10. Bronzo C. Vulnerabilidade, empoderamento e metodologias centradas na família: conexões e uma experiência para reflexão. In: Sposati A, organizador. *Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil*. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; 2009. p. 171-201.
11. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Orientações Técnicas sobre o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2012. (V. 2).
12. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Orientações Técnicas sobre o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2012. (V. 1).
13. Fernandes RM, Hellmann A, organizadores. *Dicionário crítico: política de assistência social no Brasil*. Porto Alegre: UFRGS; 2016.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. Belford Roxo. 2018 [acesso em 2018 jun 14]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/por-cidade-estado-estatisticas.html?t=destaques&c=3304904>.
15. Castel R. A dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade a “desfiliação”. *Caderno CRH*. 1997; 26/27:19-40.
16. Anselmo G. A construção da rede socioassistencial do município de Belford Roxo na perspectiva do PNAS/SUAS: limites e possibilidades [dissertação]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2008. 120 p.
17. Carvalho MS, Andreozzi VL, Codeço CT. Estimativa não paramétrica. In *Análise de Sobrevida: teoria e aplicações em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
18. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing [internet]. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2018. [acesso em 2018 out 30]. Disponível em: <http://www.R-project.org>.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) [internet]. 2019. [acesso em 2019 maio 14]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=destaques>.
20. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regi-

me Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 Dez 2016. [acesso em 2020 maio 7]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm.

21. Vasconcelos EM, Morgado R. Proposta Conceitual do PAIF: subsídios analíticos e metodológicos na lógica do Sistema Único da Assistência Social – SUAS e do Programa de Atendimento Integral à Família – PAIF – RJ. Rio de Janeiro: Governo do Estado do Rio de Janeiro; 2005.
22. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Censo SUAS 2016: análise dos compo-

nentes sistêmicos da política nacional de assistência social. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2016.

23. Alencar MMT. Família, trabalho e reprodução social: limites na realidade brasileira. In: Alencar MMT, Duarte MJO, organizadores. Família e Famílias: práticas sociais e conversações contemporâneas. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2012.

Recebido em 28/06/2019
Aprovado em 08/04/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Fatores associados à satisfação dos usuários com a atenção à saúde bucal na Paraíba, 2014

Factors associated with users' satisfaction with oral health care in Paraíba, 2014

Hévilá de Figueiredo Pires¹, Nayara Pereira Limão¹, Ane Polline Lacerda Protasio¹, Ana Maria Gondim Valença¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012513

RESUMO Objetivou-se identificar os fatores associados à satisfação dos usuários com a oferta de cuidado em saúde bucal na Paraíba a partir de dados do 2º ciclo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). As respostas dos usuários que passaram por consulta odontológica com a Equipe de Saúde Bucal (ESB) e possuíam dados completos foram analisadas por meio de regressão logística. Em relação à variável dependente 'Satisfação do usuário', 87% dos usuários (n=2.047), afirmaram estar satisfeitos com o cuidado que recebem da ESB. A insatisfação foi influenciada pelo fato de o usuário nunca ou quase nunca ser orientado sobre os cuidados com a sua saúde bucal (OR=4,27); o tempo da consulta ser insuficiente (OR=3,38); os profissionais não fazerem anotações no prontuário ou ficha (OR=1,97); a ESB não atender no turno da tarde (OR=1,66); o horário do atendimento odontológico não satisfazer às necessidades dos usuários (OR=2,86); e a ESB não procurar o usuário quando este interrompe o tratamento ou não comparece à consulta odontológica para saber o que aconteceu e retomar o atendimento (OR=1,59). Conclui-se ser expressivo o percentual de usuários satisfeitos com a atenção em saúde bucal na Paraíba, estando os fatores que influenciam a satisfação relacionados principalmente ao atendimento das necessidades dos usuários e ao processo de trabalho da ESB.

PALAVRAS-CHAVES Atenção Primária à Saúde. Saúde bucal. Satisfação do paciente.

ABSTRACT The objective of this study was to identify the factors associated with the user's satisfaction about the provision of oral health care in the State of Paraíba. The research based on data regarding the 2nd cycle of the external evaluation of the National Program for Improving Access and Quality in Primary Care (PMAQ-AB). The responses of users who underwent dental consultations with the Oral Health Team (OHT) and of whom the service had a full record were analyzed using logistic regression. Regarding the dependent variable 'User satisfaction', 87% of the users (n=2,047) stated that they were satisfied with the care they receive from the OHT. Dissatisfaction was influenced by the fact that user was never or almost never guided about his/her oral health care (OR=4.27); insufficient consultation time (OR=3.38); professionals do not register the user condition in his/her medical record (OR=1.97); OHT does not operate in the afternoons (OR=1.66); dental care schedule does not meet the user needs (OR=2.86); OHT does not search for the user when either he/she interrupts the treatment or does not attend a dental appointment so to follow up and resume the service (OR=1.59). Therefore, the percentage of users satisfied with the oral health care in Paraíba is significant, being the factors that influence user satisfaction mainly associated with meeting users' needs and work process organization.

KEYWORDS Primary Health Care. Oral health. Patient satisfaction.

¹Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil.
anamvalenca@gmail.com



Introdução

A grande difusão da Estratégia Saúde da Família (ESF) levou à necessidade de instalação de instrumentos que possibilitassem a avaliação desse modelo. Dessa forma, estudos relacionados à avaliação da atenção básica, na perspectiva da ESF, podem gerar subsídios para reorganização dos serviços, assim como podem constituir mecanismos importantes para a efetivação do controle social¹⁻³.

A partir de 2011, foram publicadas portarias fortalecendo esse nível de atenção e definindo novas políticas, incluindo uma nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Também foram estabelecidos novos formatos de incentivos, dentre eles um novo mecanismo de avaliação instituído pela Portaria nº 1.654 do Ministério da Saúde, publicado em 19 de julho de 2011, denominado de Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

O PMAQ-AB propõe a melhoria da qualidade do atendimento e ampliação da oferta dos serviços de saúde. O Programa está organizado em quatro fases que conformam um ciclo contínuo: fase 1 - adesão e contratualização; fase 2 - desenvolvimento; fase 3 - avaliação externa; e fase 4 - recontratualização⁴. A partir do 3º ciclo, a fase 'desenvolvimento' tornou-se transversal, compreendendo autoavaliação, apoio institucional, monitoramento, educação permanente e cooperação horizontal entre as equipes⁵.

O PMAQ-AB, na fase de Avaliação Externa, avalia as condições de acesso e a qualidade dos serviços de saúde nos municípios e nas equipes cadastradas do Programa por meio do monitoramento dos indicadores contratualizados e da verificação de padrões de qualidade das equipes⁶. Nessa avaliação, foram abordadas questões sobre a satisfação e a percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde oferecidos na atenção básica no que concerne ao acesso e à utilização. Os dados resultantes desta avaliação devem ser analisados, pois envolvem um dos principais pontos do Programa Brasil Sorridente, que é a atenção básica como

eixo estruturante para o acesso universal e a assistência integral em saúde bucal⁷. Estudos com os dados do 1º ciclo do PMAQ-AB revelam que há grande heterogeneidade no processo de trabalho das Equipe de Saúde Bucal (ESB) no Brasil e os atributos essenciais da atenção primária à saúde ainda não estão totalmente incorporados ao processo de trabalho na atenção básica das ESB no País⁸⁻¹⁰.

O grau de satisfação do usuário com os serviços de saúde ofertados é uma medida importante de qualidade. Além de oferecer informações sobre o sucesso do serviço em atender às expectativas dos usuários e ser um determinante-chave da perspectiva comportamental do paciente, proporciona a integração da visão dos pacientes no funcionamento dos serviços de saúde, identifica problemas e dificuldades encontradas nos serviços de saúde, bem como lacunas na qualidade dos cuidados¹¹⁻¹⁴. Fadel et al.¹⁵ destacam que pesquisas avaliando a satisfação do usuário com os serviços públicos de saúde desempenham um importante papel na consolidação e aprimoramento das políticas públicas de saúde. Nesse contexto, a literatura apresenta os fatores sociais, econômicos, de organização da assistência, da relação profissional-paciente e de subjetividade da saúde bucal que estão comumente associados à satisfação do usuário com os serviços odontológicos¹⁵⁻²¹.

Diante das transformações ocorridas nos últimos anos na saúde pública brasileira, bem como a necessidade de um serviço resolutivo e que permita aos usuários a atenção integral em saúde, a avaliação da satisfação dos usuários permite conhecer as suas reais necessidades, como também permite que esses sejam atores principais na construção de um modelo de saúde que tenha o cuidado e a humanização como enfoques principais.

Nesse contexto, esta pesquisa teve como objetivo identificar os fatores associados à satisfação dos usuários com a oferta de cuidado em saúde bucal na Paraíba a partir de dados do 2º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB.

Metodologia

Para este estudo, de caráter transversal, foram utilizados dados secundários produzidos pelo Ministério da Saúde e provenientes do 2^a ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB, realizado em 2013-2014. Esses dados contêm as respostas das equipes de saúde da atenção básica contratualizadas (n=2.353) na Paraíba. Mais especificamente, foram analisadas as respostas de 1.860 usuários que passaram por consulta odontológica com a ESB e possuíam dados completos.

A equipe de avaliação externa do 2º ciclo no estado da Paraíba, da qual os autores fizeram parte, teve acesso ao banco de dados do PMAQ-AB. Essa equipe era vinculada à Universidade Federal da Paraíba, que, em parceria com a Universidade Federal de Campina Grande, constituiu uma rede colaborativa coordenada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) envolvendo instituições de ensino e pesquisa dos estados do Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraíba, Rio Grande do Sul e São Paulo.

O Instrumento de Avaliação Externa 'Saúde Mais Perto de Você'²², nesse 2º ciclo, agrupou as questões de saúde bucal em três módulos. Para este estudo, foram utilizados os três módulos, i.e., Módulo III - Entrevista na unidade de saúde com usuário, Módulo V - Observação na unidade básica de saúde e Módulo VI - Entrevista com o profissional da ESB e verificação dos documentos na Unidade Básica de Saúde (UBS).

O instrumento de coleta da Avaliação Externa do PMAQ-AB⁸ contempla elementos relacionados à estrutura, equipamentos e condições

de trabalho nas UBS; qualidade do vínculo de trabalho e investimento em educação permanente dos trabalhadores; apoio às equipes pela gestão da atenção básica; acesso e qualidade da atenção à saúde bucal ofertada ao cidadão; e satisfação e participação do usuário nos serviços de saúde bucal de cada UBS avaliada.

Considerou-se como variável resposta (dependente) a questão III.31.2 – 'Em sua opinião, o cuidado que o senhor recebe da ESB é'. As categorias de respostas foram agrupadas e recategorizadas nos níveis Muito bom, Bom e Regular = Satisfeito (1) e Ruim e Muito Ruim = Insatisfeito (0).

Como as variáveis explicativas, ou independentes, foram selecionadas aquelas pertencentes aos módulos III e V que poderiam influenciar a satisfação do usuário com a saúde bucal relacionada à infraestrutura, materiais e insumos odontológicos, tais como a) Características estruturais e ambiência; b) Horário de atendimento da ESB c) Equipamentos; d) Instrumentais odontológicos; e e) Insumos odontológicos. As variáveis relacionadas ao processo de trabalho incluíram f) Educação permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas; g) Planejamento da ESB e ações da gestão para organização do processo de trabalho da equipe; h) Organização da agenda; i) ESB da atenção básica como coordenadora dos cuidados na Rede de Atenção à Saúde; e j) Oferta e resolução das ações da ESB.

As perguntas contidas nos instrumentos da avaliação externa que abordaram essas questões estão apresentadas nos quadros 1 e 2.

Quadro 1. Variáveis explicativas que poderiam influenciar a satisfação do usuário: Módulo III. Paraíba, 2013-2014

Acesso aos serviços de saúde bucal	
Código da Variável	Variável Analisada
III. 25.1	Em quais turnos a ESB atende?
III.25.2/1	A Equipe divulga o horário em que a unidade de saúde funciona?
III.25.2/1	Há horário fixo de funcionamento?
III.25.4	O horário de funcionamento do atendimento clínico odontológico atende às suas necessidades?

Quadro 1. (cont.)

Marcação de consulta com o cirurgião-dentista	
Código da Variável	Variável Analisada
III. 26.1	O(a) senhor(a) consegue marcar atendimento com o cirurgião dentista nesta unidade de saúde?
Atenção Integral à Saúde	
Código da Variável	Variável Analisada
III. 28.1	O consultório odontológico é um lugar reservado (tem privacidade)?
III. 28.2	Nas consultas, com qual frequência o(a) senhor(a) é orientado(a) pelos profissionais de saúde bucal sobre os cuidados com a sua saúde bucal?
III. 28.3	Nas consultas, o(s) profissional (is) fazem anotações no prontuário ou ficha do (a) senhor(a)?
Vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado	
Código da Variável	Variável Analisada
III. 29.1	Durante o atendimento com os profissionais da equipe de saúde bucal, o senhor(a) acha que o tempo de consulta é suficiente?
III. 29.3	Quando o(a) senhor(a) interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta odontológica nesta unidade de saúde, os profissionais procuram o(a) senhor(a) para saber o que aconteceu e retomar o atendimento?

Quadro 2. Variáveis explicativas que poderiam influenciar a satisfação do usuário: Módulo VI. Paraíba, 2013-2014

Organização da agenda	
Código da Variável	Variável Analisada
VI.13.1	A agenda de atendimento da ESB garante quais tipos de consultas?
VI.13.6	Como são agendadas as consultas odontológicas na unidade de saúde?
VI.13.7	A ESB garante agendamento de retorno para a continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento?
Coordenação dos cuidados na Rede de Atenção à Saúde	
Código da Variável	Variável Analisada
VI. 14	Se a ESB tem disponível, em sua rede de saúde, oferta de consultas especializadas
Visita domiciliar e cuidado realizado no domicílio	
Código da Variável	Variável Analisada
VI. 15	Se a ESB realiza visitas domiciliares
Territorialização e população de referência da ESB	
Código da Variável	Variável Analisada
VI. 16	Frequência com que as pessoas residentes fora da área de abrangência da sua ESB são atendidas pela equipe

Realizaram-se as análises descritiva, por meio de frequências absolutas e percentuais, e inferencial. O teste Qui-quadrado de Pearson foi utilizado para selecionar as variáveis de entrada no modelo ($p < 0,20$). Em seguida, ajustou-se o modelo de regressão logística pelo método Stepwise Forward, usando o Critério de Informação de Bayesiano (BIC), obtendo-se o modelo final, que assumiu um nível de significância estatística de 5% e intervalo de confiança a 95%. O teste de Hosmer-Lemeshow foi utilizado para verificar a adequação do modelo final, que obteve o valor de 0,606, sendo, assim, aceito estatisticamente. Utilizou-se o *software*

IBM SPSS, versão 21.0.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (Protocolo 21.904), tendo por princípios éticos os fundamentos da Resolução nº 466/12.

Resultados

Os resultados às questões dos Módulo III e VI, contendo as respostas dos usuários assistidos pelas equipes de saúde da atenção básica contratualizadas ($n = 2.353$), estão contidos nas *tabelas 1 e 2*.

Tabela 1. Respostas dos usuários assistidos pelas equipes de saúde da atenção básica contratualizadas referentes ao Módulo III. Paraíba, 2013-2014

Variável	n	%
Satisfação do usuário com o cuidado em saúde bucal		
Satisfeito	2.047	87,0
Insatisfeito	306	13,0
A Equipe divulga o horário em que a USF funciona		
Sim	2012	85,5
Não	247	10,5
Não sabe, não respondeu ou não se lembra	94	4,0
O horário de funcionamento do atendimento clínico odontológico atende a suas necessidades?		
Sim	1970	85,0
Não	348	15,0
O consultório odontológico é um lugar reservado (tem privacidade)?		
Sim	2241	95,5
Não	105	4,5
O horário de funcionamento do atendimento clínico odontológico atende a suas necessidades?		
Sim	1970	83,7
Não	348	14,8
Nas consultas, com qual frequência o(a) senhor(a) é orientado(a) pelos profissionais de saúde bucal sobre os cuidados com a sua saúde bucal?		
Sempre	1962	72,2
Na maioria das vezes	412	17,5
Quase nunca	84	6,6
Nunca	55	6,6

Tabela 1. (cont.)

Variável	n	%
Durante o atendimento com os profissionais da equipe de saúde bucal, o senhor(a) acha que o tempo de consulta é suficiente?		
Sim, sempre	1981	84,8
Sim, algumas vezes	208	8,9
Não	147	6,3

Tabela 2. Respostas dos usuários assistidos pelas equipes de saúde da atenção básica contratualizadas referentes ao Módulo VI. Paraíba, 2013-2014

Variável	n	%
Agenda de atendimento clínico da ESB garante:		
Apenas consultas agendadas	82	3,5
Apenas consultas de demanda espontânea	450	19,1
Consultas de demanda espontânea e agendadas	1821	77,4
Como são agendadas as consultas odontológicas?		
Qualquer dia da semana, qualquer horário	1132	48,1
Qualquer dia da semana, horários específicos	277	11,8
Dias específicos fixos em até 3 dias na semana	558	23,7
Dias específicos fixos em mais de 3 dias na semana	190	8,1
Dia específico fixo uma vez no mês	196	8,3
A ESB garante de retorno continuidade do tratamento de um usuário que iniciou seu tratamento?		
Sim	1979	84,1
Não	374	15,9
Se a ESB tem disponível, por parte da rede de saúde, oferta de consultas especializadas?		
Sim	1990	84,6
Não	363	15,4
Se a ESB realiza visitas domiciliares		
Sim	1962	83,4
Não	391	16,6
Com qual frequência que as pessoas residentes fora da área de abrangência da sua ESB são atendidas por esta equipe?		
Todos os dias da semana	672	28,6
Alguns dias da semana	1340	56,8
Nenhum dia da semana	341	14,5

Em relação à variável dependente ‘satisfação do usuário’, 87% dos usuários (n=2.047), afirmaram estar satisfeitos com o cuidado que recebem da ESB. Quanto ao ‘acesso aos serviços de saúde’, 85,5% (n=2.012) responderam que a ESB divulga o horário em que a Unidade de Saúde da Família (USF) funciona e que há horário fixo de atendimento. Também, 83,7% (n=1.970) responderam que o horário de funcionamento do atendimento clínico odontológico atende às suas necessidades (*tabela 1*).

Quanto à organização da agenda da ESB, 77,4% (n=1.821) dos profissionais afirmaram que ela garante consultas por demanda espontânea e agendadas; 48,1% (n=1.132) agendavam consultas odontológicas em qualquer dia da semana e em qualquer horário e 84,1% (n=1.979) agendavam retorno para usuários em tratamento (*tabela 2*).

Os resultados foram obtidos por meio da

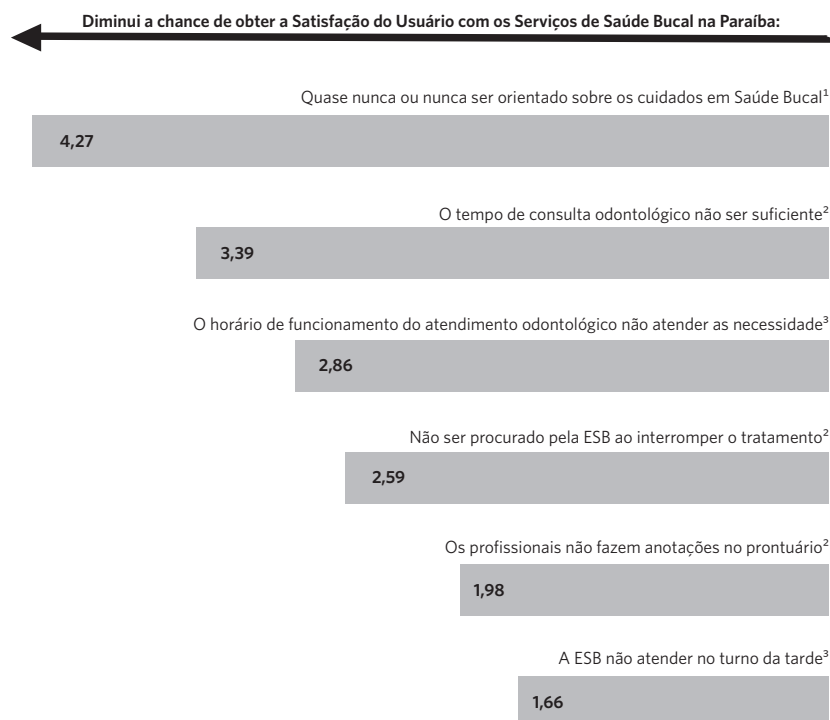
análise de regressão logística aplicada para os usuários que passaram por consulta odontológica e possuíam dados completos (n=1.860). Constatou-se que os fatores associados à insatisfação dos usuários dizem respeito ao fato de o usuário nunca ou quase nunca ser orientado sobre os cuidados com a sua saúde bucal (OR=4,27); o tempo de consulta insuficiente (OR=3,38); os profissionais não fazerem anotações no prontuário ou ficha (OR=1,97); a ESB não atender no turno da tarde (OR=1,66); o horário do atendimento odontológico não satisfazer às necessidades dos usuários (OR=2,86); e a ESB não procurar o usuário quando ele interrompe o tratamento por algum motivo ou não comparece à consulta odontológica para saber o que aconteceu e retomar o atendimento (OR=1,59) (*tabela 3*). A *figura 1* contém a interpretação das associações encontradas.

Tabela 3. Resultado da análise de regressão logística das variáveis associadas à insatisfação do usuário com o cuidado em saúde bucal. Paraíba, 2013-2014

Variável	p-valor	OR (IC 95%)
Durante o atendimento com os profissionais da Equipe de Saúde Bucal, o(a) senhor(a) acha que o tempo da consulta é suficiente?		
Sim, sempre/Sim, algumas vezes		1
Não	0,000*	0,295(0,179-0,487)
Nas consultas, com qual frequência o(a) senhor(a) é orientado(a) pelos profissionais de saúde bucal sobre os cuidados com a sua saúde bucal?		
Sempre na maioria das vezes		1
Quase nunca e nunca	0,000*	0,234(0,158-0,348)
Nas consultas, o(s) profissional(is) fazem anotações no prontuário ou ficha do(a) senhor(a)?		
Sim, sempre /Sim, algumas vezes		1
Não	0,000*	0,506 (0,278-0,922)
Quando o(a) senhor(a) interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta odontológica nesta unidade de saúde, os profissionais o(a) procuram para saber o que aconteceu e retomar o atendimento?		
Sim, sempre /Sim algumas vezes		1
Não	0,000*	0,386(0,234-0,639)
Nunca abandonou ou faltou	0,710	0,907(0,5411-0,521)
A Equipe de Saúde Bucal atende no turno da tarde?		
Sim		1
Não	0,008*	0,602(0,413-0,878)

Célula em branco corresponde a variável não significativa. *Categoria estatisticamente significativa (p<0,05).

Figura 1. Interpretação da OR segundo o modelo de regressão logística apresentado para os usuários da Paraíba. PMAQ-AB, 2013/2014



Categorias de referências das questões: ¹ Sempre ou Na maioria das vezes; ² Sim, sempre ou Sim, algumas vezes; ³ Sim.

Discussão

Este estudo possibilitou explorar se a infraestrutura, materiais e insumos odontológicos disponíveis na atenção básica, bem como o processo de trabalho da ESB, poderiam influenciar a satisfação do usuário com a oferta de cuidado em saúde bucal. Os resultados demonstraram que características do processo de trabalho tais como ofertar orientações sobre cuidados em saúde bucal, disponibilizar tempo de consulta suficiente, profissionais registrarem anotações no prontuário ou ficha, a ESB proporcionar horários de funcionamento que atendam às necessidades dos usuários e procurá-los em casos de interrupção do tratamento ou não comparecimento à consulta odontológica influenciam na satisfação do usuário.

Tais achados reforçam a afirmação que a satisfação dos usuários pode ser observada pela reação que têm diante do contexto em que estão inseridos, do processo e da experiência relativa a um serviço diante de valores gerais²³. Os resultados deste estudo corroboram a ideia de que a avaliação da satisfação do usuário fornece informações essenciais para completar e equilibrar a qualidade dos serviços, e faz parte dos estudos das relações interpessoais nos serviços de saúde, reforçando a participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação²⁴⁻²⁶.

Neste estudo, verificou-se que, quando o horário do atendimento odontológico não satisfaz às necessidades dos usuários na Paraíba, diminui em 2,86 vezes a chance de satisfação em relação àqueles que a USF atende suas necessidades. O estudo de Santos e Oliveira²⁷,

realizado na cidade de Santo Antônio do Monte (MG), também constatou que o horário de funcionamento da USF é um dos aspectos organizacionais relacionado com o motivo de insatisfação do usuário.

Verificou-se que o fato de a ESB não atender no turno da tarde reduz em 1,66 vezes a chance de satisfação do usuário. Tal resultado corrobora o estudo de Fertig, Braga e Witt²⁸ afirmando que a equipe de saúde da família deve garantir o atendimento de todos os pacientes que procuram a USF tanto no turno da manhã como no turno da tarde. Esse resultado converge para os estudos realizados em nível nacional que afirmam que quando o horário de atendimento é restrito ao turno diurno, isso se torna um fator que dificulta o acesso do usuário aos serviços, a chamada 'acessibilidade temporal'. A maioria dos usuários trabalha em horário comercial e necessita que o horário de funcionamento seja expandido até à noite para facilitar o acesso aos serviços da AB²⁹⁻³¹.

O fato de o usuário achar o tempo de consulta insuficiente reduz 3,39 vezes a chance de satisfação, o que sinaliza a necessidade de uma consulta na qual o profissional possa conhecer as reais necessidades do paciente, permitindo que possa ser compreendido e que se forme um vínculo profissional-usuário. No estudo de Moimaz et al.³² com o objetivo de realizar o diagnóstico situacional da saúde em alguns municípios do Brasil e analisar os modelos de gestão, constatou-se que um aspecto valorizado pelos usuários do serviço foi o interesse demonstrado pela equipe em relação a outras necessidades de saúde. Para os usuários, também é importante que as equipes busquem expandir seu trabalho além das queixas específicas de saúde e sinalizem preocupação com um cuidado mais integral, gerando, assim, avaliação mais positiva.

Nessa perspectiva, é importante que o usuário também esteja à vontade para se expressar, pois quando se sente acolhido, ouvido pela equipe e encontra abertura para relatar suas necessidades, há o fortalecimento da relação com a ESB e a construção conjunta de

um tratamento que mais se adeque à realidade dos indivíduos, gerando, portanto, maiores chances de adesão à terapêutica proposta³¹. Quando não há esse acolhimento e escuta, a criação dos vínculos usuário-profissional e usuário-USF são fragilizados³³.

Corroborando a necessidade de um atendimento no qual o usuário também se sinta acolhido em sua totalidade, as chances de satisfação se reduzem 1,98 vezes quando os profissionais não fazem anotações no prontuário ou ficha. Esse dado pode ser explicado pela procura do usuário por atendimento para sanar suas necessidades. Quando, durante a consulta, ele se sente protagonista ao ter suas queixas consideradas e anotadas no prontuário, se vê como parte do plano terapêutico, junto aos profissionais da ESB.

Em relação à atenção integral à saúde, os resultados mostraram que o usuário relata que nunca ou quase nunca é orientado sobre os cuidados com a sua saúde bucal, a chance de satisfação se reduz 4,27 vezes. A insuficiência de habilidades técnicas profissionais, quando isoladas, sobre a integralidade do cuidado em saúde expõe a relevância da efetivação de redes de atenção em saúde bucal, com ampla e direta comunicação entre as diferentes condições de complexidade em saúde³⁴.

Quando a ESB não procura o usuário quando este interrompe o tratamento por algum motivo ou não comparece à consulta odontológica para saber o que aconteceu e retomar o atendimento, há uma redução de 2,9 vezes na chance de satisfação. Tal fato pode ser relacionado à humanização em saúde como fator decisivo para a satisfação do usuário, ressaltando a necessidade do aprimoramento de habilidades profissionais tais como comunicação, respeito, gentileza e demonstração de interesse como importantes incentivadores da adesão e continuidade do tratamento, além da referida satisfação com os serviços de saúde³⁵.

Para Pialarissi³⁶, um fator que influencia a falta de prosseguimento do cuidado é a alta rotatividade dos trabalhadores da atenção

básica. Vínculos precários são estabelecidos e impedem que seja instaurada a continuidade da assistência e do acompanhamento dos usuários em longo prazo, gerando um não envolvimento do profissional com a problemática de saúde da população inserida na sua área de atuação. Tal fator também pode ser confirmado no estudo de Abreu et al.³³, onde os usuários relatam uma associação positiva entre os serviços prestados e o fato de serem atendidos pelo mesmo profissional, criando, assim, um mecanismo de longitudinalidade do cuidado. A longitudinalidade está intimamente ligada a políticas que atuem sobre a fixação dos profissionais na AB, se fazendo fundamental para o alcance da qualidade da atenção à saúde³⁷.

Como limitação do estudo, pode ser mencionada a utilização de dados secundários, cuja abordagem quantitativa se estabelece a partir de informações que não foram coletadas e tabuladas pelos autores. Outro cuidado que se deve ter é quanto à generalização dos resultados, visto que as equipes fizeram a adesão de forma voluntária, i.e., equipes mais comprometidas e com melhores indicadores podem ter sido selecionadas.

Merece também ser mencionado como limitação o fato de os estudos que abordam a opinião e satisfação de usuários com os serviços de saúde apresentarem o desafio da subjetividade, além da situação de vulnerabilidade vivenciada por eles, por estarem, frequentemente, no ambiente dos estabelecimentos de saúde à procura de atenção em saúde. Outro ponto diz respeito à recategorização das respostas dos usuários, ao se considerar a categoria 'regular' no grupo do 'satisfatório'. Entretanto, a utilização desse critério se deveu a estudos anteriores que adotaram essa categorização^{24,31}, fato que possibilita diálogo mais próximo entre os resultados deste estudo e outras pesquisas com metodologia semelhante.

Um ponto a ser destacado é o alto percentual de satisfação dos usuários com a atenção em saúde bucal recebida no âmbito

da atenção básica na Paraíba. Uma possível explicação para esse resultado seriam as baixas expectativas dos usuários sobre o cuidado ofertado nesse nível de atenção, bem como a pouca capacidade crítica ou reivindicatória desses respondentes³⁸. Nesse contexto, o elevado percentual de satisfação com o cuidado recebido propiciaria uma constatação falsa de alta qualidade da atenção recebida pelos usuários². E, ainda, o alto percentual de usuários satisfeitos registrado neste estudo poderia ser atribuído ao fato de os respondentes serem usuários em atendimento nas unidades de saúde, favorecendo uma percepção positiva da qualidade dos serviços de saúde avaliados³⁹.

Face ao exposto, sugere-se a realização de estudos de base populacional que incluam usuários que tentaram acesso aos serviços de saúde e não obtiveram êxito. Dessa forma, seria possível identificar outros fatores associados à insatisfação dos usuários, a partir do olhar daqueles que não conseguem acesso aos serviços de saúde.

Conclusões

Este estudo constatou que o percentual de usuários satisfeitos com a atenção em saúde bucal na Paraíba é elevado. Os resultados permitiram identificar os fatores relacionados à satisfação do usuário, relevando que o processo de trabalho da ESB apresenta fragilidades, e que maior satisfação dos usuários pode ser alcançada por meio de mudanças que atendam às necessidades da população assistida. Dentre elas, se destacam a ampliação do horário de funcionamento das USF, o fortalecimento da relação estabelecida com os profissionais e o cuidado que recebem deste durante e após o tratamento. Segundo a opinião dos usuários, é necessário melhorar os processos organizacionais de trabalho e a humanização na saúde integral, reforçando, assim, o papel da atenção básica como porta de entrada do sistema de saúde.

Os resultados deste estudo podem fornecer subsídios aos gestores e aos profissionais que atuam na atenção básica na Paraíba para a reorganização dos serviços de saúde com ênfase no processo de trabalho, favorecendo a melhoria do cuidado ofertado aos usuários, segundo a perspectiva destes.

Colaboradoras

Pires HF (0000-0002-6622-511X)*, Limão NP (0000-0002-4134-2192)*, Protasio APL (0000-0003-2895-436X)* e Valença AMG (0000-0001-8460-3981)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Silva MAPD, Menezes RCED, Oliveira MAA, et al. Atenção Básica em Alagoas: expansão da Estratégia Saúde da Família, do Nasf e do componente alimentação/nutrição. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2018 jun 1]; 38(103):720-732. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042014000400720&lng=en.
2. Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2013 [acesso em 2019 mar 1]; 18(1):103-114. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000100012&script=sci_abstract&tlng=pt.
3. Flôres GMS, Weigelt LD, Rezende MSD, et al. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. *Saúde debate* [internet]. 2018 [acesso em 2019 mar 1]; 42(116):237-247. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100237&lng=pt.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) - Manual instrutivo [internet]. 2011. [acesso em 2018 mar 9]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabba.def>.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2016) [internet]. 2015. [acesso em 2019 mar 30]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf
6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção Básica (PMAQ-AB) [internet]. 2012. [acesso em 2019 abr 12]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq-site.pdf.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [internet]. 2018. [acesso em 2019 fev 20]. Disponível em: http://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Fagundes DM, Thomaz EBAF, Queiroz RCS, et al. Diálogos sobre o processo de trabalho em saúde bucal no Brasil: uma análise com base no PMAQ-AB. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2018 [acesso em 2020 fev 19]; 34(9):e00049817. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000905005&lng=pt.
9. Hirooka LB, Catanante GV, Porto HS, et al. Organização da saúde bucal em uma região do estado de São Paulo segundo a Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012. *Revista Brasileira de Odontologia* [internet]. 2017 [acesso em 2020 fev 19]; 74(2):101-113. Disponível em: <http://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/view/851/613>.
10. Neves M, Giordani JMA, Hugo FN. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2019 [acesso em 2020 fev 19]; 24(5):1809-1820. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000501809&lng=en.
11. Fausto MC, Bousquat A, Lima JG, et al. Evaluation of brazilian primary health care from the perspective of the users: accessible, continuous, and acceptable? *J Ambul Care Manage* [internet]. 2017 [acesso em 2020 fev 19]; 40(supl2):S60-S70. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5338884/>.
12. Mpinga EK, Chastonay P. Satisfaction of patients: A right to health indicator? *Health policy* [internet]. 2011 [acesso em 2020 fev 19]; 100(2-3):144-150. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851010003283?via%3Dihub>.
13. Mpinga EK, Verloo H, Chastonay P. Patient satisfaction and the right to health: a survey in a rehabilitation clinic in switzerland. *The Open Public Health Journal* [internet]. 2013 [acesso em 2020 fev 19]; 6(1):51-58. Disponível em: <https://openpublichealthjournal.com/contents/volumes/V6/TOPHJ-6-51/TOPHJ-6-51.pdf>.
14. Xesfingi S, Vozikis A. Patient satisfaction with the healthcare system: Assessing the impact of socio-economic and healthcare provision factors. *BMC Health Services Research* [internet]. 2016 [acesso em 2020 fev 19]; 15:94. Disponível em: <https://bmchealthservices.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1327-4>.
15. Fadel CB, Bordin D, Santos CB, et al. Users' satisfaction with the public dental service: the discovery of new patterns. *Cad. saúde coletiva* [internet]. 2019 [acesso em 2020 fev 19]; 27(2):172-181. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2019000200172.
16. Aldosari MA, Tavares MA, Matta-Machado ATG, et al. Factors associated with patients' satisfaction in brazilian dental primary health care. *PloS One* [internet]. 2016 [acesso em 2020 fev 19]; 12(11):e0187993. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0187993>.
17. Fonseca EP, Fonseca SGO, Meneghim MC. Fatores associados ao acesso à saúde bucal no Brasil: revisão sistemática. *Journal of Health Sciences* [internet]. 2017 [acesso em 2020 fev 19]; 19(1):47-54. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/319279785_Fatores_Associados_ao_Acesso_a_Saude_Bucal_no_Brasil_Revisao_Sistematica.
18. Limão NP, Protasio ANL, Gomes LB, et al. User satisfaction on the health care provided by the primary health care program in a state in northeastern Brazil. *Revista Científica do CRO-RJ* [internet]. 2018 [acesso em 2020 fev 19]; 3(1):59-68. Disponível em: <http://revcientifica.cro-rj.org.br/index.php/revista/article/view/18>.
19. Martins AMEBL, Ferreira RC, Santos NPE, et al. Users' dissatisfaction with dental care: a population-based household study. *Revista de Saúde Pública* [internet]. 2015 [acesso em 2020 fev 19]; 49:51. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4544396/>.
20. Moimaz SAZ, Rós DT, Bordin D, et al. Satisfação e perfil de usuários do serviço odontológico no Sistema Único de Saúde. *RFO UPF* [internet]. 2015 [acesso em 2020 fev 19]; 20(3):334-339. Disponível em: <http://>

- revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122015000300010.
21. Roberto LL, Martins AMEBL, Paula AMB, et al. Insatisfação com os serviços odontológicos e fatores associados entre adultos. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2017 [acesso em 2020 fev 19]; 22(5):1601-1613. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002501601&script=sci_abstract&tlng=pt.
 22. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) - Manual Instrutivo para Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF [internet]. 2013. [acesso em 2019 nov 25]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf.
 23. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planing* [internet]. 1983 [acesso em 2020 fev 19]; 6(3-4):185-210. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0149718983900022?via%3Dihub>.
 24. Protasio APL, Gomes LB, Machado LS, et al. Fatores associados à satisfação do usuário em relação ao tratamento oferecido na atenção primária à saúde brasileira. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2020 fev 26]; 33(2):e00184715. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000205007&script=sci_abstract&tlng=pt.
 25. Araújo AC, Holanda AON, Freitas FRNN, et al. Quality of services in the family health strategy under PMAQ - AB interference: reflective analysis. *Rev. enferm. UFPE* [internet]. 2017 [acesso em 2020 fev 26]; 11(2):712-717. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11990>.
 26. Amorim JSC, Teixeira LB, Ferla AL. Satisfação com a organização do cuidado em idosos usuários dos serviços avaliados pelo PMAQ. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet] 2018 [acesso em 2020 fev 25]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/satisfacao-com-a-organizacao-do-cuidado-em-idosos-usuarios-dos-servicos-avaliados-pelo-pmaq/17068?id=17068>.
 27. Santos SMS, Oliveira VAC. Estratégia Saúde da Família: Qualidade da Assistência Sob a Perspectiva da Satisfação do Usuário. *REME* [internet]. 2010 [acesso em 2018 maio 12]; 14(4):499-507. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/143>.
 28. Fertig A, Braga FS, Witt RR. A percepção dos usuários da atenção primária sobre o acolhimento em Unidade de Saúde da Família. *Rev. de Enferm.* [internet]. 2013 [acesso em 2018 out 25]; 9(9):01-13. Disponível em: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/722>.
 29. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica* [internet]. 2007 [acesso em 2018 out 8]; 2(21):164-176. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2007v21n2-3/164-176/pt/>.
 30. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB 2012. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2018 mar 20], 38(esp):13-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0013.pdf>.
 31. Protasio APL, Gomes LB, Machado LDS, et al. User satisfaction with primary health care by region in Brazil: 1st cycle of external evaluation from PMAQ-AB. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2017 [acesso em 2020 fev 28]; 22(6):1829-1844. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/en_1413-8123-csc-22-06-1829.pdf.
 32. Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis* [internet]. 2010 [acesso em 2018 out 2]; 20(4):1419-1440. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400019&lng=en.

33. Abreu DMX, Araújo LHL, Reis CMR, et al. Percepção dos usuários sobre o cuidado prestado por equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* [internet]. 2018 [acesso em 2019 mar 12]; 27(3):e2017111. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000300300&lng=en.
34. Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, et al. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2018 [acesso em 2019 mar 2]; 22(65):387-398. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000200387&lng=en.
35. Bordin D. Qualidade do serviço público odontológico no Brasil: a percepção de usuários e profissionais da saúde [dissertação] [internet]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista; 2014. 88 p. [acesso em 2020 maio 18]. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/124035>.
36. Pialarassi R. Precarização do trabalho. *Rev. Adm. Saúde*. 2017; 17(66):22-34.
37. Turci M, Lima CM, Macinko J. Avaliação da Atenção Primária e a percepção do usuário sobre a qualidade da assistência: um estudo em cidade brasileira. *APS* [internet]. 2019 [acesso em 2020 fev 28]; 1(1):3-7. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/13>.
38. Serapioni M, Silva MGC. Evaluation of the quality of Family Healthcare program in municipalities of Ceará: a multidimensional approach. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2011 [acesso em 2020 fev 28]; 16(11):4315-4326. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232011001200004&lng=en&nrm=iso.
39. Abreu DMX, Araújo LHL, Reis CMR, et al. Percepção dos usuários sobre o cuidado prestado por equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [internet]. 2018. [acesso em 2020 fev 29]; 27(3):e2017111. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-953407>.

Recebido em 11/07/2019
 Aprovado em 08/04/2020
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve

Análise espacial da distribuição dos casos de dengue e sua relação com fatores socioambientais no estado da Paraíba, Brasil, 2007-2016

Spatial analysis of the distribution of dengue cases and its relationship with socio-environmental factors in the state of Paraíba, Brazil, 2007-2016

Ellen Tayanne Carla da Silva¹, Ricardo Alves Olinda¹, Anna Stella Pachá¹, Arthur Oliveira Costa², Alisson Lima Brito², Dixis Figueroa Pedraza¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012514

RESUMO A dengue é um grave problema de saúde pública, principalmente em países que apresentam condições socioambientais propícias para o desenvolvimento e proliferação do seu agente transmissor. Este estudo teve como objetivo analisar a distribuição espacial da incidência da dengue no estado da Paraíba entre 2007 e 2016, avaliando a existência de dependência geográfica e sua relação com fatores socioeconômicos e ambientais. Estudo ecológico, tendo com unidade de análise os 223 municípios do estado. Utilizaram-se o Índice de Moran global e local e a estatística *c* de Geary para avaliar a autocorrelação espacial da dengue e a associação com variáveis socioambientais. As análises foram realizadas por meio do *software* estatístico R Core Team versão 3.3.2. Ao analisar a distribuição de casos de dengue nos municípios da Paraíba, pode-se identificar que a doença vem avançando e acometendo maior número de cidades a cada ano. A doença esteve presente em todos as cidades analisadas, o que demonstrou a necessidade de implementar ações de prevenção da doença em todo o estado. Mediante esta pesquisa, ficou claro que a dengue, no estado da Paraíba, não é determinada por fator único e isolado, mas sim, pela combinação de vários fatores do contexto socioeconômico e ambiental.

PALAVRAS-CHAVE Dengue. Fatores socioeconômicos. Indicadores ambientais. Análise espacial. Epidemiologia.

ABSTRACT Dengue is a serious public health problem, especially in countries that have favorable socio-environmental conditions for the development and proliferation of its transmitting agent. This study aimed to analyze the spatial distribution of the incidence of dengue in the state of Paraíba between 2007 and 2016, evaluating the existence of geographic dependence and its relationship with socioeconomic and environmental factors. Ecological study, with the unit of analysis of the 223 municipalities in the state. The global and local Moran Index and the Geary *c* statistic were used to assess the spatial autocorrelation of dengue and the association with socioenvironmental variables. The analyzes were performed using statistical software R Core Team version 3.3.2. When analyzing the distribution of dengue cases in the municipalities of Paraíba, it can be identified that the disease has been advancing and affecting a greater number of cities each year. The disease was present in all the cities analyzed, which demonstrated the need to implement disease prevention actions across the state. Through this research, it became clear that dengue, in the state of Paraíba, is not determined by a single and isolated factor, but, rather, by the combination of several factors of the socioeconomic and environmental context.

KEYWORDS Dengue. Socioeconomic factors. Environmental indicators. Spatial analysis. Epidemiology.

¹Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – João Pessoa (PB), Brasil. enf.ellentay@gmail.com

²Universidade Federal de Lavras (Ufla) – Lavras (MG), Brasil.



Introdução

A dengue é uma enfermidade infecciosa aguda sistêmica de etiologia viral, causada por quatro sorotipos do Vírus da Dengue (Denv) (Denv-1, Denv-2, Denv-3 e Denv-4) pertencentes ao gênero *Flavivirus* e à família *Flaviviridae*^{1,2}. Sua transmissão se dá principalmente pela picada de mosquitos fêmeas do gênero *Aedes*, sendo o *Aedes aegypti* o vetor primário, o qual se encontra distribuído nas regiões tropicais e subtropicais do mundo, predominantemente em áreas urbanas e semiurbanas³.

Durante os últimos 50 anos, a incidência de dengue aumentou 30 vezes, com ampliação da expansão geográfica para novos países, pequenas cidades e áreas rurais^{4,5}. Estimativas sugerem que, por ano, ocorrem 390 milhões de infecções causadas pelos vírus da dengue, dos quais 96 milhões apresentam manifestações clínicas². Nas regiões das Américas, a doença tem-se disseminado com surtos ocorrendo em períodos de 3-5 anos, com registros de 561,501 casos confirmados e 1,181 óbitos em 2015⁴. No Brasil, em 2016, ocorreram 1.496.282 casos de dengue (725,24/100.000 habitantes), sendo 844 casos considerados graves, 8.237 casos com sinais de alarme e 629 óbitos confirmados⁶.

Trata-se, portanto, de um grave problema de saúde pública, principalmente em países que apresentam condições socioambientais propícias para o desenvolvimento e a proliferação do agente transmissor⁷. Incluem-se, nesse espectro, fatores como ausência de educação ambiental, baixa vigilância epidemiológica, manejo inadequado de resíduos sólidos, abastecimento de água intermitente ou esgotamento sanitário precário. Esses fatores combinados com o crescimento populacional e urbano, aliado à desinformação dos moradores quanto à necessidade de eliminar os focos de proliferação, potencializam a ocorrência de dengue nos espaços urbanos⁸⁻¹¹.

A análise espacial se mostra como uma ferramenta da informática em saúde muito útil para o estudo das dinâmicas de difusão espacial e temporal que permite observar áreas

com maior risco epidemiológico, tanto pela localização de focos com potencial de proliferação do vetor como pelos fatores sociais e demográficos, que inevitavelmente predizem a ocorrência de doença¹². Possibilitam o conhecimento de áreas e períodos com maior risco, a fim de produzir alertas para as vigilâncias epidemiológica e ambiental, tanto para o controle do vetor quanto na organização da assistência necessária ao atendimento dos casos. Nesse sentido, modelos estatísticos que levam em consideração a dependência espacial podem relacionar a incidência da doença com fatores ambientais e socioeconômicos de risco¹³.

Chen et al.¹⁴ estudaram os impactos individuais e interativos dos fatores socioecológicos sobre a dengue na China. No México, Reyes-Castro et al.¹⁵ estudaram a propagação de um surto de dengue com base no agrupamento áreas de alta densidade e *clusters*. Análises espaçotemporais de casos de dengue foram realizadas em Manzanillo (município de Itagüí)¹⁶, na Argentina¹⁷ e na Colômbia¹⁸. No Brasil, foram identificadas poucas publicações que discutem dengue e associação com variáveis climáticas e sociodemográficas. Em Salvador¹⁹, Bahia, estudo avaliou se as comunidades urbanas estão associadas ao risco de dengue. Ribeiro et al.²⁰ avaliaram as desigualdades socioeconômicas e a dengue no Distrito Federal. Honorato et al.²¹, no Espírito Santo, e Almeida et al.²², para a cidade do Rio de Janeiro, mostraram haver associação positiva entre maiores riscos de transmissão de dengue e piores níveis socioeconômicos da população.

Não foi encontrado nenhum estudo sobre a detecção de dependência geográfica no estado da Paraíba, por meio da utilização de modelos estatísticos. Nesse contexto, o estado é um cenário importante para a compreensão dos fatores que afetam a dinâmica da transmissão da dengue e a exacerbação da doença, uma vez que a Paraíba apresenta consideráveis diferenças socioeconômicas e demográficas entre suas regiões administrativas, além de apresentar altas taxas de incidência ao longo dos anos.

A partir do exposto, este estudo se propõe a analisar a distribuição espacial dos coeficientes de incidência da dengue no estado da Paraíba, avaliando a existência de dependência geográfica e sua relação com fatores socioeconômicos e ambientais.

Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo ecológico para traçar a distribuição espacial dos casos notificados por dengue no estado da Paraíba entre 2007 e 2016, levando-se em consideração todos os seus 223 municípios. Foram utilizados os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), disponibilizados pela Gerência Executiva de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. As informações sobre condições socioeconômicas são provenientes do Censo Demográfico de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística²³; e os relativos a variáveis ambientais foram cedidos pela Climate (www.climate-data.org).

O estado da Paraíba, localizado na região Nordeste, apresenta uma área de 56.439km², que corresponde a 0,662% do território brasileiro. Apresentava uma população estimada de 3.996.496 milhões de habitantes em 2018 e encontra-se entre os paralelos 6°02'12" e 8°19'18"S, e entre os meridianos de 34°45'54" e 38°45'45"W¹³. Devido a sua proximidade com a linha do Equador, possui um clima quente, com temperaturas elevadas, variando em função do relevo. O estado é constituído por quatro mesorregiões, a saber: Zona da Mata; Agreste paraibano; Borborema; e Sertão paraibano²⁴.

Utilizou-se como variável dependente o Coeficiente Médio de Incidência por dengue, calculado a partir do número total de casos de cada arbovirose notificado em diferentes períodos, divididos pelo respectivo total de pessoas-ano e multiplicados por 100 mil. Para a caracterização do contexto socioeconômico e ambiental, utilizaram-se como variáveis independentes as seguintes: Índice de Desenvolvimento Humano;

Índice de Gini; precipitação média anual; temperatura média anual em graus Celsius; proporção de domicílios com mais de oito residentes; proporção de domicílios sem renda mensal; proporção de domicílios com eletricidade de origem desconhecida; proporção de domicílios em que o lixo é jogado em terreno baldio ou logradouro público; proporção de municípios com coleta de lixo; proporção de domicílios ligados à rede geral de esgoto ou com fossa séptica; proporção de domicílios com saneamento básico (abastecimento de água adequado, esgotamento sanitário adequado e destino do lixo adequado); proporção de domicílios particulares ligados à rede geral de água; proporção de indivíduos alfabetizados; e taxa de desemprego.

Para analisar a autocorrelação espacial, utilizaram-se duas medidas que são amplamente recomendadas para dados de área e variáveis em escala intervalar. A primeira, o Índice I de Moran, é uma medida que fornece a significância estatística da autocorrelação espacial entre as áreas dentro da região de estudo. Esse índice varia de -1 a 1, quanto mais próximo dos extremos indica autocorrelação significativa, quanto mais próximo de zero indica completa aleatoriedade. A segunda medida, a estatística c de Geary, possibilita a avaliação da existência de associação entre os valores de um determinado atributo entre as áreas de uma região de estudo, levando-se em consideração a localização espacial dessas áreas. Esse parâmetro varia em um intervalo de 0 a 2, em que 0 significa associação perfeita, 1 representa um comportamento aleatório e 2 indica dispersão perfeita.

Ainda que essas medidas globais sejam muito úteis para fornecer uma indicação de agrupamento global dos dados, foram complementadas por estatísticas locais, com objetivo de avaliar a presença de *clusters*, por meio do Índice de Moran Local (Local Indicators of Spatial Association – Lisa). Além disso, para analisar a variação de tendência espacial da taxa de pessoas infectadas pelo *Aedes aegypti*, foi utilizada a Média Móvel Local para cada município em estudo.

Para verificar a similaridade dos valores do atributo das áreas na região de estudo de maneira visual, foram construídos o gráfico de espalhamento de Moran, os mapas de Box Map, Lisa Map, Moran Map e o mapa do índice de Moran local. Essas figuras fornecem informações acerca da associação entre os valores do atributo nas áreas com seus vizinhos.

O gráfico de espalhamento de Moran ou diagrama de espalhamento de Moran é uma maneira adicional de visualizar a dependência espacial. Construído com base nos valores normalizados (valores de atributos subtraídos de sua média e divididos pelo desvio padrão), permite analisar o comportamento da variabilidade espacial. É calculado pela autocorrelação espacial entre os vizinhos. A análise dos quadrantes do diagrama indica áreas de associação espacial positiva Q1 (valores positivos, médias positivas) e Q2 (valores negativos, médias negativas), e áreas de associação espacial negativa Q3 (valores positivos, médias negativas) e Q4 (valores negativos, médias positivas). As áreas localizadas nos quadrantes Q1 e Q2 apresentam autocorrelação positiva, ou seja, as áreas formam *clusters* de valores similares. As áreas localizadas nos quadrantes Q3 e Q4 apresentam autocorrelação negativa, isto é, há dissimilaridade entre as áreas vizinhas.

O Box Map apresenta os clusters, independentemente da significância estatística; o Lisa Map indica regiões com correlação local significativamente diferente das demais; enquanto o Moran Map, apenas aqueles com valor de $p < 0,10$. O mapa do Índice de Moran local fornece as áreas que têm valores similares e dissimilares aos seus vizinhos, em que valores positivos do índice indicam áreas com valores similares para o atributo, e valores negativos do índice indicam dissimilaridade entre os valores dessas áreas.

Com o intuito de verificar o melhor modelo explicativo de associação das variáveis do contexto socioeconômico e ambiental, foram aplicadas quatro alternativas de modelos de regressão: regressão clássica; espacial autorregressivo; erro espacial; e o modelo espacial

de Durbin. O Modelo de Regressão Clássica (MRC) baseia-se no relacionamento entre duas ou mais variáveis de forma que uma delas possa ser explicada ou ter seu valor predito por meio de outras variáveis²⁵. No caso de dados espaciais, havendo autocorrelação espacial, o modelo gerado deve incorporar a estrutura espacial, pois a dependência entre as observações afeta a capacidade de explicação do modelo²⁶.

A suposição de que as observações sejam independentes simplifica o modelo, mas, no contexto de dados de área, essa simplificação é pouco provável que aconteça devido à possibilidade de dependência espacial entre os termos do erro. Uma alternativa, nessas circunstâncias, é utilizar o Modelo Espacial Autorregressivo (Mear) que atribui à variável resposta Y a autocorrelação espacial ignorada. O Mear é dado pela seguinte equação: $Y = X\beta + \rho WY + \varepsilon$, em que: W é a matriz de proximidade espacial; WY expressa a dependência espacial em Y ; e ρ é o coeficiente espacial autorregressivo²⁷. Nesse modelo, a autocorrelação espacial é incorporada como componente do modelo.

Outra alternativa é o ajuste do Modelo do Erro Espacial (MEE), que considera os efeitos espaciais como um ruído, isto é, como um fator a ser removido. Esse modelo parte do princípio de que não é possível modelar todas as características de uma unidade geográfica que podem influenciar as regiões vizinhas. Os efeitos da autocorrelação espacial estão associados ao termo de erro ε e o modelo é descrito por: $Y = X\beta + \varepsilon$, $\varepsilon = \lambda W\varepsilon + \zeta$, em que: $W\varepsilon$ é a componente do erro com efeitos espaciais; λ é o coeficiente autoregressivo; ζ é a componente do erro com variância constante e não correlacionada²⁸.

O Modelo Espacial de Durbin (MED) é uma extensão desses modelos anteriores na qual é incluído o '*spatial lag*' na variável dependente Y e, também, na variável independente: $Y = \rho WY + X\beta + WX\theta + \varepsilon$, em que: Y contém um vetor de variáveis dependentes e X representa a matriz de dados contendo as variáveis independentes com um vetor de parâmetro associado β ; W é a matriz de peso espacial e o parâmetro ρ é um coeficiente de '*spatial lag*'

da variável resposta. Um conjunto adicional de variáveis explicativas é adicionado ao modelo construindo um intervalo espacial das variáveis explicativas usando o produto da matriz WX , com os parâmetros associados θ . Esse conjunto representa variáveis explicativas construídas como médias de observações vizinhas.

O teste de correlação linear de Spearman foi aplicado para verificar as correlações entre as variáveis independentes e o Coeficiente Médio de Incidência por dengue ($p < 0,001$). Na avaliação de qual modelo melhor se ajustaria às variáveis disponíveis, foi escolhido aquele que apresentou menor valor da log-verossimilhança e menores valores do critério de informação de Akaike (AIC).

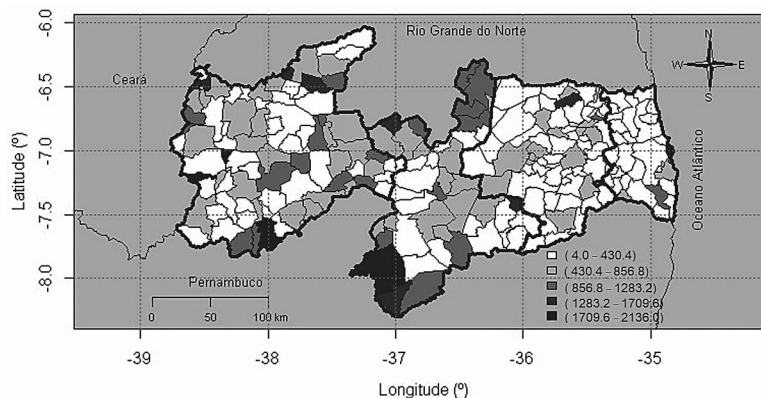
As análises foram realizadas por meio do *software* estatístico R Core Team versão 3.3.2 de 2017(<http://www.rproject.org/>), com

auxílio dos pacotes *geoR*, *POT*, *spatial extremes*, *spatial* e *spdep*.

Resultados

No período de janeiro de 2007 a dezembro de 2016, foram registrados 162.521 casos de dengue em residentes no estado da Paraíba. Na análise da distribuição espacial das incidências por município, as maiores foram aquelas registradas no Sertão do estado, nos municípios de Princesa Izabel (2.136 casos/100 mil hab.), Carrapateira (2.056 casos/100 mil hab.) e Monte Horebe (2.036 casos/100 mil hab.), bem como no município de Monteiro (2.053 casos/100 mil hab.), localizado no Agreste paraibano, com pequena densidade populacional (*figura 1*).

Figura 1. Coeficiente de incidência por dengue nos 223 municípios do estado da Paraíba por 100 mil habitantes, 2007-2016



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba/MS.

Para reconhecer o padrão da distribuição espacial dos casos notificados por dengue, foi inicialmente estimada a magnitude da autocorrelação espacial entre as áreas, pelo Índice de Moran Global, sob a hipótese nula de ausência de autocorrelação. Na análise da variável dependente, o Índice de Moran Global encontrado foi de 0,20510 ($p < 0,001$),

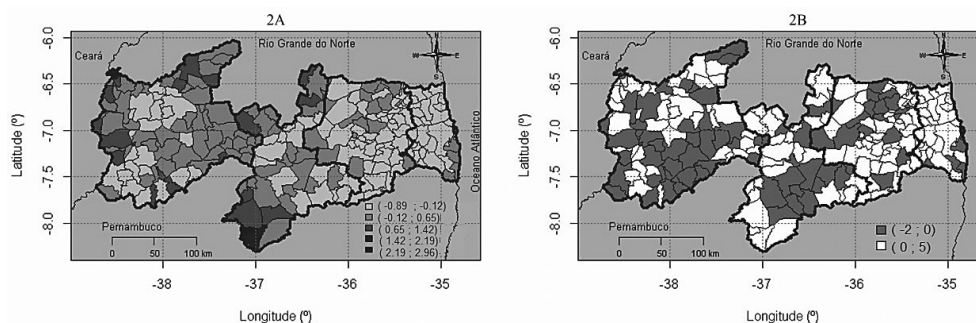
identificando uma dependência no Coeficiente Médio de Incidência por dengue entre municípios vizinhos. A partir do teste de aleatoriedade espacial de Geary, obteve-se a estatística calculada igual a 0,73434 que corresponde a um valor $p < 0,001$, identificando autocorrelação espacial significativa.

A *figura 2A* mostra um mapa da Média

Móvel Local construído para analisar a tendência espacial da taxa de pessoas notificadas por dengue. Verifica-se que, à medida que se aproxima do interior do estado, há um aumento na média móvel, indicando existir uma tendência espacial mais fortemente observada

nessa localidade. Por meio do Índice de Moran Local (*figura 2B*), pode-se verificar o quanto as áreas vizinhas são similares, identificando que grande parte dos municípios da Mata paraibana têm valores similares de casos notificados por dengue.

Figura 2. Média Móvel Local (2A) e Índice de Moran Local (2B) do Coeficiente Médio de Incidência por dengue no estado da Paraíba, 2007-2016

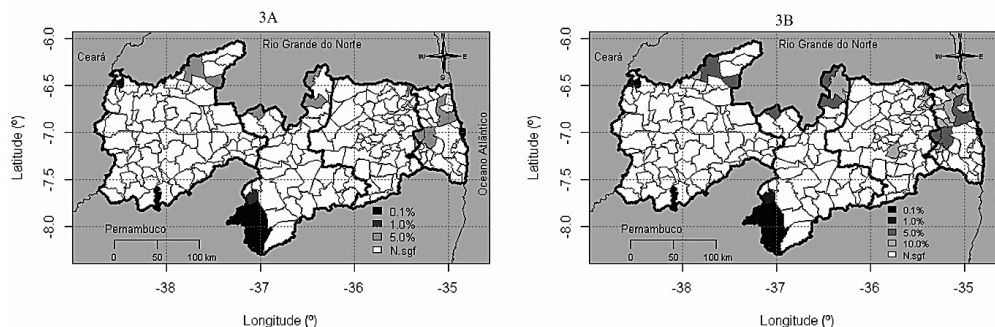


Fonte: Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba/MS.

Por meio do Lisa Map (*figura 3A*) e do Moran Map (*figura 3B*), é possível observar que os municípios que apresentaram maior significância estatística para a autocorrelação espacial foram Monteiro, São Sebastião do Umbuzeiro, Joca Claudino, Princesa Isabel e Zabelê. Ainda, no Moran Map, é possível

enxergar os municípios que tiveram autocorrelação espacial significativa ao nível de 10%: Picuí; Bom Jesus; Brejo dos Santos; Massaranduba; Riachão do Bacamarte; Caiçara; Caldas Brandão; e alguns municípios do Litoral Norte paraibano, como Mataraca, Baía da Traição, Rio Tinto e Lucena.

Figura 3. Lisa Map (3A) e Moran Map (3B) do Coeficiente Médio de Incidência por dengue no estado da Paraíba, 2007-2016

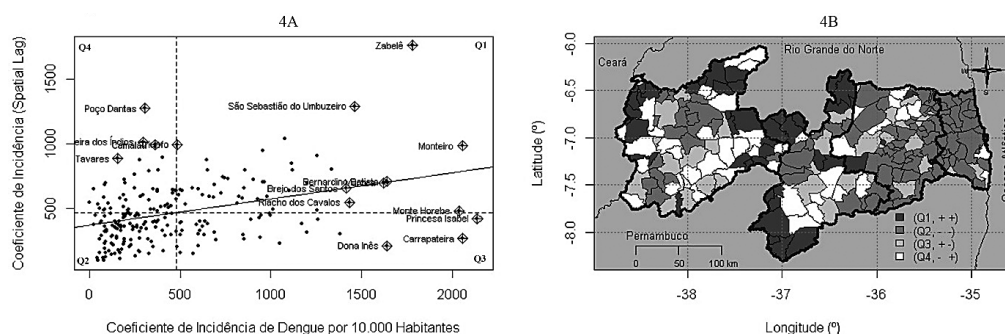


Fonte: Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba/MS.

Observaram-se, no gráfico de espalhamento de Moran (*figura 4A*), primeiro e segundo quadrantes, municípios com associação espacial positiva, no sentido que uma localização possui vizinhos com valores semelhantes. Os municípios Bernardinho Batista, Brejo dos Santos, São Sebastião do Umbuzeiro, Zabelê, Monteiro, Riacho dos Cavalos e Monte Horebe são preocupantes, pois, além de apresentarem altos coeficientes de incidência por dengue, estão cercados por outros municípios que também apresentam altos coeficientes. Na extensão do espalhamento de Moran, no Box Map (*figura 4B*), municípios representados por cores mais escuras (por exemplo, Zabelê,

Monteiro, São Sebastião do Umbuzeiro, Brejo dos Santos e Riacho dos Cavalos) apresentaram autocorrelação espacial positiva (*figura 4A*). Por outro lado, os municípios representados por tonalidades mais claras (por exemplo, Dona Inês, Carrapateira e Princesa Isabel) apresentaram dissimilaridade com seus vizinhos em relação aos coeficientes de incidência de dengue no estado da Paraíba. Sendo assim, observa-se que a maioria dos municípios têm valores similares aos seus vizinhos para o coeficiente de incidência de pessoas notificadas por dengue, expondo, assim, a importância de levar em consideração dependência espacial deles.

Figura 4. Mapa de espalhamento de Moran (4A) e Box Map (4B) da análise de autocorrelação espacial dos coeficientes de incidência por dengue no estado da Paraíba, 2007-2016



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba/MS.

Nas análises de associação das variáveis do contexto socioeconômico e ambiental (dados não apresentados em tabela), foi possível verificar que a proporção de domicílios com saneamento básico ($-0,3022$; $p < 0,05$), proporção de municípios com coleta de lixo ($-0,6445$; $p < 0,001$) e proporção de municípios com rede geral de esgoto ou com fossa séptica ($-0,6128$; $p < 0,001$) apresentaram correlação estatisticamente significativa e inversamente proporcional com o Coeficiente Médio de Incidência por dengue. Mostraram correlação significativa positiva as seguintes variáveis: Índice de Desenvolvimento

Humano ($0,4114$; $p < 0,001$); Índice de Gini ($0,4498$; $p < 0,001$); proporção de domicílios em que o lixo é jogado em terreno baldio ou logradouro público ($0,3840$; $p < 0,001$).

Analisando-se os resultados apresentados na *tabela 1*, pode-se observar que o modelo que melhor se ajustou aos dados foi o Mear, pois ele apresentou o menor valor de AIC. Segundo o modelo, o Índice de Desenvolvimento Humano do município apresentou contribuição significativa para a incidência de dengue no estado, enquanto o Índice de Gini e a proporção de indivíduos alfabetizados apresentaram correlação inversa.

Tabela 1. Ajustes dos modelos de regressão para o Coeficiente Médio de Incidência por dengue no estado da Paraíba, 2007-2016, com variáveis socioeconômicas e ambientais

Covariáveis	RC (p - valor)	Mear (p - valor)	MEE (p - valor)	MED (p - valor)
<i>Intercepto</i>	- 1450,0 (<0,01)	-1417,6 (<0,01)	-1301,1 (0,0111)	-2464,7 (0,0172)
IDH	5209,0 (<0,01)	4599,8 (<0,01)	4777,5 (<0,01)	4266,1 (<0,01)
Gini	-2565,0 (0,0128)	-2427,5 (0,0127)	-2227,8 (0,0227)	-1696,1 (0,0952)
Precip	-0,1801 (0,0641)	-	-0,2013 (0,0799)	-0,4264 (0,0634)
PA	-0,0015(0,0694)	-0,0016 (0,0429)	-1272,9 (0,0966)	-0,0015(0,0539)
Temp (°C)	-	-	-	-0,0104(0,0085)
AIC	3307,976	3302,127	3303,643	3302,508
ρ	-	0,294 (0,001)	0,251 (0,012)	0,233 (0,016)
<i>Resíduo</i>	0,87 (<0,001)	11,662 (<0,153)	7,300 (0,072)	6,332 (0,092)

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba/MS.

RC: Regressão Clássica; Mear: Modelo Espacial Autorregressivo; MEE: Modelo de Erro Espacial; MED: Modelo Espacial de Durbin; IDH: Índice de Desenvolvimento Humano; Precip: Precipitação Média Anual; PA: População Alfabetizada; Temp: Temperatura Média Anual.

Discussão

Os municípios que compõem a região do Sertão paraibano destacaram-se neste estudo pelas altas taxas de incidência. Quanto aos possíveis fatores explicativos para a distribuição de dengue, a seca é considerada um fator fundamental, em que ambientes com períodos de estiagens e secas podem causar um abastecimento irregular de água, o que pode levar ao armazenamento inadequado e, por consequência, propiciar criadouros ao vetor²⁹.

A densidade populacional em estudos realizados no Espírito Santo²¹, no Rio de Janeiro²² e em duas cidades do México¹⁵ contribuiu positivamente para a taxa de incidência da dengue. Eles destacam que ambientes mais populosos favorecem a proliferação do vetor, apresentando condições ideais para sua reprodução, bem como para o maior número de indivíduos suscetíveis a novas infecções³⁰, em discordância com os resultados deste estudo, no qual os municípios com pequena densidade populacional foram os que apresentaram as maiores incidência do estado, o que corrobora Barbosa e Silva³¹ e Machado et al.³² que identificaram uma baixa correlação espacial entre

densidade populacional e a taxa de incidência de dengue. Segundo Almeida e Medronho²², não necessariamente todas as áreas de alta densidade populacional estão associadas a taxas de incidência de dengue, podendo outros fatores estarem relacionados, como os aspectos sociodemográficos e ambientais, que poderiam explicar melhor essas incidências.

É possível identificar vários indicadores de condições socioeconômicas que podem interferir na saúde de uma população. Neste estudo, o Índice de Desenvolvimento Humano apresentou correlação espacial positiva, permitindo observar áreas com melhores valores de Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e altos coeficientes de incidência por dengue, em concordância com estudo realizado no estado do Maranhão³³, que destacou que os municípios com os maiores valores de IDHM são provavelmente os mais populosos, com maior nível de desenvolvimento, melhor infraestrutura sanitária e maior acesso aos serviços de saúde, todos contribuindo para uma maior notificação dos casos de dengue.

O índice de Gini apresentou correlação espacial negativa com as taxas de incidência da dengue, permitindo observar um aumento na incidência em áreas com melhores valores

do índice. Esse achado discorda da pesquisa de Ribeiro et al.²⁰ que avaliou as desigualdades socioeconômicas e a dengue no Distrito Federal. No entanto, a relação do Gini com o *Aedes Aegypti* ainda causa discordância nos estudos. Paula et al.³⁴ e Ribeiro et al.²⁰ encontraram as maiores taxas em áreas carentes. Por outro lado, Resende et al.³⁵ e Almeida et al.²² encontraram alta incidência tanto em áreas com precárias condições quanto nas mais desenvolvidas. Outras pesquisas realizadas com dengue não identificaram relação do vetor com os índices de Gini. Essa discordância pode estar relacionada com a heterogeneidade da transmissão dessa doença.

O destino inadequado do lixo, a proporção de municípios com rede geral de esgoto, a proporção de domicílios particulares ligados à rede geral de água e a taxa de desemprego também podem explicar a incidência da dengue no estado da Paraíba. Estudos anteriores, realizados em diversas regiões do mundo, também evidenciaram associações entre risco de ocorrência de dengue e níveis socioeconômicos. Honorato et al.²¹ no Espírito Santo, Chen et al.¹⁴ em Cantão na China, Almeida et al.²² para a cidade do Rio de Janeiro, e Iraldo-Hurtado et al.¹⁶ em Manzanillo, município de Itagüí, mostraram haver associação positiva entre maiores riscos de transmissão de dengue e piores níveis socioeconômicos da população.

Por outro lado, em estudos realizados por Gil et al.¹⁷ em San Ramón de la Nueva Orán-AR, por Costa et al.³⁶ em Campinas-SP e por Reyes-Castro et al.¹⁵ no México, não foi encontrada correlação entre o percentual da população com necessidades básicas insatisfeitas e incidência de dengue, sendo considerado por eles que a falta de correlação entre casos e variáveis socioeconômicas é principalmente devido à pequena dimensão de alguma cidade, à distribuição generalizada da pobreza e à alta mobilidade dos habitantes dentro da cidade, o que poderia tornar o risco homogêneo.

Neste estudo, não foi identificada correlação significativa entre a incidência da dengue com a pluviosidade e a temperatura, enquanto no

estado de Goiás, a situação estabelecida está diretamente relacionada com os fatores abióticos que favorecem a existência de criadouros disponíveis para o desenvolvimento do vetor³⁷. Estudo realizado em Boa Vista – Roraima, também não demonstrou correlação entre as variáveis meteorológicas³⁸, diferentemente do cenário mais amplo do País, onde a maioria dos casos ocorre no período chuvoso.

Os resultados discordantes entre as associações encontradas em diferentes pesquisas podem estar relacionados com o tipo de unidade espacial utilizada (setor censitário, bairros, distritos e/ou municípios). Outra possibilidade seria uma limitação resultante da agregação espacial, já que, dependendo do nível de agregação, a captação da realidade pode não ser a ideal, ou seja, dependendo do modo como as variáveis foram agregadas para descrever extensas regiões, podem produzir grande variação de resultados³⁹.

A fim de levar em consideração a dependência espacial das variáveis de interesse, foram utilizados modelos ajustados aos dados, sendo capazes de identificar a influência de algumas variáveis independentes. Outras variáveis importantes para a transmissão da doença – como, por exemplo, a regularidade do abastecimento de água, a pluviosidade e a temperatura – poderiam ter sido levadas em consideração.

Com relação aos resíduos dos modelos, para o MRC, pode-se observar que ele não seguiu um comportamento normal ($p\text{-valor} < 0,05$), uma vez que esse modelo não prevê o ajuste da dependência espacial entre os municípios estudados. No entanto, ao se utilizar os modelos de regressão espacial, observou-se independência na estrutura da autocorrelação residual espacial ($p\text{-valor} > 0,05$). Em geral, modelos de regressão espacial, que levam em consideração a variação dos parâmetros no espaço, são mais eficientes do que os modelos de regressão com efeitos globais. Os modelos de efeitos globais partem do pressuposto que o processo espacial é estacionário, isto é, a autocorrelação espacial é estimada por meio de um único parâmetro.

Entretanto, a utilização de dados censitários pode produzir padrões espaciais diversos que não são captados em um único parâmetro⁴⁰.

O estudo apresenta limitações inerentes à utilização de dados secundários, uma vez que as informações foram baseadas em registros de casos notificados do Sinan, sendo assim, registrados apenas os casos de evolução grave, que buscam uma unidade de saúde para atendimento, podendo haver subnotificação das formas leves da doença. Mesmo diante dessa limitação, os achados do presente estudo são fundamentais para elencar possíveis fatores de risco, associados à ocorrência da dengue no estado da Paraíba, assim como identificar municípios prioritários para o desenvolvimento de ações de controle da doença.

Ao analisar a distribuição de casos de dengue nos municípios do estado da Paraíba, pode-se identificar que a doença vem avançando e acometendo maior número de cidades a cada ano. A doença esteve presente em todas as cidades analisadas, o que demonstrou a necessidade de implementar ações de prevenção da dengue em todo o estado.

Conclusões

Diante desta pesquisa, ficou claro que a dengue, no estado da Paraíba, não é determinada por fator único e isolado, mas, sim, pela

combinação de vários fatores do contexto socioeconômico e ambiental, como saneamento básico, Índice de Desenvolvimento Humano e Índice de Gini. O comportamento da população com hábitos inadequados de descarte de lixo e um possível armazenamento de água, diante do período de estiagem no Nordeste, também contribuem para a manutenção da doença.

Além disso, neste estudo, foi possível demonstrar que a análise da distribuição espacial é um importante instrumento a ser utilizado na monitorização dos casos de dengue e pode ser adotado pelos setores de vigilância epidemiológica e de controle do vetor dos municípios, auxiliando assim no planejamento de ações em áreas estratégicas de maior vulnerabilidade, gerando impacto positivo no controle do agravo e na diminuição da severidade da doença.

Colaboradores

Silva ETC (0000-0002-2079-6240)*, Olinda RA (0000-0002-0509-8428)*, Pachá AS (0000-0002-7020-5445)*, Costa AO (0000-0002-9212-0493)*, Brito AL (0000-0002-3439-500X)*, Pedraza DF (0000-0002-5394-828X) contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Dussart P, Lavergne A, Lagathu G, et al. Reemergence of dengue virus type 4, French Antilles and French Guiana, 2004-2005. *Emerging infectious diseases*. *Emerg Infect Dis*. 2006; 12(11):1748-1751.
- Bhatt S, Gething PW, Brady OL, et al. The global distribution and burden of dengue. *Nature*. 2013; 496(7446):504-507.
- Halstead SB. Epidemiology of dengue and dengue hemorrhagic fever. In: Gubler DJ, Kuno G, organizador. *Dengue and dengue hemorrhagic fever*. New York: CAB International. 1998; 11(3):480-496.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Febre de Chikungunya: manejo clínico*. Brasília, DF; 2015.
- World Health Organization. *Global Strategy for Dengue Prevention and Control 2012-2020*. Genebra: WHO; 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 52. *Boletim Epidemiológico*. 2018 [acesso em 2020 maio 18]; 50(4). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/06/2017-002-Monitoramento-dos-casos-de-dengue-febre-de-chikungunya-e-febre-pelo-virus-Zika-ate-a-Semana-Epidemiologica-52-2016.pdf>.
- Lopes N, Linhares REC, Nozawa C. Características gerais e epidemiologia dos arbovírus emergentes no Brasil. *Rev Pan-Am Saude*. 2014; 5(3):55-64.
- Gubler DJ. Dengue and dengue hemorrhagic fever: its history and resurgence as a global health problem. In: Gubler DJ, Kuno G, organizadores. *Dengue and dengue hemorrhagic fever*. New York: CAB International; 1997. p. 1-22.
- Silva AA, Miranda CF, Ferreira JR, et al. Fatores sociais e ambientais que podem ter contribuído para a proliferação da dengue em Umuarama, estado do Paraná. *Acta Scientiarum Health Sciences*. 2003; 25(1):81-85.
- Barbosa IR, Silva LP. Influência dos determinantes sociais e ambientais na distribuição espacial da dengue no município de Natal-RN. *Rev. Ciênc. Plur*. 2015; 1(3):62-75.
- Pelissari B. Aspectos socioambientais associados à ocorrência de dengue em um município do estado do Mato Grosso. *Rev. epidemiol. controle infecç*. 2016; 6(1):12-17.
- Skalinski LM, Costa MCN, Lima TMG. Contribuições da análise espacial para a compreensão da dinâmica de transmissão da dengue: revisão integrativa. *JHBS*. 2019; 7(53):53-63.
- Olinda RA, Ozaki VA, Juliette B, et al. Estudo de simulação de extremos espaciais com base em processos max-stable. *RBB*. 2013; 31(1):132-156.
- Chen B, Yang J, Luo L, et al. Who is vulnerable to dengue fever? A community survey of the 2014 outbreak in Guangzhou, China. *Int J Environ Res Public Health*. 2016; 13(7):712.
- Reyes-Castro PA, Harris RB, Brown HE, et al. Spatio-temporal and neighborhood characteristics of two dengue outbreaks in two arid cities of Mexico. *Acta Trop*. 2017; 167:174-182.
- Iraldo-Hurtado TM, Alvarez-Betancur JP, Parra-Henao G. Factores asociados a la infestación domiciliar por *Aedes aegypti* en el corregimiento el Manzanillo, municipio de Itagüí (Antioquia) año 2015. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2018; 36(1):34-44.
- Gil JF, Palacios M, Krolewiecki AJ, et al. Spatial spread of dengue in a non-endemic tropical city in northern Argentina. *Acta tropica*. 2016; 158:24-31.
- González AAM, Ortiz Beltrán FG, Santa Guzmán LF. Modelo bayesiano para el estudio de la enfermedad

- del dengue en el departamento de Atlántico, Colombia, años 2010 a 2013. *Perspect Geográfica* [internet]. 2017 [acesso em 2020 abril 27]; 22(2). Disponível em: <http://revistas.uptc.edu.co/revistas/index.php/perspectiva/article/view/7603>.
19. Kikuti M, Cunha GM, Paploski IAD, et al. Spatial distribution of dengue in a Brazilian Urban slum setting: Role of socioeconomic gradient in disease risk. *PLoS Negl Trop Dis*. 2015; 9(7):1-18.
 20. Ribeiro NG, Araújo HF, Lacerda LF, et al. Relação entre as condições socioeconômicas e as taxas de incidência de dengue nas regiões administrativas do Distrito Federal. *Rev Med Saude Brasília*. 2016; 5(1):22-27.
 21. Honorato T, Lapa PP, Sales CM, et al. Análise espacial do risco de dengue no Espírito Santo, Brasil, 2010: uso de modelagem completamente Bayesiana. *Rev Bras Epidemiol*. 2014; 17(supl2):150-159.
 22. Almeida AS, Medronho RA, Valencia LI. Spatial analysis of dengue and the socioeconomic context of the city of Rio de Janeiro (Southeastern Brazil). *Rev Saude Publica*. 2009; 43(4):666-673.
 23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas do Censo Demográfico: Indicadores Sociais Municipais. Rio de Janeiro: IBGE; 2018
 24. Melo AST, Rodrigues JL. Paraíba: Desenvolvimento econômico e a questão ambiental, João Pessoa: Grafsset; 2003.
 25. Azevedo JVV, Santos CAC, Alves TLB, et al. Influence of climate on the incidence of acute respiratory infections in children at the districts of Campina Grande and Monteiro, Paraíba, Brazil. *Rev. bras. Meteorol*. 2015; 30(4):467-477.
 26. Câmara G, Monteiro AMV, Medeiros JS. Fundamentos epistemológicos da ciência da geoinformação. In: Câmara G, Davis JR CA, Monteiro AMV, organizadores. *Introdução à ciência da geoinformação*. São José dos Campos: INPE; 2014. [acesso em 2018 ago 19]. Disponível em: <http://www.dpi.inpe.br/gilberto/livro/introd/cap5-epistemologia.pdf>.
 27. Chen Y. New approaches for calculating morans index of spatial autocorrelation. *PloS one*. 2013 [acesso em 2020 maio 18]; 8(7):e68336. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0068336>.
 28. Fahl GB, Adamczyk WB. Incidência de dengue no Rio Grande do Sul: uma análise econométrica espacial; 2016.
 29. Medeiros AMT, Brito AC. A seca no Estado da Paraíba - impactos e ações de resiliência. *Parcerias Estratégicas*, Brasília, DF. 2017; 22(44):139-154.
 30. Scandar SA, Vieira P, Cardoso Junior RP, et al. Dengue em São José do Rio Preto, Estado de São Paulo, Brasil, 1990 a 2005: fatores entomológicos, ambientais e socioeconômicos. *Bol Epidemiol Paulista*. 2010; 7(81):4-16.
 31. Barbosa IR, Silva LP. Influência dos determinantes sociais e ambientais na distribuição espacial da dengue no município de Natal-RN. *Rev Cienc Plural*. 2015; 1(3):62-75.
 32. Machado JP, Oliveira RM, Souza-Santos R. Análise espacial da ocorrência de dengue e condições de vida na cidade de Nova Iguaçu, Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(5):1025-1034.
 33. Costa SSB, Carvalho BMRF, Aquino Junior J, et al. Spatial analysis of probable cases of dengue fever, chikungunya fever and Zika virus infections in Maranhão State, Brazil. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo*. 2018 [acesso em 2020 maio 18]; 60:e62. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-46652018005000236&lng=pt&nrm=1&tlng=en.
 34. Paula AR, Lima GA, Araújo BR, et al. A incidência de dengue associada a fatores socioeconômicos no município de campos dos Goytacazes-RJ. *Revista Univap*. 2016; 22(40):55-62.
 35. Resende APC, Silveira NAPR, Sabroza PC, et al. Determinação de áreas prioritárias para ações de controle da dengue. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(2):274-282.

36. Costa JV, Silveira LVA, Domalisio MR. Análise espacial de dados de contagem com excesso de zeros aplicado ao estudo da incidência de dengue em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2016 [acesso em 2020 maio 18]; 32(8):e00036915. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000804003&script=sci_abstract&tlng=pt.
37. Araújo RR, Nunes JS. Relações geográficas entre o clima e a incidência de dengue na cidade de São Luís-MA. Brasil. *Ciências Humanas em Revista*. 2005; 3(2):93-108.
38. Souza SS, Silva IG, Silva HHG. Associação entre incidência de dengue, pluviosidade e densidade larvária de *Aedes aegypti*, no Estado de Goiás. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2010; 43(2):152-155.
39. Silva RM, Silva AM, Chaves JJS. Vulnerabilidade espacial da dengue e sua relação com a variabilidade termo pluviométrica em João Pessoa-PB. *Hygeia*. 2014; 10(18):177-179.
40. Câmara G, Carvalho MS, Cruz OG, Correia V. Análise espacial de áreas. In: Druck S, Carvalho MS, Câmara G, Monteiro AMV, editores. *Análise espacial de dados geográficos*. Planaltina: Embrapa; 2004.

Recebido em 30/04/2019

Aprovado em 05/05/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

O Apoio Matricial na qualificação da Atenção Primária à Saúde às pessoas com doenças crônicas

Matrix Support in the qualification of the Primary Health Care for people with chronic diseases

Cássia Regina Gotler Medeiros¹, Ana Luísa Freitag¹, Luísa Scheer Ely Martines¹, Olinda Maria de Fátima Lechmann Saldanha¹, Magali Quevedo Grave¹, Lydia Koetz Jager¹, Gisele Dhein¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012515

RESUMO Objetivou-se analisar o potencial do dispositivo de Apoio Matricial na qualificação da Atenção Primária à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Trata-se de pesquisa-intervenção com equipes de saúde da família em dois municípios do Rio Grande do Sul, aplicando a estratégia de Apoio Matricial. Realizaram-se Grupos Focais para avaliar as atividades. Na Análise de Conteúdo, emergiram duas categorias: 'Dificuldades na gestão e no cuidado às pessoas com DCNT' e 'Qualificação do cuidado às pessoas com DCNT após o Apoio Matricial'. Reuniões sistemáticas foram implementadas após os apoios, reconhecendo-as com potencial para qualificar as práticas. O Apoio Matricial promoveu a comunicação entre os profissionais e a aproximação entre os membros da equipe, mostrando-se efetivo no empoderamento das equipes de Atenção Primária à Saúde, impulsionando mudanças nas práticas de gestão e cuidado às pessoas com DCNT.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Doença crônica. Gestão em Saúde. Educação em Saúde.

ABSTRACT The aim of this study was to analyze the potential of Matrix Support devices in qualifying Primary Health Care for people with Chronic Noncommunicable Diseases (CNCD). It is a research intervention with Family Health Strategy teams in two municipalities of Rio Grande do Sul, applying the Matrix Support strategy. Focal Groups were used to measure the activities. In Content Analysis, two categories emerged: 'Difficulties in the management and care of people with CNCD' and 'Qualification of care for people with CNCD after Matrix Support'. Systematic meetings with the entire team were implemented, recognizing them with the potential to qualify the practices from their problematization. Matrix Support promoted the communication between professionals and the approximation of the other team members, being effective in the empowerment of Primary Health Care teams, boosting changes in management practices and care for people with CNCD.

KEYWORDS Primary Health Care. Chronic disease. Health management. Health education.

¹Universidade do Vale do Taquari (Univates) – Lajeado (RS), Brasil. cgotlermedeiros@gmail.com

Introdução

A transição demográfica acelerada reflete no envelhecimento da população e na incidência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Estas doenças foram causa de aproximadamente 70% da mortalidade mundial em 2015, com prevalência das doenças cardiovasculares¹. Em 1990, a mortalidade proporcional por DCNT no Brasil correspondia a 59,6% das mortes, aumentando em 2015 para 75,8%².

A Portaria nº 252 instituiu a Rede de Atenção à Saúde (RAS) das pessoas com DCNT no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)³. Essa Portaria propõe mudanças no modelo de atenção, ampliando as ações de promoção da saúde e prevenção de complicações das DCNT. Em 2014, a Portaria nº 483 redefiniu a RAS das pessoas com DCNT e estabeleceu diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado⁴.

Estudo realizado em municípios da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde (16ª CRS), no Rio Grande do Sul (RS), verificou que as internações e óbitos evitáveis diminuíram com o aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF). No entanto, a análise das trajetórias assistenciais de usuários sugeriu baixa efetividade da Atenção Primária à Saúde (APS) tanto na prevenção quanto no diagnóstico das DCNT. Observou-se que a busca por cuidados em saúde, muitas vezes, inicia-se nos serviços de média e alta densidade tecnológica, sendo a APS acessada posteriormente ao diagnóstico das DCNT em outros pontos da rede⁵.

Uma das estratégias para qualificação da APS é a problematização das práticas e a promoção da cogestão do cuidado, por meio do Apoio Matricial (AM). O AM teve início na década de 1990 no Brasil, sendo implementado por profissionais da APS e da saúde mental em Campinas, no estado de São Paulo. Os seus resultados nesse cenário contribuíram para que algumas políticas do Ministério da Saúde (MS) – Humaniza-SUS, saúde mental e ESF – incorporassem essa perspectiva⁶. Ele visa ao suporte e à corresponsabilização dos

diferentes atores pelas demandas de saúde da comunidade. Refere-se a uma estratégia de partilha dos processos de trabalho entre a equipe da APS e a equipe especializada, que propicia sua retaguarda quando necessário⁷. O apoiador matricial é um especialista com saberes e perfil diferentes da equipe de referência, a qual é responsável pelo acompanhamento longitudinal do usuário, agregando recursos que aumentam a resolutividade das intervenções ao usuário. Espaços dialógicos são construídos, a fim de elaborar um projeto terapêutico integrado. As relações entre apoiador e equipe de referência devem ser horizontais, possibilitando a criação compartilhada da solução para os problemas clínicos⁶.

O momento é oportuno para a implementação de tecnologias inovadoras de gestão e para a organização de redes de cuidado às pessoas com DCNT⁸. Ao analisar o estado da arte referente ao AM, observou-se que a implementação dessa estratégia se concentra, em sua maioria, no campo da saúde mental, não se encontrando estudos na área das DCNT^{9,10}. Considerando que estas constam como uma das metas prioritárias de pesquisa na agenda do MS, em reconhecimento ao impacto social e econômico que representam para o País e sua condição sensível à APS, melhorar a assistência pode significar mais qualidade de vida aos usuários e um sistema de saúde mais competente e resolutivo¹¹.

Em vista do contexto regional e das necessidades do atual perfil de saúde no Brasil, este estudo objetivou analisar o potencial do dispositivo de AM na qualificação da APS às pessoas com DCNT.

Material e métodos

Implementou-se o estudo em dois municípios (doravante denominados A e B) da Região de Saúde 29 do Rio Grande do Sul, selecionados por manifestação de interesse dos respectivos gestores, após divulgação em uma reunião da Comissão Intergestores Regional. Essa Região

é composta por 37 municípios e está sob a abrangência administrativa da 16ª CRS.

Constituiu-se em uma pesquisa-intervenção, com abordagem qualitativa e utilização de métodos participativos, como o da roda e grupo focal^{12,13}. Ocorreram 14 encontros mensais de AM em cada um dos municípios, nos anos de 2015 e 2016, conduzidos por duas equipes interprofissionais de pesquisadores e estudantes de uma Instituição de Ensino Superior do RS. Participaram 40 trabalhadores da saúde (duas equipes de ESF do município A e uma do município B) – Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enfermeiras, técnicas de enfermagem, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, dentistas, auxiliares de saúde bucal, médicos e psicólogas. Os gestores optaram por não participar, de modo a não interferir no posicionamento das equipes.

As equipes de ESF participaram da intervenção separadamente, em uma sala disponibilizada pelas unidades de saúde em cada município. O processo de AM ocorreu por meio de diversos recursos dinâmicos e interprofissionais. Os temas debatidos foram pactuados a partir das demandas das equipes. Realizou-se o AM com base na discussão da situação de saúde das comunidades, projetos terapêuticos singulares e educação permanente. As demandas se voltaram, também, para as dificuldades da gestão, do planejamento e avaliação em saúde, bem como das relações interprofissionais.

Os pesquisadores e estudantes iniciaram as atividades trabalhando com o entendimento que os profissionais possuíam acerca dos fluxos dos usuários com DCNT na RAS, mediante discussão de casos. Essa etapa possibilitou às equipes de saúde analisar os processos de trabalho e o cuidado oferecido às pessoas com DCNT, buscando implementar novas estratégias e aprimorar as existentes.

Ao final de 2015 e 2016, realizaram-se dois Grupos Focais (GF), um em cada município, por pesquisadores que não participaram dos encontros, permitindo a avaliação das ações de apoio e os impactos nos processos de trabalho.

Os debates duraram, em média, duas horas, sendo gravados e transcritos. As questões norteadoras desse processo de avaliação foram: 1) como os participantes avaliam o processo de AM; 2) quais os entraves e potencialidades deste processo; 3) como avaliam e identificam em suas práticas os efeitos do AM.

Neste artigo, apresentam-se os resultados da análise dos relatos dos GF, em que foram identificadas unidades de significado que constituíram categorias de análise, conforme o método de Análise de Conteúdo¹⁴⁽³⁷⁾, que se trata de “um conjunto de técnicas de análise das comunicações”, consistindo em não perder a heterogeneidade de seu objeto, a qual é dividida em três etapas. A primeira é a pré-análise, caracterizada pela organização, envolvendo a escolha dos documentos a serem analisados, a formulação de hipóteses e objetivos, e ainda a “elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final”¹⁴⁽¹²⁵⁾. No caso desta pesquisa, o processo de pré-análise deu-se a partir da transcrição dos relatos gravados nos GF.

A segunda etapa é a exploração do material, que se define como a fase ‘longa e fastidiosa’, pois abrange o processo de escolha das unidades de significados, que são tomadas como base para recorte, enumeração e categorização das falas nas transcrições de cada encontro¹⁴. A análise das categorias foi realizada a partir dos referenciais que fundamentam as políticas públicas de saúde no Brasil e orientam a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e a de Educação Permanente em Saúde (EPS)^{15,16}.

A última fase remete ao tratamento dos resultados e análise a partir das transcrições dos encontros. Durante essa etapa, o pesquisador reflete sobre os dados obtidos, considerando probabilidades de comparação entre categorias, retomando quantas vezes forem necessárias o referencial teórico utilizado para defini-las¹⁴. Nesse caso, as categorias emergentes foram: ‘Dificuldades na gestão e no cuidado às pessoas com DCNT’ e ‘Qualificação do cuidado às pessoas com DCNT após o AM’. A análise do potencial do AM para a qualificação da APS não teve foco em desfechos

clínicos ou epidemiológicos, mas, sim, nos processos de trabalho, segundo as percepções dos profissionais envolvidos com o cuidado de pessoas com DCNT.

Respeitaram-se os aspectos éticos em conformidade com a Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde; e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Taquari (Univates), sob número 1.432.121¹⁷. Para garantir o sigilo, identificaram-se as falas dos participantes com a primeira letra da profissão e o município em que trabalha (A ou B).

Resultados e discussão

Estrutura dos municípios participantes do estudo

Para o atendimento às pessoas com DCNT, o município A conta com um hospital de pequeno porte e duas ESF, contemplando 100% de cobertura. Nas equipes de ESF, atuam três médicos em clínica geral, pediatra, ginecologista, duas enfermeiras, nutricionista, educador físico, psicóloga, três técnicos e dois auxiliares de enfermagem, dez ACS e três auxiliares administrativos. Há ainda um serviço de fisioterapia terceirizado. São realizadas consultas, grupos de educação em saúde e atendimento domiciliar pela equipe interprofissional, tanto na área urbana quanto na rural, semanalmente. Há rotatividade de gestores de saúde no município: o penúltimo permaneceu por dois anos, e o último, por somente cinco meses.

A população do município B é atendida na Unidade Básica de Saúde (UBS), contando com duas equipes de ESF, constituídas por quatro médicos de clínica geral, ginecologista, pediatra, psiquiatra, dois psicólogos, fisioterapeuta, cirurgião-dentista, quatro enfermeiras, nutricionista, cinco técnicos de enfermagem, seis ACS e sete auxiliares administrativos, oferecendo 100% de cobertura para população

e uma unidade com leitos para observação 24 horas. Somente a equipe de uma das ESF participou do estudo. Tem, ainda, uma clínica geriátrica, que atende pessoas em cuidados paliativos. A demanda de urgência e emergência é encaminhada para o serviço de referência regional em outro município.

Em ambos, a demanda por APS é atendida no próprio município, mas a média e a alta complexidade são encaminhadas para serviços de referência regionais, ou, em poucos casos, para Porto Alegre (RS), considerando que são municípios com menos de 10 mil habitantes.

Dificuldades na gestão e no cuidado às pessoas com DCNT

Para analisar o potencial da estratégia de AM em qualificar a APS às pessoas com DCNT, foi importante conhecer o contexto das equipes municipais de saúde, que revelou as dificuldades das equipes na gestão e no cuidado dessas pessoas. Relatos dos profissionais do município B sobre o excesso de demanda permearam todo o processo de apoio e foram reforçados no GF, ressaltando a forte interferência do gestor na tomada de decisão em relação à atenção aos usuários. Em estudo realizado em São Paulo com profissionais da atenção básica, também se verificou que o atendimento emergencial e mecanizado ainda é um desafio para a APS, que enfrentam uma sobrecarga de demanda¹⁸.

Eles [gestores] também têm que parar e pensar, e a prevenção? [...] Estamos só tapando os incêndios e é demanda, demanda... (MB).

A referida exigência da gestão para que se atenda todos os usuários que procuram a ESF é colocada como impeditivo da realização de outras atividades, como reunião de equipe e promoção da saúde. Estudo realizado em Sapucaia do Sul (RS) revelou que, devido à demanda excessiva, os profissionais apenas renovavam as receitas, sem questionar o prosseguimento e as dificuldades no tratamento¹⁹. Da mesma forma, em outros países, como os

Estados Unidos, o crescimento espantoso das DCNT, devido ao envelhecimento da população e à maior longevidade, sobrecarregou os sistemas de saúde e revelou deficiências na organização e prestação de cuidados a pacientes com essas doenças²⁰.

Falhas na gestão dos processos de trabalho refletem na falta de planejamento conjunto das ações, reforçando um modelo assistencial predominantemente biomédico¹⁸. Uma das diretrizes da ESF é definir o território adstrito, reorganizando e procurando diminuir a demanda espontânea, a partir do momento em que os problemas de saúde vão sendo identificados e uma abordagem coletiva é colocada em prática, com ações de promoção, prevenção e atenção à saúde²¹. Contudo, neste estudo, foram relatadas algumas tentativas frustradas em relação à reorganização dos fluxos e processos de trabalho na ESF.

[...] é que desde o início a gente tentou agendar, mas como paciente não pode ser mandado embora, aí era o agendamento, mais todo o volume de atendimento, porque tem uma demanda espontânea que é difícil de conter. (MB).

Diante dessa situação, os profissionais manifestaram a preocupação com a resolutividade do atendimento, entendendo que a demanda excessiva compromete a qualidade do trabalho e impacta negativamente nos resultados da atenção às pessoas com DCNT.

[...] a gente não consegue dar suporte para isso tudo e a qualidade do nosso atendimento também cai, ... tu precisas conversar, examinar os pacientes, e não a coisa ser corrida porque tu tens que resolver demanda. (MB).

Entende-se que a inserção da promoção da saúde na prática profissional ainda é um desafio a ser vencido, uma vez que, apesar de reconhecer sua importância, ainda se mantém uma atenção à saúde de caráter curativo, individual e fragmentado. Na literatura, autores descrevem a promoção

da saúde como a qualificação de indivíduos e coletividades para atuar na melhoria da qualidade de vida, e a necessidade da intersectorialidade e interdisciplinaridade para a efetivação dessas ações²². Da mesma forma que na Inglaterra, as estratégias preventivas para doenças crônicas associadas à idade avançada têm-se tornado uma prioridade de saúde pública no Brasil²³.

Esse cenário mostra a relevância de estimular a participação do usuário e da população, em conjunto com os profissionais, no sentido de construir a autonomia em relação aos determinantes de saúde. Nesse sentido, o aumento da qualidade das informações relacionadas com as DCNT, o empoderamento e a responsabilização dos sujeitos, assim como a promoção da saúde e a adoção de modos de vida saudáveis, são fundamentais para o enfrentamento dessas doenças²⁴.

As equipes dos municípios entendem a forma de realização das reuniões como problema, sendo que o município B não mantém rotina de reuniões, e estas, quando ocorrem, têm como foco a resolução de problemas pontuais, não envolvendo toda a equipe. O trabalho em equipe, a partir das diretrizes do SUS, propõe a superação do modelo técnico hierarquizado e busca maior horizontalidade e flexibilidade dos diversos poderes, possibilitando autonomia e implicação dos envolvidos. Assim, o trabalho entre os profissionais que compõem a equipe de saúde pode ser considerado como uma rede de relações entre pessoas, poderes, saberes, afetos, interesses e desejos²⁵. Dessa forma, a falta de integração entre os profissionais pode dificultar a mudança do modelo de atenção à saúde da população.

A inclusão dos ACS na equipe foi um avanço, no entanto, a prática da comunicação tradicional é recorrente, com a predominância de discursos verticalizados e uma escuta ainda limitada de outros segmentos sociais, o que representa uma das grandes dificuldades para mudanças na dinâmica das equipes e na participação da comunidade²⁶, que pode ser evidenciado na fala a seguir:

[...] a gente nunca tem oportunidade de reunir todo mundo, as agentes muito pouco... cada um resolve as suas [dificuldades] e acaba nem conversando com o colega [...]. (NB).

Reuniões normativas, com pouca participação da equipe, foram descritas por profissionais do município A. Os relatos denotam dificuldades para promover a integração da equipe na análise e planejamento de ações que respondam às demandas da comunidade. Uma pesquisa realizada no Distrito Federal, no Brasil, apontou que, nas reuniões de equipe, a transmissão de informações, geralmente já elaboradas por outros níveis hierárquicos, era a estratégia de comunicação predominante, reproduzindo formas tradicionais, verticalizadas e autoritárias de comunicação²⁶.

... a gente geralmente acaba planejando sozinho e trazendo as coisas muito prontas. (EA).

Então a gente vinha aqui, às vezes tinha uns recados, aí tinha que ter um coordenador para trazer alguma coisa para o grupo, e não tinha muito foco. (ACSA).

Relações mais participativas tendem a propiciar o desenvolvimento de competências no trabalho dos profissionais, como maior autonomia e iniciativa, o que repercute em suas relações com a comunidade e cria possibilidades de compreensão de suas necessidades²⁶. O funcionamento dialógico e integrado torna o espaço coletivo, que discute casos clínicos, sanitários ou de gestão, e participa da vida da organização²⁷.

Os profissionais da ESF têm atribuições comuns e específicas, conforme a Política Nacional de Atenção Básica¹⁵. Em meio às falas, emergiram conflitos ocasionados pelo desconhecimento das atribuições de cada profissão:

Tem colegas que não sabem o trabalho escondido que a gente faz, as incomodações, quando eles chegam 'já que tu não estás trabalhando'. (EB).

O sentimento de solidão e ausência de apoio no ambiente de trabalho foi outro aspecto evidenciado como uma das dificuldades vivenciadas pelas equipes:

Eu acho que às vezes liga no automático e trabalha, e a gente não tem com quem desabafar, porque a gente tem cada um suas funções, tem que dar conta de tudo [...]. (NB).

O AM oportuniza aos trabalhadores de saúde a discussão sobre o cotidiano e a organização do trabalho, buscando novas estratégias de atendimento e de ações de promoção à saúde^{28,29}. Nesse sentido, os apoiadores foram percebidos pelos profissionais da ESF como um reforço, na gestão municipal, para a necessidade de mudança nos processos de trabalho.

Um dos relatos revela um posicionamento que parece colocar população e profissionais em oposição de interesses:

Seria interessante criar uma visão de fora... porque a gente fala, e é a população contra os profissionais, é a população em primeiro lugar. (FIB).

Em meio à sensação de impotência para promover mudanças, os profissionais lembram do controle social como potencial aliado:

Teria que mostrar, ... principalmente para o Conselho Municipal de Saúde, ... só que ele é totalmente manipulado pela gestão, o pessoal senta, diz amém e deu. (FIB).

Esta fala revela o não empoderamento dos conselheiros para contrapor a gestão municipal. Outro estudo realizado em municípios do RS também revelou um controle social desarticulado e sem consciência de seu papel e responsabilidades, situação encontrada em vários municípios brasileiros³⁰.

O cuidado na doença crônica apresenta características de permanência e longitudinalidade, exigindo, tanto do profissional quanto do usuário, persistência em relação às medidas de controle e tratamento, nem sempre fáceis

de serem seguidas. Os profissionais manifestaram desconforto em relação a essa situação, entendendo que isso interfere no seu modo de cuidado.

A gente se acomoda um pouco. É sempre as mesmas coisas, tu não vês uma resposta, 'será que vale a pena investir?' ... e os pacientes crônicos acabam às vezes cansando a gente, ..., não evolui... (EB).

A sensação, por parte dos profissionais, de que as pessoas com DCNT são 'complicadas' cria um círculo vicioso que os desmotiva a investir nessas pessoas, impedindo a busca de meios inovadores e mais efetivos de educação em saúde. O núcleo desse problema é a dificuldade de criar vínculo, base para poder motivar o usuário¹⁹. Nesse sentido, as equipes revelaram uma certa acomodação e pouca reflexão sobre os processos de trabalho com o usuário com DCNT.

Eu acho que antes a gente tava fazendo os grupos de saúde sem muito pensar no que aquilo tava realmente trazendo de benefício [...] A gente acaba fazendo as coisas muito no automático e aí a gente não avalia o que fez. (DA).

Às vezes a gente fica aqui, não dá, a gente não consegue, ou faz sempre a mesma coisa e acha que não tem como fazer diferente. (EA).

Percebe-se que o cuidado é desenvolvido sem uma avaliação prévia sobre os modos de vida e o contexto dos usuários, o que promoveria maior sentido e implicação deles no seu cuidado. As diretrizes da Clínica Ampliada apontam para a implementação de mudanças nos processos de cuidado e na construção de projetos terapêuticos singulares. Ampliar a clínica implica colocar o foco da atenção no sujeito que está doente e que, também, apresenta outras necessidades. Nessa proposição, o trabalho em saúde deve estar voltado para as pessoas e coletivos, sem desconsiderar as singularidades; incorporar o subjetivo e o social,

sem ignorar a doença; atuar em equipe, visando não apenas curar, reabilitar e prevenir, mas também promover a autonomia dos sujeitos e sua capacidade de reinventar e gerir a vida³¹.

A fragmentação do cuidado conforme o núcleo profissional foi evidenciada nos relatos:

Normalmente fazia uma visita num paciente focando a saúde bucal, ... via se tinha alguma cárie, um problema em alguma prótese (DA).

[...] a gente estava brincando hoje de manhã, esquetejamos ele. (EB).

Esse modo de organização dos processos de trabalho mostra as dificuldades dos profissionais em olhar para o sujeito e suas singularidades, e não apenas para a doença, a partir da sua área de conhecimento. Para implementar a integralidade do cuidado, é necessário aprofundar o debate sobre a natureza do processo de trabalho, sua micropolítica e importância na compreensão da organização da assistência à saúde³².

Os ACS participaram ativamente dos encontros do AM, sendo que os do município B entregaram uma carta para os apoiadores, destacando dois aspectos: a necessidade de serem capacitados para intervenções, principalmente, em saúde mental; e a diferença na forma como a população recebe os profissionais da equipe durante as visitas domiciliares.

Muitas vezes necessitaríamos acompanhamento com um profissional psicólogo, pois na nossa caminhada precisamos de ajuda diária, principalmente na área da saúde mental [...] muda muito quando nós entramos na casa de uma pessoa e quando a Dra. vai na casa, eles acolhem a ... de braços abertos,... mas quando nós vamos a situação é diferente. (ACSB).

Na visão dos ACS do município B,

somente quem tem a experiência como agente de saúde, entrar na casa da pessoa, conhecer sua

história, cultura, é que nos deixa face a face com a realidade, mudando a visão e a percepção da família.

Os relatos denotam que os ACS percebem diferenças de tratamento manifestado pelos usuários em relação às visitas realizadas pelo médico da equipe e por eles. Essa diferença pode estar relacionada com os efeitos da atenção à saúde centrada no modelo médico hegemônico que a população foi incorporando, que valoriza mais o saber médico e não reconhece o papel dos ACS. Estes são atores importantes que facilitam a comunicação entre o usuário e a equipe de ESF, aproximando-se das condições de saúde e de vida dos usuários, fortalecendo o vínculo entre os profissionais e a comunidade³³.

Estudo sobre a implementação da governança clínica no sistema de saúde da Nova Zelândia mostrou que, embora os médicos sejam vistos como essenciais para o desenvolvimento da governança clínica, outros profissionais têm contribuições igualmente importantes para a melhoria efetiva da qualidade da assistência. O mesmo estudo reforça que isso requer trabalho em equipe e abordagens interprofissionais, pois os ambientes são complexos³⁴.

Qualificação do cuidado às pessoas com DCNT a partir do Apoio Matricial

O cotidiano do trabalho em saúde pode levar à sensação de isolamento e à repetição de processos, sem muita reflexão sobre os resultados obtidos. O AM, na percepção dos profissionais, proporcionou escuta e problematização das situações vivenciadas pelas equipes.

Eu acho que está todo mundo meio que no automático [...] a gente fala 'aí que bom, é o dia da reunião' [do apoio], [...] é um momento que a gente pode refletir, e as coisas dos casos faz a gente pensar sobre algumas coisas, [...], mas quem vem de fora dá um olhar diferente, [...] a gente acaba

deixando para vocês um pouco do fardinho, [...] as angústias, alguém está nos escutando. (NB).

Semelhantemente a este estudo, outra pesquisa realizada em São Paulo mostrou que o AM fortalecia a construção de novas lógicas de trabalho por meio de trocas interdisciplinares e novas perspectivas de abordagem dos problemas pelas equipes⁷.

Havia uma expectativa inicial dos profissionais de que os pesquisadores trariam informações e palestras, no entanto, receberam bem a metodologia de trabalho, que rompeu com a transmissão vertical de conhecimento.

A gente achou que fosse assim, como nós iríamos agir, que vocês trouxessem os processos para nós. Não, chegaram aqui e fizeram a gente pensar! (ACSA).

A partir do AM, alguns trabalhadores sentiram-se empoderados para realizar mudanças ou, pelo menos, propô-las para os gestores.

Eu mudei algumas coisas, já tenho uma cartinha escrita que eu só estou esperando entrar o novo secretário, com minhas reivindicações. (NB).

Tivemos conquistas nesses encontros, tanto a gente reclamou, e conseguiu, nas sextas-feiras, uma hora de relax para pensar um pouco na gente. (EB).

Os momentos de encontro proporcionados pelo AM resultaram na avaliação das práticas, em processo baseado nos pressupostos da EPS. Estes pressupostos destacam a aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações³⁵.

A gente acabou sentando para conversar e avaliar os grupos e vendo que não tão sendo tão eficazes [...], aí a gente resolveu mudar isso. (DA).

A partir dessa avaliação, as equipes perceberam que é preciso realizar uma escuta ativa das necessidades dos usuários e planejar as ações a partir desta.

Uma área não é igual a outra, ... a gente tem que ouvir o que a população quer. A gente não pode chegar com uma proposta pronta. (EA).

E aí chegou na hora e a XX [matriciadora] disse, não é assim, tu tens que ouvir o que eles querem, aí fui ouvir e mudou tudo. (ACSA).

Os relatos denotam que as atividades não contavam com a participação dos usuários em sua elaboração, eram ações verticalizadas, pois não foram construídas considerando as suas necessidades. A partir de uma dinâmica desenvolvida pelos apoiadores, denominada 'Saindo da Caixa', a qual propõe novas maneiras de pensar e agir, para além do olhar para a doença e da atitude prescritiva, foram emergindo novas estratégias de cuidado. As equipes de saúde relataram que a atividade os fez mudar práticas que se repetiam no cotidiano, e que os usuários foram receptivos a estas mudanças.

Novembro do ano passado nós fizemos a primeira saída da caixa, nos reunimos e fomos ao encontro da terceira idade e lá nós interagimos com eles, não fizemos palestra. (ACSA).

Estudo realizado nos Estados Unidos desenvolveu um instrumento de autoavaliação para ajudar as equipes de saúde a identificar e a direcionar os esforços de melhoria em seus programas educacionais de residência para cuidados crônicos. A maior melhoria foi observada incluindo o autogerenciamento do paciente como um componente central da prestação de cuidados de saúde e o uso de registros populacionais de doenças para monitorar a qualidade do atendimento prestado³⁶.

O município B não fazia reuniões sistêmicas com toda a equipe, alegando muita demanda e falta de tempo. No entanto, a partir do AM, percebeu que, para que isso ocorra, é necessário o entendimento de que a discussão na equipe é prioridade e tem o potencial de qualificar as práticas.

E a gente vê que consegue se organizar, a gente diz falta de tempo, essa é a desculpa que tem no dia a dia. (EB).

O município A tem reuniões de equipe todas as quintas, mas, a partir do AM, percebeu que era necessário mudar a forma de organizar as reuniões.

As nossas reuniões também começaram a ter mais foco[...]. (MPA).

[...] a gente falava em linhas de cuidado e muita gente nem sabia o que era ..., a partir do que vocês trouxeram, a gente um dia fez um estudo sobre o que eram as linhas de cuidado, quais as linhas que a gente já tem, o que a gente podia aprimorar. (TEA).

Os profissionais foram convidados pela equipe de AM a analisarem suas atividades em relação às atribuições conforme a PNAB¹⁵. A partir dessa atividade, observou-se a sensibilização para a necessidade do trabalho interprofissional e o reconhecimento das atribuições dos outros profissionais.

A história de trabalhar a função de cada um, também eu achei importante porque, qual é o meu papel? [...] eu não consigo dar conta de tudo, [...] a gente não faz nem ideia do que ela faz na visita [referindo-se à ACS]. (NB).

A comunicação entre os ACS e os outros profissionais da equipe foi um aspecto que melhorou como consequência do processo de AM. Essa aproximação provocou mudanças no cuidado aos usuários, a partir do conhecimento do contexto destes, proporcionado pelos ACS.

... conheceram um pouco do trabalho delas, [...] nem fazia ideia que elas [ACS] têm conhecimento da medicação que eles tomam. (TEB).

... Muitas vezes tem um doente lá que precisa de exercício físico, mas ela (médica) não sabe onde ele mora, que condições ele vive, o que ele poderia fazer, daí fica difícil ela orientar uma coisa ... (ACSB).

O AM pressupõe a cogestão e a construção compartilhada do cuidado, facilitando as relações comunicativas e dialógicas entre as organizações e os profissionais de saúde e entre estes e os usuários, oportunizando a participação ativa desses atores nos seus projetos terapêuticos³⁷. A integralidade do cuidado emergiu na reflexão de um cirurgião-dentista durante o AM.

[...] aprendi a escutar... focar um pouco diferente, não só odontologia, não olho só a boca, fico realmente pensando o que mais que tem escondido por trás de tudo isso, [...]. (DA).

Assim, o AM amplia as possibilidades de realizar clínica ampliada e integração dialógica entre distintas profissões, já que se considera que, de modo isolado, não será possível assegurar uma abordagem integral ao paciente. O AM busca assegurar maior eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na construção de autonomia dos usuários. Sua utilização como instrumento concreto e cotidiano pressupõe certo grau de transformação do modo como se organizam e funcionam serviços de saúde³⁸.

Considerações finais

O estudo revelou alguns entraves às equipes municipais para a efetivação da gestão e do cuidado às pessoas com DCNT. Os profissionais percebem essas dificuldades, mas não se sentem em condições de fazer o enfrentamento, colocando a gestão municipal como barreira. Verificou-se o descontentamento das equipes com o direcionamento assistencialista da gestão, que, na avaliação dos participantes, estimula o aumento de demandas apresentadas pela comunidade, com baixa implicação dos usuários e pouca resolutividade.

No entanto, para além da gestão, o que se

observa é um trabalho no qual a dimensão interprofissional encontra-se reduzida, com um distanciamento entre os diversos saberes, que pouco se complementam. Os relatos e análises realizados apontam que, nos processos de trabalho na APS, ainda predomina um modelo de atenção prescritivo, focado na doença e com pouca atuação das equipes na atenção integral da saúde e no empoderamento dos usuários.

Considera-se que o AM se mostrou efetivo ao instigar as equipes de APS na análise dos respectivos processos de trabalho no cuidado às pessoas com DCNT. O AM também potencializou as relações comunicativas e dialógicas entre os participantes, ampliando a cogestão dos processos de cuidado. Ou seja, a partir dos encontros de AM, as equipes reconheceram a necessidade de mudança nas intervenções individuais e coletivas e realizaram algumas ações de planejamento e cuidado mais horizontalizados e interdisciplinares, incluindo os usuários. A continuidade dessas mudanças é que poderão ampliar e qualificar os resultados no cuidado às pessoas com DCNT.

Por se tratar de AM realizado por pesquisadores, uma das limitações do estudo é a dificuldade de acompanhamento dos efeitos em longo prazo após a finalização da pesquisa. Sugerem-se investigações semelhantes a serem realizadas em outros locais para que possam reforçar e complementar os resultados deste estudo.

Colaboradoras

Medeiros CRG (0000-0001-9466-0437)*, Freitag AL (0000-0002-4858-4389)*, Martinez LSE (0000-0002-1301-3885)*, Saldanha OMFL (0000-0003-4189-4779)*, Grave MQ (0000-0001-7185-727X)*, Jager LK (0000-0003-2816-2231)* e Dhein G (0000-0002-9379-6479)* contribuíram para a concepção do estudo, coleta e análise dos dados, elaboração e revisão do artigo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. World Health Organization. World Health Statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: WHO; 2017.
2. Malta DC, França E, Abreu DMX, et al. Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. *São Paulo Med J*. 2017; 135(3):213-21.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 252, de 19 de fevereiro 2013. (Revogada pela PRT GM/MS nº 483 de 01/04/2014). Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. *Diário Oficial da União*. 20 Feb 2013. [acesso em 2020 mar 30]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado [internet]. *Diário Oficial da União*. 2 Abr 2014. [acesso em 2020 mar 30]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html.
5. Raupp LM, Dhein G, Medeiros CRG, et al. Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. *Physis*. 2015; 25(2):615-34.
6. Castro CP, Oliveira MM, Campos GWS. Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(6):1625-36.
7. Barros JO, Gonçalves RMA, Kaltner RM, et al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2015; 20(9):2847-2856.
8. Cardoso AS, Nascimento MC. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010; 15(supl1):1509-1520.
9. Hirdes A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. *Ciênc. Saúde Colet*. 2010; 20(2):371-382.
10. Jorge MS, Sousa FSP, Franco TB. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(5):38-44.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.
12. Barembitt GF. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática 6. ed. Belo Horizonte: IFG; 2012.
13. Ponte HMS, Oliveira LCO, Ávila M. Desafios da operacionalização do Método da Roda: experiência em Sobral (CE). *Saúde debate*. 2016; 40(108):34-47.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. *Diário Oficial da União*. 22 Set 2017. [acesso em 2020 mar 30]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Portaria-n%C2%BA-2436-2017-Minist%C3%A9rio-da-Sa%C3%BAdA-Aprova-a-Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A9sica.pdf>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde [internet]. *Diário Oficial da*

- União. 22 Ago 2007. [acesso em 2020 mar 30]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Sobre pesquisas envolvendo seres humanos [internet]. Diário Oficial da União. 12 Dez 2012. [acesso em 2020 mar 30]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
 18. Frutoso MFP, Mendes R, Rosa KRM, et al. Gestão local de saúde em território de vulnerabilidade: motivações e racionalidades. *Saúde debate*. 2015; 39(105):337-349.
 19. Silocchi C, Jungues JR. Equipes de Atenção Primária: dificuldades no cuidado de pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. *Trab. Educ. Saúde*. 2017; 15(2):599-615.
 20. Bonomi A, Wagner EH, Glasgow RE, et al. Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): A Practical Tool to Measure Quality Improvement. *Health Serv Res*. 2002; 37(3):791-820, 2002.
 21. Figueiredo EN. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. São Paulo: UNIFESP; 2011.
 22. Heidemann ITSB, Boehs AE, Fernandes GCM, et al. Promoção da saúde e qualidade de vida: concepções da carta de Ottawa em produção científica. *Ciênc. Cuid Saúde*. 2012; 11(3):613-19.
 23. Liljas AEM, Walters K, Jovicic A, et al. Strategies to improve engagement of 'hard to reach' older people in research on health promotion: a systematic review. *BMC Public Health*. 2017; 17(1):349.
 24. Máximo EAL, Souza HNF, Freitas MIF. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. *Ciênc. Saúde Colet*. 2015; 20(3):679-88.
 25. Fortuna CM, Midhima SM, Matumoto S, et al. O trabalho de equipe no programa saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005; 13(2):262-268.
 26. Cardoso JR, Oliveira GN, Furlan PG. Gestão democrática e práticas de apoio institucional na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2016; 32(3): e00009315. [acesso em 2020 mar 30]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n3/0102-311X-csp-32-03-e00009315.pdf>.
 27. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 14:863-70.
 28. Borelli M, Domene SMA, Mais LA, et al. A inserção do nutricionista na Atenção Básica: uma proposta para o matriciamento da atenção nutricional. *Ciênc. Saúde Colet*. 2015; 20(9):2765-2778.
 29. Campos RTO, Campos GWS, Ferrer AL, et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2012; 46(1):43-50.
 30. Medeiros CRG. Rede de cuidado em saúde: o dilema dos pequenos municípios [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013. 201 p.
 31. Campos GWS, Cunha GT, Figueiredo MD. Práxis e Formação Paideia: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.
 32. Malta DC, Merhy EE. The path of the line of care from the perspective of non-transmissible chronic diseases. *Interface*. 2010; 14(34):593-605.
 33. Santos CW, Filho MCF. Agentes Comunitários de Saúde: uma perspectiva do capital social. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(5):1659-1667.
 34. Galud R, Horsburgh S. Are some health professionals more cognizant of clinical governance development

- concepts than others? Findings from a New Zealand study. *J Public Health*. 2015; 38(2):363-370.
35. Mancia J, Cabral LC, Koerich MS. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. *Rev. Bras. Enferm.* 2004; 57(5):605-610.
36. Bowen JL, Provost L, Stevens DP, et al. Avaliação da Educação para a Assistência à Doença Crônica (ACIC-E): uma ferramenta para rastrear o re-design educacional para melhorar a educação em cuidados crônicos. *J Gen Intern Med*. 2010; 25(4):593-609.
37. Martins MM, Campos GWS. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciênc. Saúde Colet*. 2015; 20(1):229-238.
38. Saupe R, Cutolo LRA, Wendhausen ALP. Competências dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface*. 2005; 9:521-36.
-

Recebido em 01/08/2019

Aprovado em 10/03/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Atributos da atenção primária na saúde fluvial pela ótica de usuários ribeirinhos

Attributes of primary care in river health from the perspective of riverine users

Maura Cristiane e Silva Figueira¹, Wellington Pereira da Silva¹, Dalvani Marques¹, Jennifer Bazilio¹, Jessica de Aquino Pereira¹, Maria Filomena Gouveia Vilela¹, Eliete Maria Silva¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012516

RESUMO Este estudo teve como objetivo de avaliar os atributos da atenção primária na Estratégia Saúde da Família Fluvial na perspectiva de usuários ribeirinhos. Trata-se de uma pesquisa transversal e quantitativa, com dados coletados por meio do Primary Care Assessment Tool adultos versão reduzida e participação de 342 pessoas das comunidades. As análises foram pelos softwares Statistical Analysis System versão 9.4 e o Statistical Package for the Social Sciences versão 22. Nos resultados, o atributo mais bem avaliado foi coordenação-sistema de informações (8,95), e o pior foi orientação comunitária (2,51). Os atributos afiliação, coordenação-integração dos cuidados, integralidade-serviços disponíveis e prestados tiveram resultados insatisfatórios. As melhores avaliações dos atributos ocorrem em locais em que existem unidades de saúde fixas. O estudo mostra importantes considerações para o arranjo assistencial de equipes saúde da família fluvial, subsidiando políticas públicas para implantação e implementação de outras formas de assistência que alcancem as populações mais vulneráveis como no contexto ribeirinho.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Avaliação em saúde. Estratégia Saúde da Família. Política de saúde. Serviços de saúde. Serviços de saúde rural.

ABSTRACT This study aimed to evaluate the attributes of primary care in the River Family Health Strategy from the perspective of riverine users. This is a cross-sectional and quantitative survey, with data collected through the Primary Care Assessment Tool adults reduced version, and participation of 342 people from the communities. The analyzes were performed using the software Statistical Analysis System version 9.4 and the Statistical Package for the Social Sciences version 22. In the results, the best evaluated attribute was coordination-information system (8.95), and the worst was community orientation (2.51). The attributes affiliation, coordination-integration of care, integrality-services available and provided had unsatisfactory results. The best attribute assessments occur in locations where there are fixed health facilities. The study shows important considerations for the assistance arrangement of health teams of the river family, subsidizing public policies for the implementation and implementation of other forms of assistance that reach the most vulnerable populations, as in the riverine context.

KEYWORDS Primary Health Care. Health evaluation. Family Health Strategy. Health policy. Health services. Rural health services.

¹Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. mauracsf@gmail.com



Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) expressa a atenção ambulatorial não especializada oferecida em unidades de saúde. Funciona como porta de entrada no sistema¹, caracterizada por atividades de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica. Extrapola os limites da clínica, sendo apresentada em diversos formatos a depender dos contextos existentes nos países. Além disso, a exemplo do Brasil, a APS inclui as ações de saúde pública².

No Brasil, considera-se o termo ‘atenção básica’ para caracterizar as ações da APS, tendo como estratégia prioritária de atuação a saúde da família. A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo vínculo entre os usuários e profissionais dos serviços e contato constante com o território^{3,4}.

Um marco conceitual importante na APS foi proposto por Bárbara Starfield e compõe atributos essenciais e derivados. Os essenciais são o acesso de primeiro contato com os serviços de saúde; a longitudinalidade do cuidado ao longo do tempo; a integralidade, que são os diversos serviços ofertados para suprir os aspectos biopsicossociais do processo saúde-doença; e a coordenação da atenção, que pressupõe a integração do cuidado. Os atributos derivados são a orientação familiar, que considera a família como sujeito da atenção com potencialidades para o cuidado; a orientação comunitária, que é o reconhecimento das necessidades apresentadas pelas famílias em função do contexto geoeconômico e sociocultural em que vivem; e a competência cultural, que pressupõe a compreensão das características culturais dos usuários às situações de saúde facilitando a relação e a comunicação^{1,5}.

Com o objetivo de ampliar o acesso e criar modelos que pudessem atingir regiões mais difíceis, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria nº 2.191, de 3 de agosto de 2010, a ESF para o atendimento à população ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul-mato-grossense. Posteriormente, as Portarias nº 2.488, de 21 de

outubro de 2011, e nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, trouxeram novos critérios para a implantação das equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF) e Ribeirinhas (eSFR)^{4,6}. Os municípios responsáveis por essa população, dependendo das especificidades locais, podem optar entre os dois arranjos organizacionais para equipes de saúde da família, além daqueles existentes para o restante do País^{4,6,7}.

Em revisão de estudos com objetivo de examinar a avaliação da APS no Brasil, demonstrou-se que a maioria utilizou o Primary Care Assessment Tool (PCATool) como instrumento e que há insipiente quantidade de investigações nas regiões Norte e Centro-Oeste, o que evidencia que a avaliação no âmbito da atenção primária tem ocorrido de maneira desigual no País⁸.

Estudos sobre a APS, portanto, são importantes para avaliar o arranjo assistencial de saúde da família fluvial no contexto amazônico no norte do país, tendo em vista a dispersão populacional, diversidade geográfica e cultural nesses cenários, bem como pela escassez de estudos sobre esse tema e por fazer parte da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde no Brasil⁹.

Nessa perspectiva, tem-se como questão de pesquisa: qual a avaliação da APS na área de abrangência das ESF Fluviais em um município de médio porte que utiliza esse arranjo assistencial?

Propôs-se, como objetivo, avaliar os atributos da APS na ESF Fluvial na perspectiva de usuários ribeirinhos em município do estado do Pará. Este estudo se articula com a pesquisa de doutorado ‘Processo de Trabalho das Estratégias Saúde da Família Fluviais e Atributos da Atenção Primária em Saúde’ do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem (FEnf) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa com delineamento transversal e abordagem quantitativa, tendo

como campo de investigação empírica eSFF em suas áreas de abrangência, no município de Santarém – Pará. Esse tipo de estudo corresponde ao julgamento das práticas sociais, principalmente das resultantes da ação social planejada, tais como políticas, programas e serviços de saúde¹⁰.

O município de Santarém está situado na região oeste do Pará, norte do Brasil, com população de 304.589 habitantes em 2019, com densidade populacional de 12,87 hab./Km²¹¹. Situa-se na mesorregião do baixo Amazonas, sendo o centro polarizador da região oeste do Pará, área que abrange 722.358 Km² e abriga 27 municípios. No total, são 480 comunidades rurais, das quais 268 localizam-se nas regiões de rios e várzea, e 212 estão na zona de planalto; já a área urbana tem 48 bairros¹². Possui localização privilegiada, situado na floresta amazônica e na confluência dos rios Amazonas e Tapajós.

Nas regiões de rios, vive uma população de 50.950 habitantes que utilizam pequenas embarcações como meio de transporte¹². Nos distritos dos rios Tapajós e Arapiuns, estão vinculadas as eSFF a serem estudadas. Algumas comunidades são distantes do centro urbano cerca de 20 horas de viagem de barco/motor, passando por períodos de seca e cheia dos rios.

A rede de serviços de saúde na APS, no que se refere à saúde da família, de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Unidade Básica de Saúde (UBS), no período da coleta, era composta de: 40 Equipes de Saúde da Família (eSF), duas Unidades Básicas de Saúde Fluvial (UBSF) com três equipes, uma eSF Quilombola, 22 equipes de Estratégia de ACS e 23 UBS. Nas eSF, tem-se, no total: 45 médicos, 67 enfermeiros, 21 odontólogos e 629 ACS com cobertura de 51%¹².

Foram consideradas as três eSFF implantadas no município. A primeira equipe foi implantada em 2010, com área de abrangência no Rio Tapajós, chamada de Abaré, sendo a primeira embarcação no País credenciada pelo Governo Federal como ESF Fluvial. A designação de 'Abaré' foi sugerida pelos próprios comunitários da região que, em Tupi,

significa 'O Amigo Cuidador'¹³. Em 2012, foram implantadas mais duas equipes, com área de abrangência no Rio Arapiuns, chamada Abaré II. No território de abrangência, existem unidades de saúde em comunidades maiores para apoio assistencial em períodos em que as equipes fluviais não estão na área, sendo oito no Arapiuns e quatro no Tapajós, compostas por um enfermeiro e um técnico de enfermagem. Algumas comunidades foram cadastradas como indígenas no ano de 2017. As remoções de urgência e emergência das comunidades ocorrem por meio de ambulanchas (ambulâncias adaptadas para tráfego nos rios).

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi composto por dados socioeconômicos (idade, sexo, ocupação, local de nascimento, estado civil, escolaridade, número de filhos, de pessoas no domicílio, renda familiar, participação social e se recebem Bolsa Família), e por itens específicos relacionados com os atributos da APS que compõem o PCATool versão reduzida aos usuários dos serviços de saúde, que avalia os atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e derivados (orientação familiar e comunitária)^{14,15}. Esse instrumento mostrou-se mais adequado para avaliação da APS, pois proporciona subsídios para contribuir para a qualificação da atenção básica¹⁶.

Dos itens do PCATool-Brasil que compõem a versão completa (87 itens), 23 foram selecionados pela importância conceitual para a composição da versão reduzida^{15,17}. Avaliando a correlação entre os escores da versão reduzida e da completa, foi observado que estão correlacionados de forma positiva, indicando que a versão reduzida do instrumento pode, seguramente, avaliar os serviços de APS¹⁵.

Realizou-se um pré-teste com o instrumento na área ribeirinha, em que não há eSFF, havendo a necessidade de adequações de palavras utilizadas no instrumento para melhor compreensão dos participantes em função do contexto social, estrutural e geográfico das comunidades em que residem. Enfatiza-se que foi retirado do instrumento

o uso de telefone, pois a maioria das comunidades não possui esse recurso.

Foram incluídos os usuários maiores de 18 anos, moradores das comunidades da área de abrangência há, pelo menos, um ano, cadastrados nas estratégias. Foram excluídos os usuários que mudaram de comunidade há menos de um ano, mesmo sendo na área de abrangência das equipes, e usuários das comunidades que se autodenominavam indígenas.

A amostra de usuários para a aplicação do instrumento PCATool foi definida de acordo com o número de famílias das comunidades não indígenas da área de abrangência (amostra intencional representada por família), visto que o foco da ESF é a abordagem familiar.

O cálculo amostral foi realizado considerando a metodologia para estimação de uma proporção em uma população de tamanho finito¹⁸. Foi considerada uma proporção p igual a 0,50, uma população composta por 1.377 famílias nas três equipes, com erro amostral de 5% e um nível de significância de 5%. Com isso, o tamanho amostral obtido foi de 301 usuários/famílias, sendo coletados 342, dividido proporcionalmente de acordo com o número de famílias de cada equipe, sendo para o Abaré I, n : 141 participantes; Abaré II equipe 1, n : 93; e para a equipe 2, n : 108.

A coleta de dados foi realizada durante o acompanhamento de viagens das unidades fluviais para as áreas. A equipe de campo foi composta por três entrevistadoras treinadas (duas enfermeiras e uma técnica de enfermagem). No total, foram realizadas três viagens com as equipes, sendo a coleta realizada somente em comunidades consideradas não indígenas. Para atingir a amostra de usuários em cada área, houve a necessidade de mais três viagens para comunidades nas regiões do Tapajós e do Arapiuns. O estudo foi realizado no período de outubro 2017 a maio de 2018.

No instrumento, as respostas possíveis para cada um dos itens são: 'com certeza sim' (valor=4); 'provavelmente sim' (valor=3); 'provavelmente não' (valor=2); 'com certeza não' (valor=1); e 'não sei/não lembro' (valor=9). O

escore essencial é medido pela soma do grau de afiliação mais os escores médios de cada um dos componentes dos atributos essenciais divididos pelo número de componentes. O escore geral é medido pela soma dos escores médios dos componentes dos atributos essenciais mais os que pertencem aos atributos derivados mais grau de afiliação dividido pelo número total de componentes¹⁴.

Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo transformado em escala de 0 a 10, utilizando a fórmula: (Escore obtido - 1) $\times$ 10/3. Consideram-se altos os valores iguais ou superiores a 6,6, sendo equivalentes ao valor três ou mais (≥ 3) na escala Likert, enquanto valores menores que 6,6 foram considerados baixos¹⁴.

As respostas foram organizadas no *software* Microsoft Excel® for Windows, e para as análises foram utilizados o Statistical Analysis System (SAS) versão 9.4 e o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22. Realizou-se a dupla digitação com checagem dos resultados. Para a análise, procedeu-se à inversão dos valores dos itens C11 e D15 do PCATool-Brasil para: valor 4=1, valor 3=2, valor 2=3 e valor 1=4, pois, neles, quanto maior o valor atribuído, menor é a orientação para APS.

As variáveis qualitativas foram descritas por meio de frequências e porcentagens; e as variáveis quantitativas, por meio da média, desvio-padrão e valores mínimo e máximo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp sob o parecer nº 2.079.984, de 24 de maio de 2017. Os participantes foram identificados por códigos para garantia do sigilo.

Resultados

Foram entrevistados 342 usuários da ESF Fluvial do município de Santarém - Pará. O perfil socioeconômico dos participantes é apresentado na *tabela 1*.

Tabela 1. Perfil socioeconômico dos 342 usuários entrevistados de áreas das Estratégias Saúde da Família Fluviais. Santarém, PA, Brasil, 2018

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	272	79,53
Masculino	70	20,47
Idade (anos)		
18-24	29	8,47
25-29	38	11,11
30-34	31	9,06
35-39	66	19,2
40-44	32	9,35
45-49	29	8,47
50-54	26	7,60
55-59	26	7,60
≥ 60	74	21,63
Estado civil		
Casado	151	44,15
Divorciado	1	0,29
Solteiro	55	16,08
União estável	122	35,67
Viúvo	13	3,80
Escolaridade		
Analfabeto	17	4,97
Alfabetizado	21	6,14
Fundamental Incompleto	117	34,21
Fundamental Completo	42	12,28
Médio Incompleto	41	11,99
Médio Completo	90	26,32
Superior incompleto	4	1,17
Superior Completo	10	2,92
Situação laboral		
Aposentado	71	20,76
Do lar	76	22,22
Emprego formal	19	5,56
Emprego Informal	12	3,51
Lavrador	130	38,01
Pescador	34	9,94
Renda familiar (em salários mínimos*)		
0 + 1	223	65,20
1 + 2	84	24,56
2 + 3	29	8,48
3 + 4	6	1,75

Fonte: Elaboração própria.

*Valor do salário mínimo em abr./2019 no Brasil: R\$ 954,00.

A maioria dos usuários entrevistados é do sexo feminino (79,53%), com idades na faixa etária igual ou superior a 60 anos (21,63%) e de 35 anos a 39 anos (19,2%), casados (44,15%), com número de filhos de quatro (38,30%) a mais de cinco (29,82%), renda familiar abaixo de um salário mínimo (65,20%) e até um salário mínimo (24,56%). Em relação ao nível de escolaridade, possuem o ensino

fundamental incompleto (34,21%) e médio completo (26,32%). Sobre a situação laboral, por serem comunidades do interior, mais de 46% são lavradores ou pescadores.

Em relação à pontuação apresentada pelos usuários para os escores essencial e geral, tiveram valores de escores satisfatório (6,88) e baixo (6,57) respectivamente, de acordo com o valor de referência de 6,6 na avaliação (*tabela 2*).

Tabela 2. Escores atribuídos aos atributos da Atenção Primária à Saúde pelos entrevistados nas Estratégias Saúde da Família Fluviais. Santarém, Pará, Brasil, 2018 (n=342)

Atributos	Escores(Média)	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Afiliação	6,08	2,59	3,33	10,00
Acesso-Utilização	8,75	1,89	0,00	10,00
Acesso-Acessibilidade	6,81	2,46	0,00	10,00
Longitudinalidade	6,94	1,42	2,50	10,00
Coordenação-Integração dos cuidados	6,08	2,43	0,00	10,00
Coordenação-Sistemas de informação	8,95	1,93	0,00	10,00
Integralidade-Serviços disponíveis	5,07	2,58	0,00	10,00
Integralidade-Serviços prestados	6,36	2,50	0,00	10,00
Orientação Familiar	8,12	1,93	3,33	10,00
Orientação Comunitária	2,51	3,48	0,00	10,00
Escore essencial	6,88	1,13	2,67	9,79
Escore geral	6,57	1,14	2,81	9,83

Fonte: Elaboração própria.

O atributo com melhor avaliação foi coordenação-sistema de informações com escore 8,95; e com mais baixo foi orientação comunitária (2,51). Os atributos que também ficaram com escores baixos foram: grau de afiliação (6,08), coordenação-integração de cuidados (6,08), integralidade-serviços

disponíveis (5,07) e integralidade-serviços prestados (6,36).

As análises realizadas nas variáveis e por equipe demonstram individualmente as fragilidades e potencialidades que podem ser compartilhadas entre elas (*tabela 3*).

Tabela 3. Associação entre a quantidade de usuários por valor de escore total de acordo com as variáveis equipe, embarcação, sexo, e agrupados de idade, estado civil, escolaridade e renda, Santarém, Pará, Brasil, 2018

Variável	Escore geral				p-valor*
	< 6,6		≥ 6,6		
	N	%	N	%	
Equipe					< 0,0001
Equipe Abaré I	66	46,81	75	53,19	
Equipe Abaré II:1	38	40,86	55	59,14	
Equipe Abaré II:2	93	86,11	15	13,89	
Embarcação					0,0007
Abaré I	66	46,81	75	53,19	
Abaré II	131	65,17	70	34,83	
Sexo					0,2412
Feminino	161	59,19	111	40,81	
Masculino	36	51,43	34	48,57	
Idade					0,0002
< 60 anos	173	62,45	104	37,55	
>= 60 anos	24	36,92	41	63,08	
Estado civil					0,0002
Sem companheiro	26	37,68	43	62,32	
Com companheiro	171	62,64	102	37,36	
Escolaridade					0,0628
Analfabeto – Fund. Inc.	80	51,61	75	48,39	
Fund. comp. – Médio inc.	48	57,83	35	42,17	
Médio comp. – Sup. comp.	69	66,35	35	33,65	
Renda (salário mínimo)					< 0,0001
Menor que 1	152	68,16	71	31,84	
1 ou mais	45	37,82	74	62,18	

Fonte: Elaboração própria.

* p-valor obtido por meio do teste Qui-quadrado.

Identificou-se associação significativa entre o escore geral e as variáveis equipe, embarcação, idade, estado civil e renda. Nas variáveis sexo e escolaridade, não houve associação significativa.

Observou-se proporção mais elevada de escore geral satisfatório nas equipes Abaré I e Abaré II:1, em comparação com a equipe Abaré II:2. Com relação à embarcação, obteve-se proporção maior do escore geral satisfatório na embarcação Abaré I. Na variável idade, proporção maior de usuários acima de 60 anos atribuiu escores satisfatórios. Relacionado com o estado civil, observaram-se proporções

mais elevadas no escore geral satisfatório em usuários sem companheiro. Na renda familiar, constatou-se proporção maior de pessoas que recebiam um salário mínimo ou mais, as quais atribuíram melhores valores de escores.

Discussão

A avaliação dos atributos da APS pode contribuir para melhor resultado e qualidade da assistência prestada à população, sendo utilizado como parâmetro para nortear gestores, profissionais e pesquisadores, bem como serve

de ferramenta para orientar a implantação e a implementação de políticas de saúde e avanços no sistema público de saúde¹⁹⁻²¹.

Existem evidências relacionadas com o impacto positivo da APS em países em desenvolvimento, além da associação entre o maior grau de orientação à APS e o aumento da efetividade dos sistemas de saúde, satisfação dos usuários, promoção da equidade, integralidade e eficiência²².

Sobre o perfil de usuários, destaca-se que a maioria é do sexo feminino (79,53%), com renda familiar abaixo de um salário mínimo (65,20%) e que relatou receber o benefício do Programa Bolsa Família (PBF), caracterizando vulnerabilidade socioeconômica na área. Mais de 40% relataram ter até o ensino fundamental incompleto. Tem-se que o nível de escolaridade é muito baixo entre os beneficiários do PBF, tendo mais de dois terços (69%) sem o ensino fundamental completo²³.

Quanto à avaliação dos atributos, o grau de afiliação do usuário com os profissionais das equipes mostrou-se insatisfatório (6,08) mesmo sendo substituída no PCATool a palavra 'médico' por outro profissional (enfermeiro ou técnico de enfermagem). Esse resultado pode relacionar-se com a troca frequente de profissionais das equipes, irregularidade nas visitas nas comunidades e grande demanda de população para atendimento, dificultando o vínculo entre profissionais e usuários. Em estudo realizado em Teresina, Piauí, verificou-se, no grau de afiliação, que 58,83% indicaram o médico da UBS como referência para seu atendimento, e 28,99% indicaram o serviço de saúde, sendo o escore desse atributo 6,28²⁴.

Sobre o acesso de primeiro contato, as dimensões acessibilidade e utilização referem-se ao uso da APS como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, e a capacidade da APS em lidar e resolver diferentes problemas influenciados pelo contexto social⁴. A porta de entrada no arranjo assistencial fluvial tem períodos programados. Em outras ocasiões, recorre-se às UBS presentes nas comunidades. Entretanto, o escore

do acesso-utilização foi de 8,75; e de acesso-acessibilidade, 6,81, referindo-se aos serviços da ESF Fluvial e da UBS das comunidades da área. Destaca-se que, quando a UBSF está na área adscrita ou quando a comunidade dispõe de UBS, o acesso torna-se facilitado, tendo dificuldades nos períodos e em locais em que não há tais estruturas para o atendimento dos usuários, demonstrando o quanto os arranjos são essenciais nessas áreas.

Estudo aponta que, em alguns locais, em que há populações vulneráveis, há dificuldade no acesso aos serviços de saúde, porém as redes sociais, de familiares, das comunidades e os costumes tradicionais são utilizados em diversas situações para a resolução ou amenização das necessidades em saúde²⁵.

Estudos realizados apontam o acesso-utilização com alto escore entre os atributos avaliados, porém a acessibilidade obteve escore baixo, sugerindo que o processo de trabalho da equipe no primeiro contato é muito bem avaliado e que a estrutura disponibilizada apresenta deficiências²⁶⁻²⁸. O baixo desempenho pode refletir barreiras geográficas e organizacionais dos serviços na APS, como horário reduzido de funcionamento das unidades, dificuldades encontradas para marcação de consultas e tempo de espera do atendimento²⁹.

O atributo longitudinalidade apresentou escore de 6,94, considerado satisfatório, demonstrando que os usuários têm as equipes como fonte regular de cuidados, apesar de haver rotatividade dos profissionais nas equipes. Boas avaliações por parte dos usuários da ESF reforçam que esse modelo de atenção possibilita a construção de vínculo e relação interpessoal entre profissional e usuário ao longo do tempo^{22,30}. O resultado desse atributo ajusta-se com o bom desempenho do grau de afiliação e do acesso na dimensão utilização, que depõe a favor da equipe, a qual não tem dificuldade de abordar os usuários para o envolvimento nas ações e serviços da ESF²⁴.

O atributo coordenação apresenta as dimensões integração dos cuidados e sistemas de informação. A integração dos cuidados foi

avaliada por usuários que, em algum momento, receberam encaminhamento para serviços especializados. Esse atributo pressupõe a continuidade do cuidado, seja pelo mesmo profissional na APS, seja pelo reconhecimento da importância de problemas abordados em outros serviços³¹. Nos resultados, o escore atribuído à dimensão integração dos cuidados foi de 6,08, pressupondo dificuldades na referência e contrarreferência, principalmente em função dos deslocamentos para outros serviços.

Nesse contexto, sobre o fornecimento de informações por parte dos profissionais para que o usuário leve ao especialista ou serviço especializado, obteve considerável percentual de respostas positivas. Porém, quanto ao retorno das informações para as unidades, não há registro do especialista ao profissional que o encaminhou, sendo as informações relatadas pelo usuário, transmitidas segundo entendimento e linguagem próprios.

Na dimensão sistema de informação, sobre a disponibilidade do prontuário, a avaliação foi 8,95. No âmbito da ESF Fluvial, os usuários referem a disponibilidade no atendimento, sendo organizados por prontuário familiar e por microárea de ACS. A utilização do prontuário familiar possibilita o registro das informações de todos os membros da família, sendo um importante instrumento para a integração da equipe, e a disponibilidade durante os atendimentos é percebida como positiva pelos usuários³¹; e, quando não disponível, é considerado insatisfatório³².

Ao avaliar a integralidade, têm-se as dimensões serviços-disponíveis e serviços-prestados, que incluem ações de caráter biopsicossocial do processo saúde-doença bem como promoção, prevenção, cura/reabilitação e atenção em todos os níveis de complexidade²⁶. O valor do escore na dimensão serviços-disponíveis foi de 5,07; e serviços-prestados, 6,36, considerados baixos. A avaliação insatisfatória sugere a descontinuidade assistencial, assim como a não disponibilização de recursos e estrutura necessários para o atendimento das necessidades de saúde. O propósito da integralidade é de

que os profissionais percebam o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao contexto familiar, ao meio ambiente, à sociedade na qual está inserido, permitindo a elaboração de planos de cuidados que atendam às necessidades da população e contribuindo para melhor qualidade dos serviços prestados³³.

A orientação da APS ocorre, também, por meio de atributos derivados, que são a orientação familiar e a comunitária, avaliadas pelo PCATool, que tratam da estimulação da participação do usuário para sua autonomia, construção do cuidado individual e coletivo no território, no enfrentamento de situações que interferem na saúde, na organização dos serviços e estímulo ao controle social¹.

A orientação familiar apresentou escore alto (8,12), demonstrando que há o estímulo da participação dos usuários no planejamento e para sua autonomia. Em outros estudos, observou-se que o atributo, juntamente com a orientação comunitária, obteve escores muito ruins^{20,26,28,34,35}, sugerindo que os serviços atuam na lógica centrada no indivíduo, em práticas curativas, na ausência de contato com a população adscrita, de planejamento e avaliação, não contemplando a atenção à família nos serviços de saúde.

A orientação comunitária, que diz respeito ao conhecimento do contexto social no qual as pessoas vivem, obteve avaliação ruim apesar de considerar também o vínculo com as famílias, a participação no planejamento da assistência e o envolvimento comunitário. No PCATool, pergunta-se sobre os profissionais fazerem pesquisas sobre a satisfação dos usuários nos serviços ofertados, sendo que essa prática não é realizada nos serviços estudados. No contexto da ESF Fluvial, esse atributo foi avaliado com o valor mais baixo de todos (2,5). Tem-se que a participação social é uma importante ferramenta para empoderar as pessoas sobre seus direitos em relação aos serviços de saúde³⁶. A perspectiva do usuário, por meio de pesquisas sobre a satisfação, precisa ser considerada para o planejamento de ações que venham a suprir as suas necessidades de saúde.

Cita-se como limitação deste estudo que os resultados são referentes a três eSFF de um município, além da impossibilidade de coleta em todas as comunidades pertencentes às áreas de abrangência.

A importância da avaliação da APS constitui-se ferramenta para subsidiar o processo decisório, de planejamento, de repensar as práticas profissionais, reorganizar os processos de trabalho, aprimorar as redes de serviços em todos os níveis assistenciais, bem como para a efetivação e reformulação das políticas públicas e ações específicas, para arranjos assistenciais, que possam alcançar populações vulneráveis e com dificuldades no acesso e, consequentemente, nos demais atributos inerentes aos serviços em saúde. Destaca-se que a expansão de tais arranjos assistenciais, como no modelo de saúde fluvial, deve considerar a realidade e as necessidades de cada população, bem como a participação destas nas decisões que melhorem suas condições de vida.

Conclusões

Os resultados apresentados neste estudo mostram importantes considerações para o arranjo assistencial de eSFF, assim como servem para subsidiar políticas públicas para a implantação e implementação da APS e para aprimorar a assistência de modo a alcançar populações vulneráveis como no contexto ribeirinho.

A oferta dos serviços de saúde no município fica limitada por várias questões, como as grandes distâncias e dificuldade no acesso em alguns períodos pelas cheias e seca dos rios, reduzindo, portanto, as opções dos usuários. No entanto, para proporcionar a integralidade da assistência, fornecendo os recursos capazes de responder às necessidades dos usuários em sua área adscrita, o município aderiu a políticas ministeriais para abranger a população ribeirinha que são as ESF Fluviais e as UBS em comunidades maiores e estratégicas para o acesso geográfico.

Sabe-se que os serviços disponíveis não contemplam todas as demandas em saúde dos usuários, principalmente em uma região com características tão adversas, porém, identificou-se que metade dos atributos alcançou avaliação satisfatória (acesso-acessibilidade e utilização, longitudinalidade, coordenação-sistemas de informação, orientação familiar) demonstrando a valorização dos serviços que, apesar de escassos e com limitações, é a opção essencial para o atendimento das comunidades. Atributos, tais como o acesso e suas dimensões, foram avaliados de forma satisfatória destacando-se que, quando a UBSF está na área adscrita ou quando a comunidade dispõe de UBS, o acesso torna-se facilitado, havendo dificuldades nos períodos e em locais em que não há tais estruturas para o atendimento dos usuários, demonstrando o quanto os arranjos são essenciais, fundamentais e necessários para essas regiões.

O desempenho adequado da saúde da família fluvial depende da gestão dos serviços, do contexto social, cultural, econômico, geográfico e da participação dos usuários na construção de melhores processos de trabalho, do que é possível dispor, levando em conta todas as condições existentes.

Sobre o instrumento utilizado para a avaliação, tem-se que o PCATool versão reduzida demonstrou aplicabilidade prática, apresentando-se como importante ferramenta para a busca da melhoria da qualidade dos serviços em saúde. Entretanto, verificou-se ausência de características específicas, tais como terapias alternativas, parteiras, benzedeiras, puxadores, plantas medicinais e outras opções presentes no contexto amazônico.

Por fim, configura-se um cenário impactado pelas mudanças propostas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2017, em que as diferenças e dificuldades locais foram negligenciadas, levando ao descredenciamento de duas eSFF consideradas de alto custo para o município, levando-os à opção de permanência de equipes de atenção básica nas comunidades em que já existia o serviço

(enfermeiro e técnico de enfermagem), que podem significar portas de entrada fechadas, proporcionando menor acesso às populações ribeirinhas.

Os resultados deste estudo foram discutidos com gestores, trabalhadores e lideranças das áreas ribeirinhas, sendo formuladas propostas para organização do trabalho nas áreas para melhorar a assistência prestada aos usuários.

Agradecimentos

Aos usuários ribeirinhos e trabalhadores das equipes de Saúde da Família Fluvial da Secretaria Municipal de Saúde de Santarém – Pará. Ao MSc Henrique Ceretta Oliveira pela análise estatística. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

(Capes) pela concessão de bolsa de pós-graduação (nº 38P-4842/2018) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo financiamento da pesquisa (nº 142491/2017-9).

Colaboradores

Figueira MCS (0000-0001-9236-8299)* e Silva WP (0000-0001-8478-9171)* foram responsáveis pela concepção do artigo, redação, análise e interpretação dos dados, revisão da versão final. Marques D (0000-0002-4136-2564)*, Bazilio J (0000-0002-4926-7625)*, Pereira JA (0000-0002-4926-7625)*, Vilela MFG (0000-0002-5894-3365)* e Silva EM (0000-0001-7549-2677)* – redação, análise e interpretação dos dados e revisão crítica final. ■

Referências

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. [internet]. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002. [acesso em 2018 set 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf.
2. Lavras C. Primary health care and the organization of regional health care networks in Brazil. *Saude Soc*. 2011; 20(4):867-74.
3. Oliveira MAC, Pereira IC. Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(esp):158-64.
4. 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). [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. [acesso em 2018 jul 30]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
5. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005; 83(3):457-502.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. 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). [internet]. Diário Oficial da União. 21 Set 2017. [acesso em 2018 jul 30]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 837, de 9 de maio de 2014. Redefine o arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense [internet]. Diário Oficial da União, 9 Maio 2014. [acesso em 2018 jul 30]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2014/prt0837_09_05_2014.html.
8. Ribeiro LA, Scatena JH. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. *Saude soc.* 2019; 28(2):95-110.
9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde – APPMS [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 2020 maio 18]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf.
10. Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. [internet] Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. [acesso em 2018 ago 18]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xzdnf/epub/hartz-9788575415160.epub>.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatística por cidade e estado: Santarém (PA). [internet]. [acesso em 2020 abr 30]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/santarem/panorama>.
12. Santarém. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2016. Santarém: SEMSA; 2016.
13. Bernardes DCA, Oliveira FPA. Health & happiness project: health education for a better quality of life. *Revista Saúde e Desenvolvimento*. [internet]. 2012 [acesso em 2018 ago 10]; 1(2):8-27. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/44>.
14. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool - Brasil [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. [acesso em 2018 ago 5]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avalicao_pcatool_brasil.pdf.
15. Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J, et al. PCA-Tool-Adult-Brazil: a reduced version. *Rev bras med fam Comunidade*. 2013 [acesso em 2020 maio 25]; 8(29):256-63. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/823>.
16. Fracolli LA, Gomes MFP, Nabão FRZ, et al. Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(12):4851-60.
17. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, et al. Validation of the Primary Care Assessment Tool: PCA-Tool-Brazil for adults. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29):274-84.
18. Medronho R, Carvalho D, Bloch K. *Epidemiologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2008.
19. Araújo RL, Mendonça AVM, Souza MF. Perception of users and health professionals in the Federal District: the attributes of primary care. *Saúde debate*. 2015; 39(105):387-399.
20. Araújo LUA, Gama ZAS, Nascimento FLA, et al. Evaluation of the quality of primary health care from the perspective of the elderly. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(8):3521-32.
21. Mesquita Filho M, Luz BSR, Araújo CS. Primary health care and its attributes: the situation of children

- under two years of age according to their caregivers. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014; 19(7):279-95.
22. Oliveira e Silva CS, Fonseca ADG, Souza LPS, et al. The comprehensive nature of primary health care: evaluation from the user standpoint. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014 [acesso em 2020 maio 25]; 19(11):4407-15. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104407.
 23. Camargo CF, Currallero CRB, Lício EC, et al. Perfil socioeconômico dos beneficiários do Programa Bolsa Família: o que o Cadastro Único Revela? International Policy Center for Inclusive Growth. In: Campello T, Neri MC, editores. Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania. [internet]. Brasília, DF: Ipea; 2013. p. 157-77. [acesso em 2018 ago 5]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_bolsafamilia_10anos.pdf.
 24. Silva AN, Silva SA, Silva ARV, et al. Primary care assessment from a male population perspective. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71(2):236-43.
 25. Figueira MCS, Silva WP, Silva EM. Integrative literature review: access to primary healthcare services. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71(3):1178-88.
 26. Gontijo TL, Duarte AGS, Guimarães EAA, et al. Evaluation of primary care: the point of view of users. *Saúde debate.* 2017 [acesso em 2020 maio 25]; 41(114):741-752. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2017v41n114/741-752/pt>.
 27. Silva SA, Baitelo TC, Fracolli LA. Primary Health Care Evaluation: the view of clients and professionals about the Family Health Strategy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015; 23(5):979-87.
 28. Silva SA, Fracolli LA. The Family Health Strategy assessment: perspective of users in Minas Gerais, Brazil. *Saúde debate.* 2014; 38(103):692-705.
 29. Prates ML, Machado JC, Silva LS, et al. Performance of primary health care according to PCATool instrument: a systematic review. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(6):1881-1893.
 30. Kessler M, Lima SBS, Weiller TH, et al. Longitudinality in Primary Health Care: a comparison between care models. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71(3):1063-71.
 31. Carneiro MSM, Melo DMS, Gomes JM, et al. Assessment of the coordination attribute in Primary Health Care: application of the PCATool to professionals and users. *Saúde debate.* 2014; 38:279-95.
 32. Lima EFA, Sousa AI, Primo CC, et al. An assessment of primary care attributes from the perspective of female healthcare users. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015; 23(3):553-9.
 33. Paula CC, Silva CB, Tassinari TT, et al. Factors that affect first contact access in the primary health care: integrative review. *Rev pesqui cuid fund.* 2016; 8(1):4056-78.
 34. Paula FA, Silva CCR, Santos DF, et al. Evaluation of adult health care in a city pole of Vale do Jequitinhonha (MG). *Saúde debate.* 2015; 39(106):802-14.
 35. Mesquita Filho M, Luz BSR, Araújo CS. Primary health care and its attributes: the situation of children under two years of age according to their caregivers. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014; 9(7):2033-46.
 36. Fracolli LA, Muramatsu MJ, Gomes MFP, et al. Evaluation of the Primary Healthcare attributes in a municipality located in the countryside of São Paulo State – Brazil. *Mundo saúde.* 2015; 39(1):54-61.

Recebido em 13/08/2019

Aprovado em 05/05/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) – bolsa de pós-graduação (nº 38P-4842/2018); Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – financiamento da pesquisa (nº 142491/2017-9)

Participação universitária em defesa do Sistema Único de Saúde

University participation in defense of the Unified Health System

Fernanda Thayná de Souza Pinheiro¹, Natália Bastos Ferreira Tavares², João Paulo Xavier Silva², Aretha Feitosa de Araújo³

DOI: 10.1590/0103-1104202012517

RESUMO Uma das conquistas essenciais da Reforma Sanitária foi a participação social, o principal motor para promoção da igualdade, haja vista que, por meio desta, diferentes grupos na saúde obtiveram voz, preceito valioso da base democrática. No contexto universitário, a temática tem sido incorporada sob diversos aspectos, conformando um ambiente que polariza opiniões e proporciona reflexões que corroboram, ou destoam, os da reforma e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, este estudo teve por objetivo investigar e discutir a participação dos universitários visando à defesa e ao fortalecimento do SUS. Trata-se de um estudo de campo, do tipo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, sendo utilizada uma entrevista semiestruturada para coleta de dados, e o *software* IRaMuTeQ para o processamento. Para a apreciação, seguiu-se a análise categorial temática proposta por Minayo. Observou-se um conhecimento satisfatório quanto à importância da participação social em um contexto de movimentos sociais, porém, a participação ativa não ocorre de forma desejada ainda que seja em conferências e conselhos de saúde. Apesar das fragilidades, vislumbra-se um novo horizonte no qual a universidade seja um espaço que consolide este princípio do SUS.

PALAVRAS-CHAVE Participação social. Universidades. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT One of the essential achievements of Health Reform was social participation, the main driver for promoting equality, given that, through this, different groups in health have gained a voice, a valuable precept of the democratic base. In the university context, the theme has been incorporated in several aspects, forming an environment that polarizes opinions and provides reflections that corroborate, or contradict, those of the reform and consolidation of the Unified Health System (SUS). Thus, this study aimed to investigate and discuss the participation of university students in order to defend and strengthen the SUS. This is a field study, of the exploratory descriptive type with a qualitative approach, using a semi-structured interview for data collection, and the IRaMuTeQ software for processing. For the appreciation, the thematic categorial analysis proposed by Minayo was followed. Satisfactory knowledge was observed regarding the importance of social participation in a context of social movements, however, active participation does not occur in a desired way even if it is at conferences and health councils. Despite the weaknesses, a new horizon is envisaged in which the university is a space that consolidates this principle of SUS.

KEYWORDS Social participation. Universities. Unified Health System.

¹Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) – Fortaleza (CE), Brasil. fernandatsp@outlook.com

²Universidade Regional do Cariri (Urca) – Iguatu (CE), Brasil.

³Faculdade de Juazeiro do Norte (FJN) – Juazeiro do Norte (CE), Brasil.



Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) traz a solidificação de um conceito na saúde idealizado e debatido na Conferência Nacional de Saúde, que trata de princípios fundamentais como a universalidade, a integralidade e a equidade. O SUS, embasado pela Constituição Cidadã de 1988 originada do povo e para o povo, trata as necessidades individuais ou coletivas como de interesse público; e o atendimento, por obrigatoriedade do Estado, resultado de um movimento marcado por lutas sociais que plenamente reformou a saúde pública¹.

Um aspecto relevante da consolidação da Reforma Sanitária está na garantia da participação da comunidade nas ações de saúde, por meio da Lei nº 8.142/90, instituindo os conselhos e conferências de saúde, além do funcionamento de recursos financeiros². A participação popular emerge como um pilar na formação do SUS, no qual os conselhos de saúde devem ser compostos de 50% da população/usuários, 25% entre os trabalhadores, 25% entre prestadores de serviços e governo, destinados a formular políticas e estratégias para melhorar as condições de saúde do País³.

Além dos conselhos, as conferências de saúde, que devem ocorrer a cada quatro anos, também trazem a participação popular, estimulando discussões pertinentes à saúde e contando com a representação de diversos segmentos sociais. É válido afirmar que a participação social mediante o controle social se caracteriza como um importante direito, que, por meio das ações de vigilância e tomada de decisão, como observado nos conselhos de saúde, assegura o objetivo da promoção à saúde de modo coletivo⁴.

Além da participação disposta em lei, é essencial compreender a importância dos movimentos sociais na construção do SUS e a existência de interesse dos universitários sobre esse aspecto. A contemporaneidade da temática defesa do SUS se dá devido aos inúmeros ataques para a desconstrução e possível desmonte do sistema, marcado por aspectos como gestão ineficaz, pouco investimento e um

conjunto de forças para que seja desacreditada a relevância de um sistema de saúde público. O desmonte é movido por ideais neoliberais de estado mínimo e meritocracia, em um país evidenciado por desigualdades⁵.

Os movimentos sociais, em contrapartida ao desmonte, buscam reverter as injustiças causadas por pensamentos contrários à realidade de saúde do País. Esse movimento envolve trabalhadores, gestores, população, alguns parlamentares e aqueles que identificam a necessidade de prover direitos básicos às mais diversas classes ou tipos de indivíduos. Por isso, a universidade e seus alunos, sobretudo em cursos da saúde, devem estar atentos e participar ativamente na luta para a manutenção de um direito previsto na Constituinte⁵.

Partindo do entendimento de que a existência dos movimentos sociais independe da participação universitária, vale ressaltar as atividades de pesquisa e extensão que, voltadas à sociedade, reafirmam os princípios da democracia de participação ativa em movimentos sociais e gerais da população, capacitando de forma plena os sujeitos que lá estão inseridos. Essa formação global se dá por intermédio do contato com ciência, tecnologia, filosofia e arte, assim como em movimentos estudantis, perpassando o limite de formação profissional⁶.

Diante do exposto e da afirmação de que a participação social é de suma importância para a manutenção democrática do direito à saúde, surge a seguinte questão norteadora: como se dá a participação universitária no fortalecimento do SUS? Objetivando compreender essa participação no âmbito das conferências e conselhos de saúde, assim como dos movimentos sociais em favor do SUS, de causas políticas ou mesmo das atividades acadêmicas.

Parte-se do entendimento que a participação dos universitários na política, no interesse para movimentos sociais de consolidação do SUS, em conferências e conselhos de saúde e, de modo mais interno, nas atividades acadêmicas que fortalecem o SUS contribui para a formação social individual e coletiva. Ademais, eles atuam na consolidação do SUS.

O posicionamento do estudante pode se configurar como um reflexo de reafirmação ou de esquecimento do movimento da Reforma Sanitária. Portanto, essa percepção do acadêmico estará ligada à noção de saúde da população e poderá determinar o futuro da saúde pública nacional. Estes que estão em processo de formação serão os futuros profissionais da saúde e, mais do que isto, cidadãos civis com possibilidade de tornarem-se líderes sociais e formadores dos que os sucederão; reflexo este que possivelmente persistirá nas demais décadas e motivo de interesse de pesquisa atualmente. Nesse sentido, este estudo busca investigar e discutir a participação dos universitários nos movimentos sociais visando à defesa e ao fortalecimento do SUS.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de campo, do tipo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido na Universidade Regional do Cariri (Urca) – Unidade Descentralizada de Iguatu (UDI), no estado do Ceará.

Os participantes da pesquisa foram estudantes do curso de Bacharelado em Enfermagem da UDI. A amostragem se deu de forma não probabilística, por acessibilidade ou por conveniência. A seleção dos acadêmicos se deu por sorteio aleatório simples. Os critérios de inclusão foram: estudantes regularmente matriculados no curso de Enfermagem da Urca-UDI e estudantes que estivessem nos últimos dois anos de conclusão do curso.

O quantitativo de entrevistas coletadas obedeceu à saturação das falas, em que se obteve um número de 90 estudantes para a amostra.

Após a coleta, os dados foram organizados, digitados e armazenados no programa Microsoft Office Word® versão 2016. Para dos dados quantitativos que se referem ao perfil do entrevistado, utilizou-se o Microsoft Office Excel®. Foi utilizado o *software* IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), versão 0.7, que

permite diferentes processamentos e análises estatísticas de textos produzidos. É importante ressaltar que o uso do *software* não é um método de análise de dados, mas uma ferramenta para processá-los, em que a interpretação fica a cargo do pesquisador.

Nesse sentido, os resultados encontrados foram categorizados por temática conforme Minayo, em que emergiram três categorias, denominadas: Participação dos universitários em causas políticas, movimentos sociais, conselhos e conferências de saúde; Interesse do estudante na participação em movimentos sociais visando à defesa e ao fortalecimento do SUS; e Participação em atividades acadêmicas e sua contribuição para a formação do ser social. Tais categorias foram confrontadas e discutidas de acordo com as publicações científicas disponíveis, comparando as semelhanças e as diferenças, com o intuito de validar as informações encontradas neste estudo.

Os participantes da pesquisa manifestaram seu interesse em participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e termo de Consentimento Pós-Esclarecido, atendendo, dessa forma, aos princípios éticos para pesquisa com seres humanos, conforme Resolução nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O estudo foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Urca por meio do Sistema Conep (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa)/Plataforma Brasil, sendo aprovado sob número de parecer: 3.197.629.

Resultados e discussão

Para compreender a participação dos universitários na manutenção do SUS, é necessário partir do princípio de que esta ocorre de diferentes vertentes e formas. Seja diretamente em conselhos, conferências de saúde e movimentos sociais, seja na própria instituição a qual o estudante integra, a participação se apresenta desde concepções até atuações a serem identificadas e apresentadas.

Participação dos universitários em causas políticas, movimentos sociais, conselhos e conferências de saúde

O principal instrumento para defesa e fortalecimento do SUS é o controle social, exercido pelas conferências de saúde e pelos conselhos, assim como pelos movimentos sociais que contemplam causas políticas e sociais da saúde. Portanto, torna-se necessário investigar e discutir inicialmente se esses alunos participam e compreendem a importância dessas ferramentas sociais.

Esta categoria apresenta as relações de

um papel social de caráter ativo, seja em movimentos sociais, causas políticas, seja em conselhos ou conferências de saúde. Após o processamento dos dados, identificaram-se 192 seguimentos de texto, 1.994 ocorrências, 641 formas, 405 hápax definidos por palavras que aparecem apenas uma vez no texto.

O método utilizado para o processamento que mais clarificou a participação social foi a nuvem de palavras. Tal método utiliza o conjunto de palavras mais citadas e as agrupa em forma de nuvem. Os termos de maior frequência são apresentados na nuvem de palavras abaixo (*figura 1*).

Figura 1. Nuvem de palavras obtida mediante texto produzido pelas falas deste tópico



Fonte: Elaboração própria derivada do IRaMuTeQ.

Pode-se identificar, por meio da organização de cada expressão nessa nuvem de palavras, que a maior parte dos estudantes compreende os termos integrados a participação em movimentos sociais, causas políticas e participação em conselhos de saúde. Porém, a participação ativa ocorre principalmente em movimentos sociais, que são importantes lutas que tratam

dos mais diversos problemas de desigualdade e injustiça social, sendo, portanto, os geradores e o propulsores de diversas conquistas de direitos, como observado na Reforma Sanitária por meio da criação do SUS. Atuam de modo articulado e coletivo, tirando os atores sociais do comodismo e criando perspectivas e soluções para tornar a sociedade mais justa⁷.

[...] para defendê-lo e lutar por esse direito social que a gente muitas vezes acaba esquecendo. (E_4).

Para lutar pelos nossos direitos, e ir à rua lutar e dizer as pessoas o risco que todo mundo está correndo. (E_10).

Pela importância que o SUS tem na sociedade e pelo amor que sinto pela área da saúde. (E_41).

As falas apresentadas pelos universitários apontam para uma confirmação da importância do posicionamento na sociedade, visto que a Reforma Sanitária contou com participação ativa de diversos movimentos sociais, entre eles, o movimento estudantil e o apoio de universidades na construção de um novo capítulo da história do País, visando a um novo período democrático participativo. Essa luta é um marco para além do campo da saúde, mas também de caráter político e de inclusão social⁸.

Desse modo, é desejável que, para a manutenção do SUS, haja um engajamento social assim como os sanitaristas tiveram em outrora. Não é exclusivamente necessário que os movimentos sociais se oponham aos detentores de poder, mas devem colaborar para criar e implementar políticas públicas. Por intermédio dos movimentos sociais, o cidadão passa a ter o direito, e mais que isso, o dever de participar⁹.

Isso pode se dar de forma direta ou representativa, em conselhos ou manifestações, nas campanhas, em redes e nas ruas. É necessário promover o empoderamento para que haja um efetivo controle social, haja vista que a conquista desse direito, instituído por meio da Constituição Federal de 1988 e concretizado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.142, de 1990, é muito recente e não deve ser usado apenas como meio de formalizar a participação democrática¹⁰.

Os universitários deste estudo demonstraram participar de modo mais efetivo nos movimentos sociais e nas causas políticas que estão indiretamente ligados à saúde, como a causa de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (LGBT). Porém, isso não se aplica quando indagados acerca das

conferências e dos conselhos de saúde. Esse fato leva a refletir quais as possíveis interferências sofridas por cada aluno e o quanto a universidade contribui para essa formação, sem descartar as contribuições da sociedade para essa construção.

Um aspecto de caráter indispensável quanto à participação dos estudantes no campo da saúde está nas conferências e nos conselhos de saúde, visto que se configura como basilar na política social, por permitir que a população possa decidir, deliberar, avaliar e fiscalizar as políticas de saúde¹⁰.

O baixo índice de participação nos conselhos de saúde pode ser explicado inicialmente pelo descompromisso dos gestores em seguir o que é idealizado para a verdadeira função de um conselho, e, por conseguinte, no baixo interesse da população. Os conselhos são parte do controle social no âmbito da gestão no SUS; e, por esse motivo, compor de forma ativa contribui para o seu fortalecimento¹¹.

Sendo as ferramentas do controle social, portanto, o principal instrumento de defesa e fortalecimento do SUS, a participação frágil dos universitários como sociedade civil e futuros profissionais nos conselhos e conferências exige medidas a serem tomadas, sobretudo em instituições públicas que também formam para o SUS. Entre as possíveis medidas, salienta-se uma maior discussão da temática, como proposto neste estudo. Trazer o tema para reflexão instiga a discussão e percepções de análise que potencializam a reconstrução da saúde pública e a manutenção do SUS em um *locus* circunscrito no ambiente universitário.

Interesse do estudante na participação em movimentos sociais visando à defesa e ao fortalecimento do SUS

A partir da identificação de que os entrevistados relataram maior participação em movimentos sociais, surge a necessidade de uma maior ênfase deste tema, pois compreender a importância desses movimentos na construção

do SUS é o primeiro passo para encontrar meios para sua manutenção.

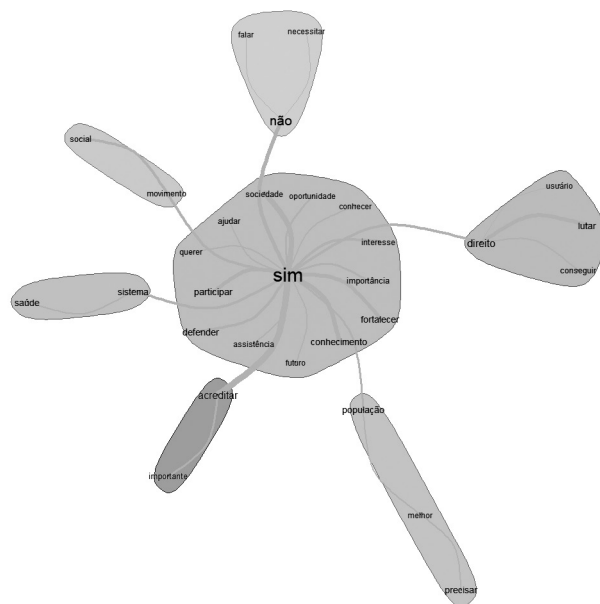
Os movimentos sociais na saúde e em defesa do SUS são o reflexo de uma sociedade civil que compreende a disparidade da realidade vivenciada pelos brasileiros. Na universidade, por intermédio de alunos, gestores e professores, os movimentos de fortalecimento da saúde devem corroborar a manutenção do direito básico de acesso igualitário, equânime e universal à saúde¹².

Por mais que não seja um movimento institucional, este tem-se propagado e ganhado forças no cenário político atual. Observou-se, por exemplo, o lançamento da campanha ‘SUS é Vida!’, financiada de forma partilhada pela União Europeia com o apoio da Agência

Católica para a Cooperação Internacional de Inglaterra e País de Gales, que busca sensibilizar a sociedade sobre a valorização do SUS e gerar um sentimento de pertencimento. Esse projeto visa ser implementado em um período de três anos por meio de vídeos, *posts* e *gifs* nas redes sociais, depoimentos sobre o sucesso do SUS, entre outros¹².

Nesse contexto, a árvore de similitude possibilitou uma análise para construção desta categoria (figura 2). No processamento dos dados no IRaMuTeQ, obtiveram-se 165 seguimentos de texto, 2.070 ocorrências, 215 hápax. Na computação estatística, a forma mais frequente foi ‘sim’ com 61 menções, em seguida, ‘SUS’ com 54 referências e ‘não’ registrado com 37 citações.

Figura 2. Árvore de ocorrência da análise de Similitude



Fonte: Elaboração própria

A maioria dos universitários referiu positivamente o interesse em participar de movimentos em defesa do SUS. As motivações são as mais diversas, predominando: como forma

de conhecimento; por que é um direito do usuário; para que o sistema melhore para a população que precisa; ou por acreditar ser importante.

Pode-se entender o interesse nessa específica forma de defesa do SUS como o primeiro passo para ações que, de algum modo, produzam contribuições efetivas contra o possível desmonte. Os alunos percebem ainda o caráter essencial desse sistema, podendo se configurar como princípio basilar de seu fortalecimento, e um posicionamento de grande valia diante da atual política. As falas a seguir ilustram esse contexto:

Justamente por ele ser uma necessidade e algo que as pessoas precisam. A maioria das pessoas são desacreditadas com o SUS, mas precisam. (E_5).

Porque acredito que o SUS está em um momento de fragilidade e sempre bom entender sempre mais o que o SUS tem como benefício. (E_86).

Durante a história nacional, avanços e recuos se seguiram até a afirmação da saúde como direito social, entretanto, o SUS possui diversas dificuldades para se firmar como algo importante e essencial na sociedade. É nesse sentido, em que as lutas para defesa do SUS surgem, tanto na criação como atualmente, no combate à privatização e à fragilização da democracia, que ampliam a miséria e encorajam o capitalismo desenfreado¹³.

Tal compreensão parte diante dos benefícios trazidos por esse sistema, sobretudo para a população mais carente. Diante de estratégias como a regionalização dos serviços de saúde facilitando o acesso, observam-se as ações na vigilância em saúde, na criação de programas como o Programa Nacional de Imunizações (PNI) ou ainda redes que, próximo à realidade de saúde, atuam por meio das equipes de saúde da família¹³.

Não se podem negar ainda os avanços trazidos com a utilização dos sistemas de informação nos campos da notificação, como mortalidade e internações hospitalares. Atendimento de média e alta complexidade, como criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), assistência farmacêutica, transplantes¹³.

Esses são apenas alguns exemplos dos diversos benefícios do SUS em várias áreas da saúde. Em uma população SUS-dependente, de um cenário caótico político, é fato que, com a fragilidade

instaurada, a relevância e a necessidade de efetivação dessa política social se tornam mais iminente.

Nesses 30 anos desde a criação o SUS, inúmeros ataques fragilizam e rompem com o entendimento de que é um sistema do povo e para o povo, e não só deve ser mantido, como também melhorado e valorizado. É responsabilidade da população estar a par do que é decidido a respeito de sua qualidade de vida e de seus direitos por meio de uma ativa participação.

Inicialmente, torna-se essencial conhecer o que se defende para então propagar o conhecimento e promover a saúde de modo consciente. Conhecer a história de saúde e os benefícios angariados desde sua instituição está ligado aos sentimentos de inconformismo com o sucateamento da saúde e estímulo para participação, como bem observado pelos alunos.

Porque ele seria uma forma de conhecimento e eu ia aprender, adquirir conhecimento e passar para outras pessoas. (E_81).

Tenho interesse sim acredito que pelo conhecimento que viria agregar [...]. (E_45).

Ao tratar o conhecimento e o quanto este afeta aos que são discriminados socioeconomicamente, Freire¹⁵ é a principal referência para que se discuta essa correlação. Para o autor, a consciência se configura como uma importante ferramenta para o entendimento da realidade, cujo principal instrumento é a educação. Dessa forma, não há cenário melhor para incluir a universidade do que na propagação desse conhecimento, pois ele é capaz de operacionalizar as mudanças necessárias para o viver democrático¹⁶.

Participação em atividades acadêmicas e sua contribuição para a formação do ser social

É sabido que a universidade está pautada em um tripé de ensino, pesquisa e extensão. Este integra a vasta gama de atividades presentes no meio universitário, o ensino por intermédio das atividades de monitoria, a pesquisa por

meio de projetos e da relação orientador-orientando e a extensão levando o conhecimento até a comunidade.

A caracterização do tipo de participação acadêmica em que os alunos mais se integram pode contribuir para identificar além da atividade extracurricular que mais está presente do cotidiano dos alunos, como o quanto esta colabora na ampliação do conhecimento e da ótica para o SUS e, por consequência, em sua formação social.

Independentemente de a participação ser voluntária ou remunerada, ser de extensão, pesquisa ou ensino, essas atividades são indissociáveis e se opõem ao método de aprendizagem tradicional. Buscam o desenvolvimento e a proatividade, tornando visível o diferencial entre os alunos que são envolvidos nessas práticas. A razão se encontra no fato de possuírem uma vivência como professor por meio das monitorias, pesquisador mediante pesquisas desenvolvidas e

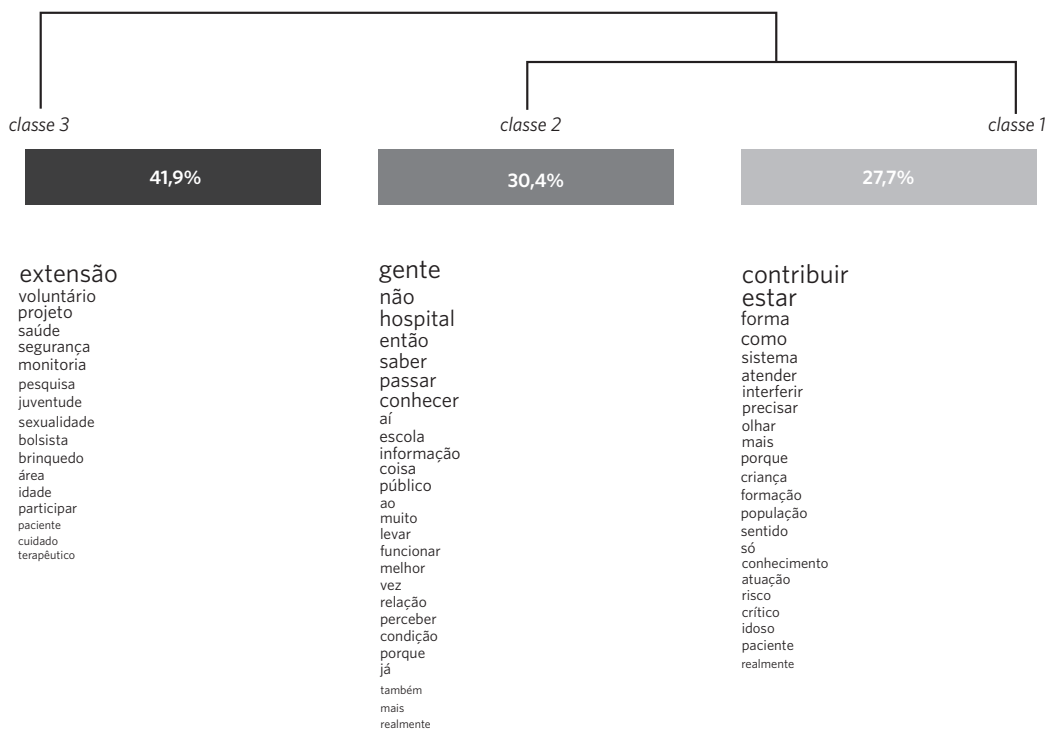
um cidadão social por intermédio da extensão¹⁷.

A conformação desta categoria resulta do processo analítico derivado do método de Reinert, no qual se formaram classes por conjuntos de termos que possuíram semelhança léxica por meio da lógica de correlação. Salienta-se que estas são apresentadas por um esquema hierárquico.

As classes foram nomeadas pela pesquisadora como Classe 1: Aspectos de contribuição social; Classe 2: Aprendizagem adquirida; Classe 3: Áreas de participação acadêmica. Segundo o dendograma apresentado (*figura 3*), da classe 3, derivam a classe 2 e 1. Portanto, por meio da área de participação, há um aprendizado e uma contribuição a ser realizada.

Nesse processo, foram gerados 246 seguimentos de textos, 2.561 ocorrências, 644 formas, 380 hápax. Extensão foi o termo de maior frequência, citado 61 vezes ao longo do *corpus*.

Figura 3. Dendograma obtido por intermédio da CHD



Fonte: Elaboração própria derivada do IRaMuTeQ.

A classe 3 (41,9%) apresenta o conjunto de respostas por meio das palavras: ‘Extensão’, ‘Voluntário’, ‘Projeto’, ‘Saúde e segurança’, entre outras. Portanto, a maior parte dos entrevistados integra projetos de extensão de forma voluntária. As outras ocorrências são ‘Monitoria’ e ‘Pesquisa’, citadas, respectivamente, 19 vezes e 17 vezes.

As aprendizagens adquiridas no exercício dessas atividades curriculares são identificadas na categoria 2, por expressar palavras como: ‘Gente’, ‘hospital’, ‘saber’, ‘passar’, ‘conhecer’, entre outras. Dessa forma, pode-se estabelecer que os alunos adquirem proximidade com o cenário de atuação profissional e, conseqüentemente, passam a conhecer mais sobre o funcionamento do SUS, além de enriquecer o saber adquirido durante a graduação, como observado nas falas:

Na formação acadêmica, com certeza, porque a extensão vincula a gente à realidade. (E_09).

Contribui na minha formação acadêmica e no SUS também porque no projeto [...], a gente percebe a dinâmica e como ocorre os processos, e como o SUS age naquela instituição. (E_19).

Com a questão de você fazer as ações dentro do hospital você acaba tendo um contato maior de como fica essa organização do SUS. (E_89).

Enquanto nos processos de contribuição dos alunos para a sociedade, presentes na classe 1, pode-se observar importantes palavras em tal contexto, que inferem a vivência nas atividades extracurriculares, atuam como forma de acrescentar no meio social caracterizado pelos seguintes termos: ‘Contribuir’, ‘Estar’, ‘Forma’, ‘sistema’, ‘Atender’, ‘Interferir’, ‘Precisar’, ‘Olhar’, entre outros.

Nos possibilita ter um olhar mais crítico para o que realmente está acontecendo. (E_50).

Projetos de extensão, por exemplo, têm caráter problematizador, sensibilizando o senso crítico

dos participantes para resolução de problemas referentes à saúde. (E_64).

A gente passa informação para eles, ajuda eles nos exercícios físicos e tudo mais. (E_75).

O alvo do projeto de pesquisa e extensão. São as pessoas que estão precisando realmente do SUS. (E_78).

A partir das falas, podemos apontar as reflexões de Martins¹⁸, em que a extensão se articula com o ensino e a pesquisa, proporcionando ao aluno colocar em prática aquilo que foi aprendido. Sendo a universidade um ambiente de convívio social, os projetos de extensão possuem um importante papel: o de levar conhecimento à sociedade. Outrossim, as implicações presentes na formação do estudante extensionista incluem desde a integralidade do cuidado até o benefício aos diferentes públicos dos projetos.

A participação ativa na própria universidade, desde o processo de formação profissional, demonstra o perfil desses estudantes acerca da proatividade individual e do interesse em sair de sua zona de conforto para aprender e contribuir para o meio em que este está inserido. Partindo desse entendimento, cada estudante também está inserido em um contexto de políticas de saúde públicas de uma sociedade; esse comportamento pode ser instigado e observado para além da instituição e aplicado na participação na defesa e no fortalecimento do SUS.

Há uma juventude sendo formada que deve ser orientada quanto à importância que tiveram as lutas passadas, como a Reforma Sanitária e a luta pelo direito democrático, para que haja a manutenção e o fortalecimento de um sistema que é a expressão de um bem comum para uma sociedade mais igualitária. Os novos profissionais devem ser levados ao questionamento, à reflexão crítica e à necessidade de posicionamento diante dos ataques à saúde como direito constitucional.

Quanto ao curso de Enfermagem, público-alvo deste estudo, há uma necessidade maior

em participar da saúde nessa perspectiva. Com o mercado de trabalho em alta competitividade, devido ao elevado número de profissionais, há uma urgência na formação de um profissional humanista, crítico e reflexivo, para que atue nos mais diversos níveis de cuidado à saúde, com o olhar social ampliado para lidar com as mais diferentes realidades presentes na sociedade em que o SUS está inserido¹⁹.

Considerações finais

A participação universitária no fortalecimento do SUS ocorre, principalmente, por meio dos movimentos sociais e, indiretamente, mediante participação em atividades de ensino, pesquisa e extensão. Apesar de o principal instrumento contribuinte para a manutenção do SUS ocorrer por intermédio do controle social, os estudantes não integram de modo satisfatório os conselhos e as conferências de saúde.

Esse fato se deve tanto pelo desconhecimento da importância de uma participação para sobrevivência da saúde pública quanto pela falta da individualização da responsabilidade social, apontando para uma fragilização de um pilar que sustenta o direito teórico e prático à saúde, que é o reconhecimento do poder e dever social.

A maior dificuldade para discutir essa temática e realizar esta pesquisa é o conhecimento

insipiente dos alunos, sobretudo a realidade de saúde e do próprio sistema público quanto aos ataques já mencionados neste estudo.

Considera-se, portanto, que deve ser buscada uma sensibilização dos estudantes para a participação em movimentos sociais de bairro, local ou regional além do estímulo à pesquisa da temática, fortalecendo a formação de seres políticos e, por conseguinte, o SUS.

Há ainda a necessidade de investigação e de produção de novos estudos que discorram de modo mais aprofundado esse tema, seja quanto às possíveis consequências dessa participação efetiva seja no que se refere à inércia dos universitários e das próprias universidades em relação à defesa do SUS.

Colaboradores

Pinheiro FTS (0000-0003-4748-7752)* contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento, para a análise e a interpretação dos dados; contribuiu significativamente para a elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo. Tavares NBF (0000-0002-1139-600X)*, Silva JPX (0000-0003-3082-9373)* e Araújo AF (0000-0001-9297-8281)* contribuíram igualmente para a elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Viacava F, Oliveira RADD, Carvalho CDC, et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2018 [acesso em 2019 abr 22]; 23(6):1751-1762. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1751-1762/>.
2. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências [internet]. *Diário Oficial da União*. 29 Dez 1990. [acesso em 2020 abr 6]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.
3. Lima DFD, Lima LA. O controle social no Sistema Único de Saúde: um olhar crítico à Resolução nº 453/2012. *Saúde debate* [internet]. 2017 [acesso em 2019 abr 2]; 41(115):1168-1176. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000701168.
4. Gadelha P. Conferência Nacional de Saúde: desafios para o país. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2015 [acesso 2019 abr 22]; 31(10):2047-2058. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001202047.
5. Souza Pinheiro FT, Tavares NBF, Araújo, AF. Reflexões sobre o Sistema Único de Saúde: da gênese à crise contemporânea. *SANARE* [internet]. 2018 [acesso 2019 abr 22]; 17(2). Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1265>.
6. Monfredini I. As possibilidades de formação de sujeitos na universidade. In: Monfredini I. *A Universidade como espaço de formação de sujeitos*. Santos: Editora Universitária Leopoldiana; 2016. p. 7-20.
7. Costa LVVS, Brito MAP. A importância dos movimentos sociais na luta pelo sistema único de saúde (SUS): um recorte do fórum de saúde do rio de janeiro [internet]. In: *Anais do 7º. Seminário FNCPS: Saúde em Tempos de Retrocessos e Retirada de Direitos*; 2017. [acesso em 2019 abr 22]. Disponível em: <http://www.seer.ufal.br/index.php/anaisseminario-fncps/article/viewFile/3990/2823>.
8. Souto LRF, Oliveira MHBD. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde debate* [internet]. 2016 [acesso em 2019 abr 22]; 40(108):204-218. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000100204.
9. Carlos E, Dowbor M, Albuquerque MDC. Movimentos sociais e seus efeitos nas políticas públicas. *Balanco do debate e proposições analíticas*. Civitas [internet]. 2017 [acesso em 2019 abr 22]; 17(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/civitas/v17n2/1984-7289-civitas-17-02-360.pdf>.
10. Krüger TR, Oliveira Santos A. Trinta anos da Constituição Federal e a participação popular no SUS. *Argumentum*. 2018; 10(1):57-71.
11. Busana JDA, Heidemann ITSB, Wendhausen ALP. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. *Texto Contexto Enferm* [internet]. 2015 [acesso em 2019 abr 22]; 24(2):442-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00442.pdf.
12. Araújo JL, Freitas M, Jacob R, et al. Sistema Único de Saúde e democracia: a enfermagem no contexto de crise. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2018 [acesso em 2019 abr 22]; 71(4):2187-92. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n4/pt_0034-7167-reben-71-04-2066.pdf.
13. Santos MA. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. *R. Katál* [internet]. 2013 [acesso em 2019 abr 22]; 16(2):233-240. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v16n2/09.pdf>.
14. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2018 [acesso em 2019

- dez 12]; 23(6). Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1723-1728/pt/>.
15. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
16. Paula EMAT, Santos K. A teoria de Paulo Freire como fundamento da Pedagogia Social. *Rev. Interfaces Científicas-Educação* [internet]. 2014 [acesso em 2019 abr 22]; 3(1):33-44. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/educacao/article/view/1629>.
17. Martins LM. *Ensino-pesquisa-extensão como fundamento metodológico da construção do conhecimento na universidade* [internet]. São Paulo: Unesp; 2012. [acesso em 2020 abr 22] Disponível em: http://pos.estacio.webaula.com.br/Cursos/POS452/docs/Ensino_pesquisa_extensao.pdf
18. Martins SN, Eckhardt VMT, Valandro NDA, et al. A contribuição da extensão na formação de universitários: um estudo de caso. *NUPEM* [internet]. 2015 [acesso em 2019 abr 22]; 7(12):193-207. Disponível em: <http://fecilcam.br/revista/index.php/nupem/article/viewFile/502/467>.
19. Oliveira FLB, Almeida Júnior JJ. Extensão universitária: contribuições na formação de discentes de Enfermagem. *Rev. bras. pesqui. Saúde* [internet]. 2015 [acesso em 2019 abr 22]; 17(1):19-24. Disponível em: <http://www.portaldepublicacoes.ufes.br/RBPS/article/viewFile/12445/8655>.

Recebido em 29/04/2019

Aprovado em 16/01/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

A Atenção Básica e os cuidados intermediários: um debate necessário

Primary Care and intermediate care: a necessary debate

Túlio Batista Franco¹, Luiz Carlos Hubner¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012518

RESUMO Este artigo pretende discutir a Atenção Básica, tomando como pressuposto a questão estrutural quanto ao seu escopo de atribuições. Isso tem sido tema de grande debate entre os formuladores de políticas, órgãos reguladores nacionais e internacionais, e constata-se que há uma tendência a considerar a Atenção Básica como um seguimento fundamental e estruturante da rede de serviços de saúde. Isso também significa superar a ideia já muito propagada de que a atenção primária tem foco em serviços de prevenção e promoção, com clínica básica, ofertando cesta reduzida de serviços, com objetivo de responder a algumas necessidades de grupos populacionais de baixa renda, sem a devida integralidade do sistema, com acesso a todos os recursos necessários ao cuidado.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Gestão em saúde. Cuidados críticos.

ABSTRACT This article aims at discussing Primary Care, based on the assumption of the structural question as to its scope of duties. This has been a topic of great debate among policy makers, national and international regulatory bodies, and there is a tendency to consider Primary Care as a fundamental and structuring follow-up of the health services network. This also means overcoming the already widespread idea that primary care focuses on prevention and promotion services, with basic clinic, offering a reduced package of services, with the aim of meeting some needs of low-income population groups, without proper completeness of the system, with access to all the resources necessary for care.

KEYWORDS Primary Health Care. Health management. Critical care.

¹Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil.
tuliofranco@gmail.com



Introdução

Este artigo pretende discutir a Atenção Básica (AB), tomando como pressuposto a questão estrutural quanto ao seu escopo de atribuições. Isso tem sido tema de grande debate entre os formuladores de políticas, órgãos reguladores nacionais e internacionais, e constata-se que há uma tendência a considerar a AB como uma rede de serviços absolutamente fundamental e estruturante dos sistemas de saúde. Isso significa superar a ideia já muito propagada de que

[...] a atenção primária é interpretada como um programa focalizado e seletivo, que oferta cesta reduzida de serviços, com objetivo de responder a algumas necessidades de grupos populacionais de baixa renda, mesmo sem garantir possibilidade de acesso a outros recursos do sistema¹⁽⁸⁶⁸⁾.

As concepções atuais têm colocado a AB em um lugar mais relevante, adotando o conceito de integralidade que traz a importante ideia de que deve haver uma rede de serviços conectada para garantir a oferta de serviços e o acesso, no atendimento às necessidades dos usuários.

[...] a APS [Atenção Primária à Saúde] é o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, que só refere os casos muito incomuns que exigem atuação mais especializada. A APS coordena, ainda, os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção. Starfield sugere os seguintes atributos para as práticas da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação¹⁽⁸⁶⁹⁾.

Embora haja uma centralidade maior para a AB na hora de pensar as políticas e a organização dos serviços de saúde, permanece um escopo de atribuições reduzido com relação aos atributos que poderiam ser imputados à rede básica, especialmente quando se trata de pensar os usuários, por exemplo, em condições

crônicas, que venham a ter uma piora na sua situação de saúde ao apresentar um quadro agudo. Pessoas com baixa autonomia e níveis elevados de dependência encontram pouco respaldo na AB para a continuidade do seu cuidado. Situações como essas revelam seus limites e colocam em questão a sua resolutividade e capacidade de ser a 'ordenadora da rede de serviços de saúde'. Entende-se que desse ponto há uma lacuna a ser preenchida, ou seja, a AB deveria ter a possibilidade de também dar continuidade ao cuidado nessas situações.

Neste sentido, pretende-se discutir neste texto a necessária expansão do escopo de atribuições da AB, supondo um aumento da sua resolutividade, atuando intensamente, também, em problemas de saúde relacionados às condições agudas e de baixa autonomia dos usuários. Nesses termos, pretende-se pensar em uma AB como uma rede robusta, capaz de ofertar atenção aos usuários desde o cuidado domiciliar e no território até a possibilidade de cuidados intermediários, capaz de atender, também, às necessidades dos subagudos, dos crônicos ou egressos de internação. Tal condição daria à rede básica de saúde uma alta potência na gestão do cuidado e, ao mesmo tempo, deve operar em rede com todo sistema de saúde.

Propõe-se discutir aqui, juntamente com o tema a AB, os cuidados intermediários e, em especial, um dispositivo muito difundido na Europa, os Hospitais Comunitários, cujas características e definição serão explicitadas à frente. Este texto propõe empreender uma discussão com base em três dimensões do problema, especialmente com foco na micropolítica da gestão e do trabalho em saúde. São elas:

1. A possibilidade de qualificação e expansão dos cuidados aos crônicos, contribuindo para isso os vários dispositivos de possibilidades, inclusive a ideia de 'Hospital Comunitário', nos termos do NHS (National Health Service) da Inglaterra², e tomando como subsídio também a experiência dos serviços de saúde da Itália e de outros países europeus. Esse equipamento estaria vinculado à AB como

mais uma instância de trabalho e ferramenta para o cuidado, atuando em rede, com uso massivo de tecnologias leves nos processos de trabalho.

2. Aumento do escopo de atuação da AB no que se refere ao cuidado à saúde. Para tanto, propõe-se utilizar os cuidados intermediários, aqueles que se situam entre a AB e a hospitalar.

3. A formação de uma rede operando sob a gestão do cuidado que garanta a formação das linhas de cuidado, especialmente a usuários portadores de condições crônicas ou egressos de internação hospitalar e que necessitam de ganhos de autonomia.

Para fazer esta discussão, procurou-se debater o tema referente à construção da AB, entendendo-a como uma instância de cuidado estratégica para o ordenamento da rede de saúde. É por considerar tal perspectiva que será considerado, no decorrer desta discussão, que a AB também incorpore os cuidados intermediários.

É fácil constatar que desde o movimento da reforma sanitária, na década de 1970, até os dias atuais, a AB tem sido o centro do discurso reformista e de construção do SUS. Esperava-se com a organização de uma pujante rede básica uma grande revolução, que passava pela inversão dos gastos do sistema hospitalar e da rede de média e alta complexidade para a atenção básica. Ao mesmo tempo, apostou-se fortemente na descentralização dos serviços de saúde para os municípios. Combinado a isso, sempre se perseguiu a ideia de que seria possível resolver em torno de 85% dos problemas de saúde da população com uma rede básica bem montada, equipada e pessoal treinado.

Após a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a Lei Orgânica da Saúde, aprovada em 1990, houve uma reorganização do modo de organização dos serviços, com a proposta do Ministério da Saúde (MS) de implantar o Programa de Saúde da Família,

em 1994, que se transformou na Estratégia Saúde da Família (ESF), em 2003. A nova modelagem resultou em um forte investimento de recursos na AB.

No ano de 2004, o PSF abrangia 80,2% dos municípios brasileiros, 4.600 municípios, proporcionando uma cobertura de 39% da população, o que correspondia a 69,1 milhões de pessoas. Quando publicada a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no ano de 2006, foram implantadas 26.729 Equipes de Saúde da Família (EqSF), em 5.106 municípios, cobrindo 46,2% da população brasileira, o que correspondia a cerca de 85,7 milhões de pessoas. Em síntese, ao longo de todo o período, o número de EqSF, 328, em 1994, ultrapassou 33 mil em 2012, atingindo uma cobertura da população brasileira (193.946.886) de 54,8%³.

A expansão da ESF ganhou ritmo acelerado nesse período específico, sendo que no

[...] final de 2013, constatou-se a presença de 36 mil equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), de 300 mil Agentes Comunitários de Saúde e de 23 mil equipes de Saúde Bucal (EqSB)³⁽⁹⁰¹⁾.

Ao mesmo tempo que houve uma mudança na organização dos serviços, o MS aumentou o repasse para a AB de forma substancial até o ano de 2014, como nos informa estudo feito pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). De acordo com o Ipea, os recursos destinados à AB passaram de 9,7% para 17,7%, no período de 1995 a 2011⁶. Isso foi decorrente da política prioritária do MS de fortalecimento das ações ou programas da AB, especialmente os incentivos financeiros para o Programa Saúde da Família. Os recursos destinados especificamente para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde evoluíram de 0,6% do total, em 1995, para 8,9%, em 2009⁴.

Podemos constatar que houve no Brasil, nesse período, um importante investimento na AB. Embora isso tenha sido muito positivo, com efeitos importantes na sua expansão, observa-se que não foi suficiente em relação

à aposta que se fez, de ver a rede básica como principal referência do sistema de saúde, ordenadora da rede de cuidado e com alta resolutividade, fazendo a gestão das redes que se conectam para o cuidado e constituindo linhas de cuidado no emaranhado da rede SUS. A questão que mais intriga nesse cenário é o fato de que, após vários anos de importante investimento, a AB não alcança o objetivo proposto de ser a real condutora dos processos de cuidado. Há algum problema estrutural que impede o desenvolvimento da rede básica, para que atinja o objetivo pensado na sua fundação, e que persiste ainda hoje, após todos esses anos desde a constituição do SUS.

No entendimento dos autores, identificaram-se duas questões que podem estar impedindo a AB de assumir sua principalidade na rede de serviços do SUS:

1º. Mesmo que tenha havido uma reorganização dos serviços de AB, com a instituição do Programa ou Estratégia Saúde da Família, essa mudança aconteceu apenas na estrutura de organização das equipes de trabalho, com baixo impacto no processo de trabalho. Este se limita a alterar o centro de gravidade da produção do cuidado da unidade de saúde para o território e o domicílio, prioritariamente. Mesmo que essa mudança seja importante, representa uma reestruturação produtiva, ou seja, muda o modo de produzir o cuidado. Ela é insuficiente para transformar a essência do trabalho, o seu núcleo tecnológico. Tais limites indicam, principalmente, que as diretrizes de reordenamento do processo de trabalho da ESF não conseguem orientar para que as equipes invertam seu processo de trabalho, mudando a centralidade das tecnologias de cuidado, com maior densidade das tecnologias leves no processo de trabalho⁵. Isso efetivamente não era tratado pelo MS, e, portanto, o próprio PSF continuava operando principalmente no modelo 'produtor de procedimentos', mesmo atendendo as pessoas no domicílio e, assim, operando da mesma forma o cuidado com

base no alto consumo de tecnologias duras, em detrimento das leves. Por essa razão, os fluxos produtivos do cuidado continuavam fortemente voltados à alta e à média complexidade e ao sistema hospitalar, mesmo que aqueles tenham reduzido uma pequena margem no seu financiamento federal em relação à AB.

2º. O escopo da AB permanece restrito e limitado a processos de prevenção e promoção da saúde, com a intervenção clínica, que ampliou em muitos lugares sua atuação, no entanto, ela permanece restrita na medida em que não há recursos suficientes para o atendimento ao agudo ou a pessoas com baixa autonomia, em processos nos quais seriam necessárias ações de recuperação e reabilitação. A discussão de cuidados intermediários problematiza o atual escopo de atribuições da AB. O que se discute, com base nas experiências internacionais, e mesmo na experiência brasileira, é a vinculação das ações de cuidado intermediário à AB, o que não significa um vínculo administrativo apenas, e às vezes nem isso seria adequado em muitos casos, mas uma conexão com fluxos seguros em rede, coordenado pela AB, ou seja, ela seria a gestora do cuidado, incluindo os cuidados intermediários na sua governabilidade. A AB com eficácia no cuidado ao agudo, e mesmo em situações de baixa autonomia, é a urgência do momento, especialmente ao se verificar o sucessivo crescimento da população idosa em relação à população geral, nas últimas décadas, que será discutido mais à frente. Assim, torna-se necessária uma reconfiguração dos serviços de saúde no Brasil, para atender às novas e importantes demandas dos serviços, principalmente aos cuidados aos crônicos e egressos de internação hospitalar, necessitando da continuidade do cuidado.

3º. A gestão do cuidado tem como pressuposto a constituição de redes que operam a partir do trabalho cotidiano, onde os trabalhadores

fazem os fluxos assistenciais acontecerem, e operam em conexão entre eles próprios e com os usuários. Nesse sentido, sugere-se observar que a micropolítica do processo de trabalho tem sido a referência importante para análise do funcionamento das linhas de cuidado. Essas linhas que refletem o percurso do usuário na rede de saúde são a expressão material e mais intensa dessas redes, mesmo que as redes normativas e protocolares tenham seu destaque como referência para esses fluxos. Entre as redes que regulam e as que são criadas no processo de trabalho cotidiano, há uma tensão constitutiva desses cenários, que são parte intrínseca do funcionamento dessas redes, porque são sempre o produto da ação dos trabalhadores.

Historicamente, os serviços de saúde no Brasil se organizaram de forma polar, ou seja, de um lado, a AB, e, de outro, a hospitalar. Não há entre ambos um serviço amplo, consistente, em larga escala, constituído como uma rede, com cuidados intermediários, que serviriam como uma instância de cuidado que poderia trabalhar no âmbito da recuperação e da reabilitação, cuidando de pessoas com sinais de agudização, em estado agudo e egressos de internação, ainda com baixa autonomia. A missão desses serviços, e mesmo os de uma Unidade de Cuidados Intermediários, seria a de elevar o grau de autonomia do usuário para que este retorne em segurança para o domicílio.

Viu-se até aqui que, no Brasil, vivemos um paradoxo que constata ter havido muito investimento na AB, especialmente na primeira década e meia deste século. São investimentos materiais que significam expansão territorial da cobertura, construção e reformas de prédios, assim como aumento de equipes; e em recursos imateriais, como a educação permanente e os programas de formação técnica dos trabalhadores. No entanto, mesmo com altas possibilidades de atender às necessidades de saúde nas comunidades onde de instala, há uma lacuna na atenção ao agudo e a pessoas com baixa autonomia. Ao que parece, a rede

básica chegou ao seu limite de possibilidades com relação ao atual escopo de atribuições, contando com os recursos assistenciais de que dispõe. Essa parece a principal discussão a ser tratada, quando se fala em cuidados intermediários vinculados à AB.

Reverendo a experiência de cuidados intermediários no Brasil

O fortalecimento da AB, sobretudo para o cuidado aos crônicos, coloca-se desde sempre como um fator importante para qualidade dos serviços de saúde. Hoje é uma emergência, especialmente diante do fenômeno de altas taxas de crescimento da população idosa, em razão da população geral no Brasil. Essa população mais susceptível às condições crônicas precisa encontrar respostas consistentes das redes de atenção à saúde, especialmente na AB, para o atendimento às suas necessidades. Assim, serviços com capacidade de operar com foco na recuperação e na reabilitação, especialmente fazendo uso central das tecnologias leves, no processo de produção do cuidado, são fundamentais para dar essa resposta.

Verificando o cenário demográfico dos últimos anos, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) informam que a população brasileira acima de 60 anos, no ano de 2.000, representava 8,2% do total; em 2017, são 12,5%; e projeta-se para o ano de 2030 um percentual de 18,6%. Já acima de 50 anos, hoje são 23,3%, e em 2030 serão 31,2% da população. Nota-se a importância de ter uma política eficaz no cuidado ao idoso, em especial, às doenças crônicas. Uma importante alternativa aos altos custos hospitalares e a um cuidado de melhor qualidade são os cuidados intermediários, que se situam entre a AB e a hospitalar. No Brasil, apenas recentemente teve regulamentação governamental, através da Portaria nº 895, de 31 de março de 2017⁶.

O MS do Brasil informa que, no ano de 2016, foram realizadas 11.282.302 internações hospitalares, sendo 7,1% de alta complexidade, e 92,9% de média complexidade, conforme classificação do MS. Os gastos correspondentes foram de R\$ 11.145.926.740,99, dos quais, 30,6% na Alta Complexidade e 69,4% na Média Complexidade⁷. Supõe-se que parte das internações de média complexidade poderia ser evitada se houvesse uma instância de cuidados intermediários, situada entre a AB e a hospitalar, capaz de ações de recuperação e reabilitação. Tal medida, além de produzir um cuidado mais eficaz, possivelmente reduziria custos ao sistema de saúde.

Uma melhor resolutividade na AB pode, efetivamente, reduzir internações desnecessárias e inadequadas, otimizando o uso de leitos, com possibilidade de aumentar essa oferta. Esse texto propõe uma discussão para sistematizar e analisar as experiências de cuidados intermediários existentes junto à AB no Brasil e em países parceiros europeus, especialmente vinculados a essa proposta. Os resultados da discussão devem servir para um debate em torno da ideia de incremento de ações e serviços junto à rede básica.

Os cuidados intermediários, tal como sugeridos aqui, os que se situam entre a AB e a hospitalar, podem servir para atender a uma demanda de problemas de saúde relacionada a casos em que o usuário tem necessidades de cuidado que estão acima das condições às quais a AB consegue atender, mas que, por outro lado, não se enquadram no perfil para a assistência hospitalar. Sendo assim, eles são capazes de oferecer um cuidado

mais adequado a esses usuários e, ao mesmo tempo, prevenir internações desnecessárias, trabalhando a recuperação e a reabilitação do crônico ou da pessoa com baixa autonomia.

O termo ‘cuidados intermediários’, no Brasil, tem sido usado para nomear os serviços que estão atrelados à linha de cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave, conforme Portaria do MS nº 895/2017. Nessa portaria, os cuidados intermediários se situam entre a unidade de internação e a Unidade de Terapia Intensiva:

A Unidade de Cuidado Intermediário – UCI é um serviço hospitalar destinado a usuários em situação clínica de risco moderado, que requeiram monitorização e cuidados semi-intensivos, intermediários entre a unidade de internação e a unidade de terapia intensiva⁸.

Para efeito deste artigo, cuidados intermediários são entendidos como aqueles que se situam entre a AB e o hospital, destinados a usuários em situação crônica e em processo de agudização, ou com baixa autonomia, necessitando de cuidados de reabilitação ou recuperação, para os quais os recursos disponibilizados em domicílio ou na AB são insuficientes. Nesses casos, seria inadequada e desnecessária uma internação em Hospital, local que deve ser reservado para internações em casos que necessitem de tecnologias hospitalares para o seu cuidado.

Os serviços de cuidados intermediários começam a ser definidos nos anos 1990, prevalecendo o que propõe a Sociedade Britânica de Geriatria, segundo a qual tais serviços devem atender a algumas condições, que seriam:

Quadro 1. Critérios para definição de cuidados intermediários

Serviços destinados àqueles indivíduos que necessitam de longa internação hospitalar, ou com risco de internação hospitalar, ou necessidade de assistência em residências	Serviços articulados sobre abordagem global destinada a desenvolver um percurso de cuidados individuais (PAI)	Serviços com o objetivo principal de máxima recuperação funcional e de retorno ao domicílio	Serviços prestados por um período normalmente não superior a 6 semanas	Serviços que adotem o método de trabalho interprofissional com um processo avaliativo baseado em protocolos compartilhados
PAI – Plano Individual de Cuidado				

Fonte: Le Cure Intermedie. Italian Journal of Medicine⁸.

Ainda segundo os autores, no âmbito da rede de serviços, algumas das formas possíveis e mais utilizadas de cuidados intermediários são: internação domiciliar; pós-agudização e cuidados de longa duração; Hospital Dia; cuidado de enfermagem domiciliar (residência sanitária e assistencial, casa protegida); Hospital Comunitário.

No Brasil, há vários Serviços de Cuidados Intermediários que têm uma função importante, embora seja necessário maior investimento e a sua ampliação. Alguns exemplos são os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), ‘Melhor em Casa’, as unidades e os hospitais de cuidados prolongados⁹, que se enquadram no perfil de cuidados intermediários citado acima. Apenas recentemente houve regulamentação governamental de cuidados prolongados e de SAD, estruturas equivalentes aos cuidados intermediários, conforme conceito apresentado aqui.

No Brasil, especificamente, o SAD tem como objetivos: a redução da demanda por atendimento hospitalar ou a redução do período de permanência de usuários internados; a humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários, a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde (RAS). É organizado por meio das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (Emad) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (Emap), devendo atuar de forma complementar aos cuidados realizados na AB, em serviços

de urgência e sendo substitutivo ou complementar à internação hospitalar. Foi lançado, em agosto de 2011, por meio da Portaria GM/MS nº 2.029, e atualmente é regulamentado pelas Portarias Consolidadas GM/MS nº5 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, tendo abrangência nacional, contando com aproximadamente 1.000 equipes que cobrem cerca de 26% da população brasileira. Entre os principais perfis atendidos pelo programa estão os pacientes com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), já estabilizados, mas ainda com necessidade intensiva de cuidados, os pacientes com sequelas de traumas (acidentes de trânsito e vítimas de violência) e os pacientes com doenças degenerativas ou ameaçadoras da continuidade da vida, especialmente aqueles em fase final de vida.

Experiências de cuidados intermediários e Hospital Comunitário

Uma tese da Universidade de Bolonha, Itália, informa que o conceito de ‘cuidado intermediário’ nasce na Inglaterra, no ano 2000, no National Beds Enquiry¹⁰. Discussões sobre esse tema aconteciam desde os anos 1990, e neste século o conceito entra definitivamente na política sanitária europeia. Segundo o autor, o objetivo desses serviços é o de evitar

internações desnecessárias ou inadequadas, atuando preventivamente no cuidado a usuários antes que se tornem agudos, ou nos cuidados a egressos de internação hospitalar, para que obtenham ganhos de autonomia para o retorno seguro ao seu domicílio.

Importa informar que, como já foi dito anteriormente, há muitos tipos de cuidados intermediários. Neste momento, passa-se a discutir principalmente o Hospital Comunitário, tratando-o como uma novidade que se coloca frente ao SUS, e suas necessidades e possibilidades de cuidado aos usuários. As atuais condições socio sanitárias do Brasil, especialmente com o crescimento da prevalência das condições crônicas, em razão da mudança do perfil censitário da população, indicam aumento da população idosa em relação à população geral do País. Tal situação nos coloca à frente da urgência de uma reestruturação produtiva no segmento da saúde, onde uma nova configuração das redes de atenção deve melhor responder às necessidades de saúde deste momento.

O Hospital Comunitário é uma Unidade de Cuidados Intermediários, situando-se, portanto, entre a AB e a hospitalar. Serve para internação de usuários com baixa autonomia ou em intercorrência da sua condição crônica. Nos protocolos ingleses e italianos, por exemplo, o período de internação em uma Unidade dessa deve estar dentro do período de até 6 semanas, podendo variar de acordo com a região ou o país. Muito difundido na Europa atualmente, ele tem sido um importante dispositivo na melhora do cuidado, especialmente ao crônico, ou egressos do hospital, mas ainda com baixa autonomia. Contribui de forma importante para o aumento da resolutividade da AB e é especialmente eficiente na relação custo-benefício, por incidir sobre a redução de internações desnecessárias e inadequadas em Hospitais Gerais.

Em exame no relatório de auditoria realizada sobre os serviços de cuidados intermediários, publicado no 'National Audit of Intermediate Care Summary Report 2015', na

Inglaterra, verificou-se que 70% dos usuários que recebem alta do Hospital Comunitário são encaminhados ao domicílio, revelando uma alta resolutividade, ou seja, demonstra que o objetivo de evitar internações no Hospital Geral está sendo cumprido. Outros 10% apenas vão para um Hospital Geral para agudos; e 8% para recuperação em casa, aproximadamente¹¹.

Na mesma direção do informe inglês, a eficácia do Hospital Comunitário no cuidado é comprovada em estudo realizado na Noruega, que comparou pacientes internados no Hospital Comunitário com aqueles do Hospital Geral, e conclui que:

O cuidado intermediário em um Hospital Comunitário diminuiu significativamente o número de readmissões para a mesma doença para o hospital geral e um número significativamente maior de pacientes ficou independente do atendimento comunitário após 26 semanas de seguimento, sem aumento na mortalidade e número de dias em instituições¹²⁽⁸⁾.

Ainda segundo esse estudo:

Os cuidados intermediários em um Hospital Comunitário parecem ser altamente efetivos. Em um sistema de cuidados de saúde moderno, o cuidado é cada vez mais especializado, fragmentado e focado em órgãos. Além da expansão de uma sub-especialização adicional na medicina moderna, os resultados deste estudo ressaltam a necessidade adicional de melhores sistemas de cuidados de *step-down* em um nível intermediário¹²⁽⁷⁾.

A Itália e, em especial, a Região Emilia-Romagna têm feito investimentos significativos na organização de serviços de atenção intermediária, incluindo o Hospital Comunitário.

Um informe da Região registra um quadro da rede de serviços da cidade de Modena, no qual é possível observar muitos pontos de convergência com situações vivenciadas nos serviços de saúde no Brasil: 1) 'o fenômeno do envelhecimento da população' e

o consequente aumento de incidência de doenças crônicas, que necessitam de políticas fortemente voltadas para esse cuidado; 2) 'a fragmentação do cuidado a essa população', resultando em dificuldades na assistência e risco de piora no quadro clínico; 3) 'internações hospitalares desnecessárias e inapropriadas', piorando as condições de cuidado do usuário e elevando a relação custo-efetividade na prestação de serviços de saúde; 4) 'a insuficiência na rede de serviços de saúde de estruturas para cuidados intermediários' destinadas ao usuário crônico ou ao egresso de internação hospitalar e que necessita de suporte para retornar para casa¹³.

O Plano Social e Sanitário de 2017-2019 da Região de Emilia-Romagna, Itália, define o Hospital Comunitário da seguinte forma:

uma estrutura com número limitado de leitos, gestão da enfermagem, e assistência médica é garantia pelo Médico de Medicina Geral, o Pediatra de livre escolha ou o Médico Servidor Público do Serviço Sanitário Nacional. Atende prevalentemente pacientes que necessitam de acompanhamento de enfermagem de forma continuada, ou de cuidados potencialmente ofertados em domicílio, mas que necessitam de internação nesta estrutura, na falta de estrutura e acompanhamento familiar no domicílio¹⁴⁽³⁷⁾.

Há um investimento importante da Região na organização de Hospitais Comunitários. O documento citado acima informa que existiam, em 2017, 13 Hospitais Comunitários, com um total de 230 leitos, exercendo atividades de cuidados intermediários em Emilia-Romagna.

Pela história e pela experiência no National Health Service inglês, na Noruega e na Itália, discutidas acima, é possível formar evidência quanto à eficácia e eficiência desses serviços, podendo servir de referência para se pensar um projeto de ampliação e qualificação dos cuidados intermediários junto ao SUS no Brasil, particularmente, pensando a implantação de Unidades de Cuidados Intermediários vinculadas à AB.

Todas essas questões de reorganização dos serviços de saúde devem ter como pressuposto uma importante intervenção na micropolítica do processo de trabalho, essência do modo de produção do cuidado¹⁵. Propõe-se pensar a questão também nessa perspectiva.

Considerações finais

Este texto pretendeu levantar um debate, e não fechá-lo aqui, que procura problematizar a AB, sobretudo a abrangência atual do seu escopo de atribuições, propondo que o mesmo seja estendido para abarcar um volume maior de atividades e dispositivos para o cuidado à saúde.

Os cuidados intermediários foram pensados para isso, tal como exposto aqui, como dispositivos de cuidado que se situam entre a AB e a hospitalar, fazendo mediação entre tais serviços, através de uma potente rede de cuidado, com fluxos seguros aos usuários. Especialmente a vinculação destes serviços com a AB parece a questão importante, pois significa uma reconfiguração da rede de serviços, em especial, o fortalecimento dos cuidados no âmbito local e das comunidades.

Espera-se, com isso, aumentar a resolutividade no cuidado aos crônicos, demanda cada vez mais frequente nas redes de serviços, e que deve ser prioridade, sobretudo com o fenômeno da transição demográfica, com o aumento significativo da população idosa em relação à população geral, aumentando a demanda para esse perfil de usuário.

Por outro lado, o Brasil traz uma importante experiência de cuidados, inscrita no Programa de Atenção Domiciliar (PAD), e os cuidados prolongados, que têm vários dispositivos assistenciais. Esses programas, embora significativos e regulamentados, ainda são insuficientes para atender à demanda existente e certamente crescente.

Espera-se ter suscitado com este artigo o debate sobre o tema que envolve o fortalecimento da AB e as mudanças estruturais na

forma de pensar e fazer os serviços de saúde, em que a questão do seu funcionamento cotidiano esteja em foco. Espera-se contribuir para inovações no campo da produção do cuidado, inserindo no debate da AB o dispositivo de cuidados intermediários como um elemento de mudança no rumo da sua qualificação e ampliação de possibilidades de cuidado.

Colaboradores

Franco TB (0000-0001-7372-5262)* e Hubner LC (0000-0001-7073-9888)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde soc.* [internet]. 2011 [acesso em 2020 maio 20]; 20(4):867-874.
2. NHS Benchmarking Network. National Audit of Intermediate Care: summary report 2015. Assessing progress in services for older people aimed at maximising independence and reducing use of hospitals. *Social Care* [internet]. 2015. [acesso em 2020 maio 30]. Disponível em: <http://www.scie-socialcareonline.org.uk/national-audit-of-intermediate-care-summary-report-2015-assessing-progress-in-services-for-older-people-aimed-at-maximising-independence-and-reducing-use-of-hospitals/r/a11G000000CTegOIAx>.
3. Mendes A, Marques RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*. 2014; 38(103):900-916.
4. Servo LMS, Piola SF, Sá EB, et al. Brasil em desenvolvimento 2011: Estado, planejamento e políticas públicas. Ipea: Brasília, DF; 2011.
5. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 1999 [acesso em 2020 maio 20]; 15(2):345-353. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X1999000200019&script=sci_abstract&tlng=pt.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 895, de 31 de março de 2017. Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrico, Unidade Coronariana, Queimados e Cuidados Intermediários Adulto e Pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 2017 Mar 31. [acesso em 2020 jun 2]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0895_26_04_2017.html.
7. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. [acesso em 2017 ago 15]. Disponível em: www.datasus.gov.br.
8. Salsi A, Calogero P. Le Cure Intermedie. *Italian J. Med*. 2010 [acesso em 2020 jun 9]; 4:57-62. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-88-470-1111-1_4.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- vel em: <https://www.italjmed.org/index.php/ijm/article/view/itjm.2010.57/253>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 7 Dez 2012. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_07_12_2012.html.
 10. Pieri G. L'Ospedale di Comunità nella Regione Emilia-Romagna: modelli organizzativi e valutazione della qualità dell'assistenza. [tese]. Bologna: Universidade de Bologna; 2016.
 11. NHS Benchmarking Network. National Audit of Intermediate Care: summary report 2015. Assessing progress in services for older people aimed at maximising independence and reducing use of hospitals. 2015. [acesso em 2017 set 10]. Disponível em: <http://www.scie-socialcareonline.org.uk/national-audit-of-intermediate-care-summary-report-2015-assessing-progress-in-services-for-older-people-aimed-at-maximising-independence-and-reducing-use-of-hospitals/r/a11G00000CTEgOIAx>.
 12. Garåsen H, Windspoll R, Johnsen R. Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomised controlled trial. BMC Public Health. 2007 [acesso em 2019 set 20]; 7:68. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1868721/#idm140430022376160title>.
 13. Servizio Assistenza Territoriale. Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare Um novo avanço no desenvolvimento da rede de serviços de assistência territorial e a implantação dos Hospitais Comunitários na Região Emilia-Romagna. Emilia-Romagna: RER; 2016.
 14. Itália. Região Emilia-Romagna. Plano Social e Sanitário de 2017-2019 da Região de Emilia-Romagna: Ministério da Saúde; 2019.
 15. Franco TB, Merhy EE. Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.

Recebido em 01/10/2019
Aprovado em 05/05/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Edição de humanos por meio da técnica do Crispr-cas9: entusiasmo científico e inquietações éticas

Human editing using the Crispr-cas9 technique: scientific enthusiasm and ethical concerns

Anor Sganzerla¹, Leo Pessini²

DOI: 10.1590/0103-1104202012519

RESUMO Esta reflexão crítica se dá em torno da ética científica do Crispr-Cas9, e estrutura-se em cinco momentos: 1) inicia-se recordando o filme ‘Gattaca’ e o experimento de edição de embriões humanos por meio da técnica Crispr-Cas9, protagonizado por He Jiankui, no final de 2018, na China, e que chocou o mundo científico; 2) a seguir, faz-se uma incursão em busca de compreensão sobre a descoberta do Crispr-Cas9 e que tipo de implicações éticas traz à humanidade; 3) nessa etapa, fazem-se considerações em torno da pesquisa científica dessa revolucionária técnica de edição de genes, que tem que continuar e evoluir, mas respeitando diretrizes éticas; 4) necessita-se de diretrizes éticas para a governança das técnicas de edição do genoma humano – alguns princípios éticos gerais são propostos; 5) finaliza-se a reflexão apontando para a necessidade de fazer uma ciência com consciência, prudência e responsabilidade, para construir um futuro com esperança ética, evitando o alarmismo apocalíptico (tecnofobia) de um lado, bem como o utopismo tecnológico ingênuo (tecnoutopia) de outro.

PALAVRAS-CHAVE Bioética. Edição de genes. Sistemas Crispr-Cas.

ABSTRACT This critical reflection takes place around the scientific ethics of Crispr-Cas9, and is structured in five moments: 1) it starts by remembering the film ‘Gattaca’ and the experiment of editing human embryos using the Crispr-Cas9 technique, by He Jiankui, in late 2018, in China, and which shocked the scientific world; 2) next, there is an inroad in search of understanding about the discovery of Crispr-Cas9 and what kind of ethical implications it brings to humanity; 3) at this stage, considerations are made around the scientific research of this revolutionary gene editing technique, which has to continue and evolve, while respecting ethical guidelines; 4) ethical guidelines are needed for the governance of human genome editing techniques – some general ethical principles are proposed; 5) the reflection ends by pointing to the need to make science with conscience, prudence and responsibility, to build a future with ethical hope, avoiding apocalyptic alarmism (technophobia) on the one hand, as well as naive technological utopianism (technoutopia) from another.

KEYWORDS Bioethics. Gene editing. Crispr-Cas systems.

¹Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) – Curitiba (PR), Brasil. anor.sganzerla@gmail.com

²Pontifícia Universidade Lateranense (PUL) – Roma, Itália. (in memoriam)



Introdução

Por um longo período, durante o século XX, a humanidade conviveu com medos e esperanças relacionadas com as possibilidades de intervenções genéticas no ser humano. A cada nova invenção e intervenção tecnológica no âmbito genético, uma nova onda de temores e esperanças surgia no horizonte. A lembrança da prática da eugenia dos anos 1920 fez com que o pessimismo tomasse o lugar da esperança quando se trata do aperfeiçoamento genético do ser humano. Uma série de filmes, bem como literatura clássica de ficção científica, lida de forma brilhante com esse cenário, no qual o ser humano, ao desejar assumir o controle da evolução, pode tornar-se facilmente escravo dela.

Justamente no apagar das luzes do século XX, uma notícia chocou o mundo com a revelação da façanha de conseguir o primeiro clone a partir de células de um animal adulto: surge a simpática ovelhinha Dolly, fruto do trabalho de longos anos de pesquisa dos geneticistas Ian Wilmut e Keith Campbell, em Edinburg, Escócia¹. Intensificam-se as discussões em torno de espinhosas questões éticas, tais como: a clonagem terapêutica, a possibilidade de clonagem de seres humanos, a utilização de células-tronco embrionárias, a produção de embriões para pesquisa, entre outras. A conclusão do mapeamento do genoma humano, no final do século passado e no início deste século, permitiu o surgimento de técnicas revolucionárias de modificação do genoma do ser humano, a chamada edição de genes.

Isaac Asimov, na sua obra intitulada 'O começo do fim', escrita no final da década de 1970, previa de certa forma uma nova fronteira para a medicina genética. Afirma o autor que "o avanço da engenharia genética torna praticamente possível que comecemos a desenharmos nosso próprio progresso evolutivo"²⁽³³⁾. Essa afirmação dita há pouco mais de 40 anos tornou-se ainda mais real em nossos tempos, pois o desejo humano de controlar o acaso e a imprevisibilidade da vida tornou-se mais factível diante dos avanços tecnocientíficos.

Se no passado, para saber a respeito do futuro, os indivíduos consultavam os astros, na atualidade, a consulta aos genes tem sido a aposta para prever o futuro, na esperança de decifrar totalmente o ser humano. Nesse sentido, a humanidade começa a ter em suas mãos ferramentas e conhecimentos no âmbito da biologia molecular, da genética e da aplicação da engenharia genética, que prometem revolucionar completamente a sua vida, bem como a vida dos seres vivos na face da terra. Vivemos em um momento crucial da história humana que alguns cientistas chamam de antropoceno, ou seja, a era em que o ser humano assume a responsabilidade por alterações genéticas em si próprio, bem como no planeta. Todo esse novo cenário se abre a partir de uma das mais importantes descobertas da humanidade no século XX, que foi a descoberta da dupla hélice do DNA, em 1953, por James Watson e Francis Crick³.

Em tempos de novos conhecimentos, de rápidas e profundas inovações tecnológicas no âmbito do genoma humano, surge, agora, o enigmático Crispr-Cas9, que promete revolucionar a área da genômica. Defrontamo-nos novamente, por um lado, com o entusiasmo dos pesquisadores e, por outro, com as inquietações éticas decorrentes das inúmeras possibilidades de manipulação da dignidade do ser humano⁴. O que ocorreu em relação à ovelha Dolly acontece novamente agora em relação a essa descoberta, ou seja, as esperanças e os temores caminham lado a lado, o que evidencia, como afirma Hans Jonas, o forte caráter ambivalente da técnica moderna⁵.

Essas possibilidades biotecnológicas fazem com que se multipliquem os eventos e as publicações científicas a respeito do tema, bem como suas implicações culturais, sociais e éticas. É preciso ter discernimento e sabedoria ética para não condenar precocemente uma descoberta científica que pode trazer um enorme potencial de benefícios à humanidade, embora tal descoberta não esteja isenta de comprometer a vida do ser humano no futuro. Em relação a essa perspectiva entre os avanços

tecnocientíficos e a ética, Potter, que é considerado um dos ‘pais da bioética’, afirma:

a humanidade necessita urgentemente de uma nova sabedoria que forneça o ‘conhecimento de como usar o conhecimento’ para a sobrevivência humana e para o melhoramento da qualidade de vida⁶⁽²⁷⁾.

Dessa forma, analisar a ética científica em torno da técnica do Crispr-Cas9 e a necessidade de fazer ciência com consciência, prudência e responsabilidade é o objetivo desta reflexão.

A película ‘Gattaca’ e edição de embriões humanos na China

Ao entrarmos no campo da genética e genômica, imediatamente nos deparamos com uma série de filmes explorados pela ficção científica, que povoam o imaginário popular, por vezes amedrontando, outras denunciando um futuro drástico para a humanidade. O perigo da eugenia, entre tantas outras perspectivas, geralmente mais apocalípticas do que portadoras de esperanças, tem ganhado destaque.

Entre os filmes de ficção científica, temos ‘Gattaca’ (1997), cujo nome foi criado a partir das iniciais das quatro letras G, A, T e C que identificam quatro tipos de bases nitrogenadas: Guanina (G), Adenina (A), Timina (T) e Citosina (C), com que se codificam os genes da dupla hélice da molécula do DNA. Trata-se de um filme sobre discriminação genética, mas, felizmente, ainda estamos longe daquela distopia anunciada por essa película. Na sociedade de ‘Gattaca’, a população está dividida entre os geneticamente válidos (que têm bons genes, escolhidos a dedo) e os inválidos (fruto do acaso reprodutivo), e, por isso, considerados como seres inferiores⁷.

Não é nenhuma surpresa que os primeiros nascimentos de bebês com DNA editado pelo Crispr-Cas9 tenham acontecido na China.

Com referenciais éticos e bioéticos praticamente inexistentes para guiar procedimentos científicos, e muito mais permissivos do que a maioria dos países desenvolvidos, esse contexto torna-se um paraíso natural para esse tipo de ousadia ou temeridade científica.

Em 26 de novembro de 2018, o pesquisador chinês, o biofísico He Jiankui, inquietou e chocou a comunidade científica mundial ao anunciar, via vídeo pelo YouTube, que tinha criado os primeiros bebês geneticamente modificados do mundo, implantados em uma mulher que deu à luz meninas gêmeas chamadas Lulu e Nana, nascidas, segundo o pesquisador, em novembro de 2018. Para Jiankui, o procedimento denominado ‘cirurgia genética’, utilizando-se da técnica do Crispr-Cas9, teria ocorrido de forma ‘segura’, e as gêmeas seriam ‘saúdáveis como qualquer outro bebê’. Em entrevista a Associated press⁸, Jiankui, após o anúncio, afirma: *“sinto a forte responsabilidade de não só chegar primeiro, mas também estabelecer um exemplo. A sociedade decidirá o que fazer a seguir”*, em termos de permitir ou proibir essa técnica científica. E acrescenta: *“eu entendo que meu trabalho é controverso, mas acredito que as famílias precisam dessa tecnologia”*, explica Jiankui.

Jiankui é visto pela comunidade científica como um franco atirador e um obcecado caçador de glórias⁹. Estudou na Universidade de Rice e na Universidade de Stanford, ambas nos Estados Unidos da América (EUA). De volta ao seu país natal, ele abriu um laboratório na Universidade do Sul, de Ciência e Tecnologia, em Shenzhen. Ele também tem duas empresas de genética.

Durante a ‘Conferência internacional sobre edição de genes’, em Hong Kong (27 de novembro de 2018), Jiankui explicou que seu objetivo não é curar ou prevenir doenças hereditárias, mas tentar criar uma característica que poucas pessoas têm: a habilidade de resistir a possíveis infecções pelo vírus HIV, o vírus da Aids. Os experimentos que levaram a geração de bebês com genoma ‘customizado’ pelo Crispr-Cas9 não constam em publicação oficial revisada

criticamente por outros cientistas, o padrão-ouro de confiabilidade e veracidade para a ciência moderna, o que redobra o olhar crítico sobre o que foi anunciado.

Imediatamente após a divulgação por Jiankui, as principais instituições mundiais de ciência e de medicina reagiram fortemente condenando esse feito ‘científico’, chamando a atenção para a urgente necessidade de criar proteções éticas e legais para impedir que experimentos não supervisionados como esse se repitam¹⁰.

O temor provocado por Jiankui não se limita à possibilidade de os bebês desenvolverem problemas de saúde inesperados – e, possivelmente, hereditários – nem às tentativas de produção de bebês alterados geneticamente com determinadas características físicas, intelectuais ou atléticas. Os cientistas temem que ocorra uma reação negativa por parte da sociedade à pesquisa com a edição genética que não envolve embriões e que representa um grande potencial de tratamento ou prevenção de doenças.

Uma das descobridoras da técnica Crispr-Cas9, Jennifer Doudna, bioquímica da Universidade da Califórnia, em Berkeley, em entrevista a Associated press⁸, afirmou que

ficou simplesmente horrorizada. Senti uma espécie de mal-estar físico. Foi fundamental que esse trabalho perigoso e gratuito tenha sido oficialmente reconhecido e considerado ilegal.

Continua Jennifer Doudna afirmando que esse anúncio confirma a existência de um

limite internacional para a conduta ética e científica para ajudar a garantir que esse tipo de trabalho – radical e desnecessário do ponto de vista médico e negligente – não volte a ocorrer.

O próprio governo chinês, em uma investigação preliminar do feito de Jiankui, afirma que este ‘violou gravemente’ as regulamentações éticas chinesas dessa área da genética.

Existem acusações sérias, segundo as quais o pesquisador chinês teria forjado documentos éticos de aprovação, utilizado métodos de edição genética pouco seguros e eficazes e evitado deliberadamente a supervisão. A Universidade de Ciência e Tecnologia do Sul, de Henzhen, rescindiu o contrato de trabalho com Jiankui e começou uma investigação em relação ao que foi anunciado. Considerou que a edição de embriões humanos pelo pesquisador violou seriamente a ética acadêmica e os códigos de conduta. A universidade declarou que está em profundo choque e tomou as medidas imediatas em busca de esclarecimento por parte de He Jiankui.

Mais de 120 cientistas chineses também assinaram um documento opondo-se aos experimentos do jovem pesquisador chinês. Esses cientistas declaram que ‘qualquer tentativa’ de fazer mudanças em embriões humanos implantados é ‘uma loucura’ e que dar à luz um bebê nessas condições é um ‘alto risco’. Em vários países do mundo, bioeticistas também classificaram o experimento como ‘monstruoso’, e que, sendo verdade o que foi comunicado, trata-se de uma grande irresponsabilidade, antiética e perigosa¹¹.

Pela reação frontalmente negativa tanto dos cientistas chineses como dos bioeticistas pelo mundo, e da comunidade científica internacional, ao que tudo indica, Jiankui agiu nas brechas do sistema regulatório relativamente permissivo da China. Os experimentos de Jiankui também devem ser lidos no contexto de um crescimento expressivo e rápido dos investimentos em pesquisa e do objetivo das autoridades políticas chinesas de transformar o país em uma superpotência científica e tecnológica.

Certamente, trata-se de uma questão muito complexa. Se levarmos em conta apenas as questões tecnocientíficas, a imaginação é simplesmente o limite. No entanto, se levarmos em consideração o bem-estar humano, a dignidade da pessoa, a sobrevivência e o futuro da humanidade, o limite que se impõe a ser honrado como um

imperativo, é a implementação de valores éticos que direcionem os experimentos nessa área científica.

A ciência é o estudo de como o mundo funciona, e a ética é o estudo do que devemos fazer para salvaguardar a vida em sua totalidade. As duas instâncias hoje se necessitam reciprocamente para assegurar a dignidade humana e um futuro digno para a humanidade.

Em que consiste a descoberta do Crispr-Cas9 e quais seriam as implicações éticas?

Após essas considerações iniciais, vejamos a grande novidade genética desta segunda década do século XXI. Trata-se do Crispr-Cas9, uma nova técnica revolucionária de edição do DNA que promete mudar profundamente o nosso mundo da vida. Estamos diante de uma sigla da expressão em língua inglesa *clustered regularly interspaced short palindromic repeats*. Trata-se de um acrônimo, cuja tradução em português é de difícil compreensão para os não especialistas: “repetições palindrômicas curtas agrupadas e regularmente interespaçadas”¹²⁽²⁰⁾. Ela funciona com uma proteína associada, a chamada Cas. Resumidamente, pode-se dizer que, por meio dessa técnica do Crispr-Cas9, é possível atuar diretamente no gene defeituoso, como um míssil teleguiado, atingindo as células-alvo. Nessa técnica, a enzima Cas9, uma nucleasse, corta as duas fitas da dupla hélice do DNA, abrindo o espaço para a inserção de um novo trecho. Já é possível uma edição ‘sem corte’ do DNA, muito útil para alterar uma única ‘letra’ do genoma¹³.

Trata-se de uma sequência de DNA bacteriano muito particular, com trechos curtos que se repetem a intervalos regulares, e que podem ser lidos da mesma maneira, mesmo que o sentido de leitura seja invertido (ou seja, como palíndromos), mas na linguagem do DNA. Essa nova tecnologia de edição de genes Crispr-Cas9 é descrita como uma ‘tesoura

molecular’ por sua capacidade de tornar feitos antes improváveis na engenharia genética em simples exercícios de cortar e colar.

Pela primeira vez na história, coloca-se ao alcance do ser humano a possibilidade de reescrever o código genético humano tanto nas células doentes do corpo quanto nos óvulos e espermatozoides que determinam o futuro de nossos filhos, dos filhos de nossos filhos e de toda a linhagem que emergirá deles. Ou seja, trata-se de um passaporte da humanidade existir no futuro.

A finalidade do uso dessa técnica seria de curar doenças genéticas na linha germinativa, quer dizer, não do próprio doente, e, sim, em seus filhos e em todos de sua descendência futura. O método foi testado com sucesso em ratos e macacos, por isso, os cientistas acreditam que seria a hora de estudar se tem utilidade médica em humanos. Por enquanto, essa técnica ainda é ilegal em todos os países que regulamentaram a embriologia humana e que têm a capacidade técnica necessária.

Existe atualmente uma grande batalha jurídica que envolve milhões de dólares em torno de quem descobriu e a quem pertence a patente do Crispr-Cas9. De um lado, temos as pesquisadoras Jennifer Doudna e Emmanuelle Charpentier da Universidade de Berkeley, na Califórnia, EUA; de outro, Junjiu Huang, da Universidade de Sun Yat-Sen, em Guangzhou, China. Nesta última universidade, a técnica do Crispr-Cas9 foi utilizada para a edição de um embrião humano para reparar um gene responsável pela beta-talassemia (uma doença sanguínea potencialmente ameaçadora de vida), utilizando-se embriões não viáveis, isto é, que não resultariam em nascimentos, pois tinham sido fecundados por dois espermatozoides.

Nesse experimento, publicado no periódico científico ‘Protein & Cell’, Huang et al.¹⁴ relatam que só conseguiram atingir seu objetivo em 4 dos 81 embriões utilizados. Diante desse resultado, o próprio Huang, como líder da equipe de cientistas, reconheceu que o experimento foi um fracasso, mesmo assim, defendeu a realização de novas experiências

para melhorar a precisão da técnica de edição genética conhecida como Crispr-Cas9. Diante de tantas iniciativas de pesquisa que começam a mexer com embriões humanos, com o uso das ferramentas biotecnológicas que têm o potencial de alterar o genoma humano, reacende-se o debate a respeito dos limites da ciência; e, nesse sentido, a bioética, com sua essência interdisciplinar, torna-se uma ferramenta indispensável na promoção do diálogo entre os diferentes atores.

Tal experimentação atualmente está sob moratória voluntária nos EUA e fortemente regulada na Europa. A geneticista Jennifer Doudna⁹, com prudência ética, afirma que, na prática, será necessário ainda muito tempo para podermos editar com segurança o DNA de um embrião humano, mas que essa potencialidade está no coração da técnica do Crispr-Cas9.

Alguns pesquisadores, em março de 2015, três anos antes da divulgação do ‘experimento científico’ de He Jiankui, publicaram um alerta na prestigiosa revista científica ‘Nature’, solicitando uma moratória total nos estudos que envolvam a manipulação genética de espermatozoides, óvulos e embriões humanos. Edward Lanphier, Presidente da Aliança para a Medicina Regenerativa¹⁰ é um dos cientistas que assinaram o artigo da revista. Afirma ele:

[...] não somos ratos de laboratórios, muito menos algo como um milho transgênico. Somos uma espécie única na natureza, com características próprias que nos trouxeram onde estamos. Quando discutimos a modificação de embriões, estamos refletindo sobre a alteração permanente da espécie. Por décadas, os países desenvolvidos debateram a modificação de genes em células reprodutivas e se posicionaram contra isso¹⁵⁽⁴¹⁰⁾.

Um novo pedido de moratória foi feito em março de 2019 por um grupo de especialistas de sete países, com a participação de 18 cientistas e eticistas¹⁶. Tal pedido, também publicado na revista científica ‘Nature’, reforça

a necessidade de adotar uma moratória sobre a edição do genoma humano. Tal proibição, no entanto, não deve ser aplicada para a edição de linhas germinativas para fins de pesquisa, desde que não haja a transferência do embrião para o útero, bem como para a edição do genoma em células somáticas humanas não reprodutivas para fins de tratar doenças. Afirma o documento:

nós clamamos por uma moratória global em todos os usos clínicos da edição da linhagem germinativa humana, isto é, mudança do DNA hereditário para criar crianças geneticamente modificadas¹⁶⁽¹⁶⁵⁾.

E acrescenta que a ‘moratória global’ não deve ser entendida como uma proibição permanente, mas sim o

[...] estabelecimento de uma estrutura internacional na qual as nações, embora retenham o direito de tomar suas próprias decisões, comprometam-se voluntariamente a não aprovar qualquer uso da edição clínica germinativa, a menos que certas condições sejam atendidas¹⁶⁽¹⁶⁶⁾.

O documento também pede para que se estabeleça um período em que não será permitido nenhum uso clínico de edição da linha germinativa, de modo a favorecer a reflexão das questões técnicas, científicas, médicas, sociais, éticas e morais envolvidas, em vista de definir uma estrutura internacional. Passado esse período, embora as nações possam adotar caminhos diferentes, todas elas concordariam em proceder de modo aberto, respeitando os desejos de toda a humanidade, visto que tal prática irá influenciar toda a vida no planeta.

Em um painel da Organização Mundial da Saúde, que tratou da técnica do Crispr-cas9 para a edição de genética, propõe-se que se faça um registro global de estudos que envolvam a edição do genoma humano e que os financiadores e editores de pesquisas exijam com que os cientistas nele participem¹⁷. Entretanto,

apesar dos esforços e dos apelos, na prática, nenhum mecanismo para assegurar o diálogo internacional a respeito da edição genética na linha germinativa, até o momento, foi criado; e, embora muitos cientistas estivessem cientes do perigo da utilização da técnica, eles também não se empenharam em tomar medidas necessárias para impedir a sua efetivação.

A edição do DNA nas primeiras fases da vida humana tem a potencialidade de nos livrar de doenças devastadoras, o que nos enche de otimismo em relação à continuação da pesquisa na área. No entanto, tal possibilidade também levanta muitas inquietações éticas ante a capacidade de criar sub ou super-humanos, formas sofisticadas de novas eugenias, além de possíveis doenças e desvios genéticos ainda não conhecidos que podem comprometer a vida humana no futuro¹⁸.

A alteração o DNA humano cria uma zona cinzenta que inquieta a humanidade em relação ao seu futuro. De um lado, temos centenas de milhares de pessoas que hoje sofrem de doenças de origem genética, que se beneficiariam com as pesquisas e aplicação dessa nova técnica do Crispr-Cas9 para a cura destas doenças. Por outro, trata-se de um empreendimento altamente arriscado quando ainda não temos um conhecimento profundo de como o DNA realmente funciona. Existem muitas pesquisas em curso que procuram entender como as diferentes peças do genoma humano funcionam juntas. Dos 20 mil genes do genoma humano, sabemos um pouco a respeito de apenas de 6 mil. Precisamos ainda progredir no conhecimento do nosso genoma, temos ainda muita coisa desconhecida. Considerando as regiões codificadas, temos apenas 2% do genoma conhecido¹⁹.

Estamos diante de uma realidade em que podem surgir cenários sombrios. Imaginemos a possibilidade de um cientista, muito bem-intencionado, desenvolver a cura para uma doença e aplicar essa nova técnica em centenas de milhares de doentes, sem antes saber que os efeitos colaterais podem ser devastadores e mesmo mortais. Ou seja, trata-se do caso

em que a busca da cura é muito pior do que a doença em si mesma. Esse cenário poderia ocorrer perante um cientista com boas intenções. Agora, podemos nos perguntar e imaginemos essas poderosas ferramentas nas mãos de *bio-hackers* sem escrúpulos, podendo agir como verdadeiros terroristas genéticos. Eles poderiam alterar o genoma da gripe, por exemplo, tornando-a mais potente e desencadeando uma epidemia que certamente colocaria em risco a vida de muita gente.

Existem grandes inquietações e preocupações quanto às questões éticas e de segurança em relação a essas técnicas de manipulação genética. A edição de genomas em embriões humanos usando tecnologias atuais pode ter consequências imprevisíveis e indesejáveis sobre as gerações futuras. Eticamente é inaceitável²⁰.

Entre os bioeticistas que refletem sobre essas novas técnicas de edição gênica em embriões, enfatiza-se que elas têm um grande potencial promissor, porque poderiam erradicar doenças genéticas devastadoras e incuráveis antes do bebê nascer. Outros mais cautelosos dizem que essa técnica ultrapassa uma linha ética de grande perigo, pois mudanças da linha germinal são hereditárias e poderiam ter um efeito imprevisível sobre as gerações futuras, além da ameaça sempre presente da prática da eugenia e da criação de 'super-raças'. Os processos científicos que interferem no genoma humano devem ser feitos com segurança, prudência, ética, transparência e controle social da sociedade. Além disso, os cientistas nunca devem perder a capacidade de se perguntar se o que estão desenvolvendo é realmente necessário de ser realizado e de ser implementado.

Nem tudo o que é tecnicamente possível de ser realizado é eticamente desejável, principalmente quando se coloca em risco questões de biossegurança identificadas com a própria genômica das gerações futuras. Não se trata de precaução exagerada, mas de responsabilidade ética em relação a procedimentos cujos resultados ainda não são seguros, e que podem colocar em risco a vida futura da espécie no nosso planeta. Falamos mais de prudência e precaução do que em temor, em uma perspectiva bioética. O problema é que,

pelo conhecimento que temos hoje, ainda que precário em várias áreas, já sabemos que certas modificações radicais inseridas no genoma humano poderão tornar-se irreversíveis, inviabilizando a reprodução da espécie. Ademais, diante de uma catástrofe dessas proporções, de quem seria a responsabilidade?

É por isso que precisamos de uma ética de proteção. A ‘Declaração universal sobre o genoma humano e os direitos humanos’ da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), ainda nos anos 1990, deixa claro que todas as pesquisas com o genoma humano devem levar em conta suas implicações éticas e sociais. Em um dos seus artigos, essa importante declaração internacional expõe algumas condições fundamentais para o exercício da atividade científica:

[...] incluindo o cuidado, a cautela, a honestidade intelectual e a integridade na realização de suas pesquisas, e, também na apresentação e na utilização de suas descobertas, devem ser objeto de atenção especial no quadro das pesquisas com o genoma humano, devido a suas implicações éticas e sociais. Os responsáveis pelas políticas científicas, em âmbito público e privado, também incorrem em responsabilidades especiais a esse respeito²¹.

É importante lembrar que, em uma perspectiva histórica evolutiva em medicina, nem todos os procedimentos realizados têm 100% de segurança ou eficiência. A evolução dos conhecimentos e tecnologias, aos poucos, faz com que essas intervenções sejam menos perigosas ou danosas para o ser humano, a exemplo da cesariana no início do século XVIII. Essa prática médica causava inicialmente a morte de quase todas as mulheres que eram a ela submetidas. Na atualidade, no entanto, tornou-se uma prática médica corriqueira e segura que salva a vida de mães e bebês. O mesmo ocorre em relação aos transplantes de coração, que, no início dessa inovação, há 30 anos, somente 25% dos transplantados sobreviviam. Atualmente, essa percentagem está acima de 85%, e o transplantado pode continuar a viver uma vida de qualidade com o novo órgão.

Uma regra clara é que quando uma determinada intervenção provoca mais benefícios que riscos ou danos potenciais, vale a pena ir adiante. Quanto à edição dos embriões, os riscos ainda são de tal monta que nem sequer podemos falar em benefícios, afirmam muitos pesquisadores da área, por isso do apelo à moratória internacional. Embora a moratória possa dar a impressão de censura ou limites ao progresso científico, com ela também podemos evitar a prática de aventureiros. É como se disséssemos que, no momento, somos livres para pensar, mas ainda não temos a liberdade para realizar. Esse processo, Jonas classifica-o como “freio voluntário”²²⁽²¹⁾.

A pesquisa científica a respeito do *gene editing* ainda precisa evoluir

Algumas notícias dos cientistas e pesquisadores dessa área genética que chegam ao público a respeito da técnica do Crispr-Cas9 informam-nos que ocorreram centenas de mutações genéticas inesperadas. É o êxito de um pequeno estudo publicado na ‘Nature Methods’, cujo título do artigo já denuncia o problema encontrado: *Unespected mutations after Crispr-Cas9 editing in vivo* (mutações inesperadas após a edição do Crispr-Cas9 in vivo)²³.

O experimento em discussão possibilitou a correção de um gene defeituoso responsável pela cegueira de dois ratos. Ao mesmo tempo, o seu DNA modificado apresentou mutações genéticas *off target* (inesperadas) em números muito superiores do quanto se esperava. Os ratos, não obstante as mutações constatadas, aparentam ser sãos e normais, mas isso não exclui possíveis consequências no futuro, por exemplo, que algumas dessas mutações induzidas se desenvolvam em formas tumorais.

Estão começando os primeiros protocolos de pesquisa em seres humanos, prestes a acontecer na China e nos EUA. Em 2016, no Reino Unido, foi dada permissão para um grupo de pesquisadores utilizar o Crispr-Cas9

em embriões humanos. Aguardemos, pois os resultados publicados devem ser replicados e confirmados para serem compartilhados com a comunidade científica.

A técnica de *gene editing* já foi aplicada em embriões humanos para torná-los mais resistentes ao vírus HIV, como vimos no início com o caso chinês de Hen Jiankui no final de 2018. Os resultados, até o momento, mostraram que o procedimento foi totalmente ineficaz. O próximo passo poderia ser a modificação da linha germinal, ovócitos e espermatozoides, como se todos os outros passos já estivessem sido realizados com sucesso, o que não é o caso. Sendo assim, isso nos faz pensar que talvez estaríamos mais próximos de uma previsão de horóscopo que de um anúncio com uma fundamentação científica credível.

Enfim, o debate a respeito da ética de seres humanos geneticamente engenheirados reacendeu-se novamente, assim, defrontamos com sérios questionamentos, tais como: devemos desenhar geneticamente nossos descendentes? Se for sim, como seria isso? Quais são os limites éticos claros desse novo poder e quais são os fins em direção aos quais deveríamos direcioná-lo? Quais são as nossas obrigações e deveres em relação às futuras gerações? Não deveríamos ter o controle sobre a evolução, de forma que nossos descendentes pudessem transcender a natureza humana, ou deveríamos considerar a natureza humana como um dom de nossos antepassados para a geração do presente, que devemos cuidá-la para o bem das gerações futuras?

Princípios gerais para a governança das técnicas de edição do genoma humano

A edição do genoma é uma nova ferramenta poderosa capaz de realizar alterações precisas no material de um organismo genético. Avanços científicos mais recentes tornaram a edição do genoma ainda mais eficiente, precisa

e flexível como nunca. Esses avanços causaram uma explosão de interesse em todo o mundo a respeito de caminhos possíveis em que a edição do genoma pode aprimorar a saúde do ser humano. A velocidade com que essas tecnologias avançam e são aplicadas tem gerado preocupações éticas e dúvidas em relação a quem deve governar essas tecnologias, bem como quando o público deveria ser engajado em tais decisões, entre outras²⁴.

A obra 'Editando o genoma humano: ciência, ética e governança', um importante documento da Academia Nacional de Ciências (ANC) e da Academia Nacional de Medicina (ANM) (EUA), lançado em 14 de fevereiro de 2017, é resultado de um intenso trabalho de mais de dois anos de um comitê *ad hoc* de peritos, no âmbito da biologia molecular e genética, examinando em profundidade as implicações clínicas, sociais, éticas e legais das tecnologias da edição de genes humanos²⁵. Entre as conclusões e recomendações desse documento, assinala-se que é importante levantar as questões do processo de edição do genoma humano; equilibrar os benefícios potenciais com os riscos não previstos; governar o uso da edição do genoma; incorporar valores da sociedade nas aplicações clínicas e decisões em relação às políticas públicas; respeitar as inevitáveis diferenças culturais entre as nações e culturas que estarão decidindo sobre o uso dessas novas tecnologias.

O comitê define também critérios que devem ser respeitados antes da permissão de pesquisa clínica de edição com células-tronco que recebemos como herança e apresenta algumas conclusões sobre a necessidade crucial para educação e engajamento do público, apresentando sete princípios gerais que se traduzem em uma série de responsabilidades que os pesquisadores necessitam considerar no processo de edição e governança do genoma humano.

Os princípios éticos gerais, bem como as responsabilidades decorrentes da observação desses sinalizadores de valores a serem respeitados, identificados nesse documento, são os seguintes:

1º – O princípio do bem-estar: busca apoiar e prover benefícios e prevenção de danos àqueles que são afetados pela pesquisa. Esse princípio, com frequência, na literatura bioética, identifica-se com os princípios da beneficência e o princípio da não maleficência. Em decorrência desses princípios, seguem as seguintes responsabilidades: a) procurar aplicações da edição do genoma humano que promovam a saúde e o bem-estar dos indivíduos, tais como tratar ou prevenir doenças, enquanto se busca minimizar os riscos às pessoas, nas aplicações iniciais com alto grau de incerteza; e b) assegurar um razoável equilíbrio entre riscos e benefícios para qualquer aplicação da edição no genoma humano.

2º – O princípio da transparência: exige abertura e partilha da informação de uma forma acessível e compreensível para com todos os envolvidos. As responsabilidades que seguem da aderência a esse princípio incluem: a) um compromisso com a revelação completa e adequada da informação; e b) participação pública no processo de elaboração de diretrizes relacionadas com a edição do genoma humano, bem como de outras tecnologias novas e que causam rupturas.

3º – O princípio do cuidado devido: diz respeito aos pacientes participantes em estudos de pesquisa ou que estejam recebendo cuidados clínicos. Traz como exigência que esses procedimentos sejam cuidadosos e deliberativos, e somente aplicados quando comprovados com evidências suficientes e robustas. As responsabilidades que decorrem desse princípio incluem um proceder cauteloso e a incrementação, sob apropriada supervisão, de modo que permita frequentes reavaliações à luz dos avanços futuros e opiniões culturais.

4º – O princípio da ciência responsável: procura sustentar os *standards* mais altos da pesquisa, desde a banca do laboratório até o leito do doente, em sintonia com as normas profissionais e internacionais. As responsabilidades que decorrem desse princípio incluem um compromisso com: a) alta qualidade de análise e do protocolo de pesquisa; b) revisão

adequada e avaliação dos protocolos e resultados da pesquisa; c) transparência; e d) correção da análise e dos dados falsos ou enganosos.

5º – O princípio do respeito pelas pessoas: exige o reconhecimento da dignidade pessoal de todas as pessoas, reconhecimento da centralidade da escolha da pessoa e respeito pelas decisões individuais. Todas as pessoas têm igual valor moral, independentemente de suas qualidades genéticas. As responsabilidades que decorrem desse princípio incluem: a) o compromisso com o valor igual de todas as pessoas; b) o respeito e a promoção do protagonismo pessoal no processo de decidir; c) um compromisso para prevenir a recorrência de formas abusivas de eugenia praticadas no passado; e d) um compromisso em eliminar os estigmas e preconceitos ligados à deficiência.

6º – O princípio da equidade: exige que casos iguais sejam tratados igualmente e que os riscos e benefícios sejam equitativamente distribuídos (justiça distributiva). As responsabilidades que decorrem desse princípio incluem: a) a distribuição equitativa dos ônus e benefícios da pesquisa; e b) o acesso amplo e equitativo aos benefícios resultantes das aplicações clínicas da edição do genoma humano.

7º – O princípio da cooperação internacional: apoia o compromisso de abordagens colaborativas em pesquisa e governança que respeite os diferentes contextos culturais. As responsabilidades decorrentes desse princípio incluem: a) o respeito pelas políticas públicas nacionais; b) a coordenação de procedimentos e *standards* regulatórios onde seja possível; e c) a colaboração transnacional e a partilha de dados entre diferentes comunidades científicas e autoridades responsáveis pela regulação.

O surgimento do Crispr-Cas9 provocou um aumento de pesquisa nas novas aplicações biomédicas para o tratamento e prevenção de doenças. Juntamente com tal desdobramento, essa nova onda de tecnologia de edição de genes trouxe também uma nova série de novas questões éticas que

precisam ser enfrentadas, de modo que as possíveis conquistas da tecnociência não se tornam verdadeiras ameaças à dignidade da vida humana nem da humanidade futura.

Para concluir: perspectivas de esperança em vista do futuro

Ao chegarmos ao término desta reflexão que buscou tratar da ética científica em torno da técnica do Crispr-Cas9, optamos por seguir a orientação do editorial da revista *'The Lancet'*²⁶ ao publicar o relatório da ANC e da ANM.

Uma primeira observação a ser feita é que o *report* coloca uma grande ênfase na importante distinção a respeito do objetivo-alvo em relação às células somáticas ou germinativas. A grande maioria das pesquisas biomédicas básicas é feita com células somáticas, não reprodutivas, como tais, e os riscos e preocupações éticas estão delimitados somente ao indivíduo. Uma vez que o sistema Crispr-Cas9 partilha muitas características com outros tipos de terapia gênica, a segurança e a infraestrutura reguladoras que já existem podem fornecer uma fundamentação suficiente para rapidamente mover a tecnologia no âmbito clínico.

De outro lado, a edição de células germinativas abre um quadro completamente diferente e desconhecido, bem como dilemas e perplexidades éticas. A edição de células germinativas tem um grande apelo em termos de habilidade de 'corrigir' mutações genéticas presentes nos genes das pessoas antes que estes genes sejam transmitidos à prole, com a promessa de erradicar condições ou doenças hereditárias. Ocorre que essa promessa é marcada por complexas questões éticas, entre elas: não é possível saber alguns dos caminhos que a geração de descendentes viáveis poderia ser afetada; como proceder quando o processo de edição não for bem-sucedido; bem como as características ou qualidades presentes no próprio conceito de *enhancement* como oposto a corrigir uma mutação prejudicial.

Embora o *enhancement* somático possa ter um valor terapêutico para uma pessoa, o aprimoramento de características ou capacidades por meio da edição de células germinativas levanta questões sobre eugenia e torna visível uma série indesejável de repercussões, tais como o tratamento que a sociedade daria aos indivíduos com deficiências, que teriam um acesso injusto a tais tecnologias, na base do status socioeconômico.

O documento da ANC e da ANM dos EUA apresenta também recomendações para ir adiante com a edição do genoma humano. Para tanto, deve-se buscar a promoção do bem-estar, o respeito, a equidade, além de respeitar os princípios da transparência, do cuidado devido e da ciência responsável para preservar o uso clínico e a pesquisa ética.

A cooperação internacional exigirá um diálogo franco entre os países envolvidos, agências reguladoras e comunidades científicas. Essas recomendações do *report* chegam em um momento crucial, pois a corrida por resultados está em curso, a exemplo do primeiro ensaio clínico usando a tecnologia Crispr-Cas9 para atingir células cancerosas aprovado nos EUA e do primeiro gene injetado num paciente editado por esta tecnologia na China.

A imediata aplicação clínica de edição do genoma será em células somáticas humanas para o tratamento ou prevenção de doenças e deficiências. De fato, tal pesquisa já está em testes clínicos nos EUA. Quanto à edição de células germinativas (óvulos e espermatozoides), não é o que se prevê neste momento. Os autores do *report* da ANC e da ANM são cautelosos ao afirmar esse procedimento:

[...] não seria atualmente aprovado, devido à incerteza a respeito da segurança e eficácia, a tecnologia está avançando rapidamente, e a edição de células germinativas, pode, num futuro não muito distante, tornar-se uma possibilidade realista que mereça serias considerações [...] existem circunstâncias em que a edição de células germinativas ou embriões, podem ser a única e a opção mais aceitável para os pais que

desejam ter um criança ao minimizar os riscos de transmitir um seria doença ou deficiência. Existe uma história de debate em torno da possibilidade de tornar as mudanças hereditárias para o genoma humano. Por causa dos efeitos de tais mudanças serem multigeracionais, quer sejam os benefícios potenciais, bem como os riscos podem ser multiplicados²⁵⁽¹⁴⁴⁾.

Não é à toa que mesmo os cientistas mais entusiasmados envolvidos nessas pesquisas, ao se darem conta de tamanho perigo, com essa alta possibilidade de riscos e danos potenciais serem multiplicados hereditariamente, tornaram-se os primeiros a levantar a bandeira de que precisamos de mais prudência, precaução e de um consenso de uma moratória internacional. Nesse sentido, a edição genética torna-se também uma questão de saúde e de política pública.

A humanidade necessita de uma tecnociência responsável, respeitadora e protetora da vida, desde o âmbito individual até o cósmico ecológico, e não de uma tecnociência manipuladora, interessada unicamente na glória individual e nos interesses econômicos. Edgard Morin, notável pensador e educador francês,

diria que, com urgência, neste momento, necessitamos de uma ciência com consciência²⁷. Ou seja, os avanços da tecnociência, a respeito da edição genética, não podem ocorrer sem um amplo consenso da sociedade, sem um engajamento equitativo das diferentes vozes, pois o que está em jogo é a alteração da natureza humana e da humanidade. Esse diálogo, portanto, deve levar em conta os saberes da técnica, da ciência, da medicina, mas também as questões sociais, ambientais, éticas e morais, o que compõe o que se classifica como bioética global.

A engenharia genética tem provocado esperança e temor, de tecnofobia e de tecnoutopia na humanidade. Contudo, uma abordagem prudente, que leve em conta as lições da história, ajudará a mitigar tanto o alarmismo apocalíptico de um lado quanto o utopismo ingênuo do outro, que caracterizam os debates hoje em torno das invocações tecnologias genéticas.

Colaboradores

Sganzerla A (0000-0001-8687-3408)*, Pessini L (0000-0002-7940-2998)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Pereira LV. Há 20 anos, nascia a ovelha Dolly, primeiro mamífero clonado. A ovelha Dolly, 1º. Clone obtido a partir de célula de animal adulto [internet]. A Folha de São Paulo. 2016 jun 5. [acesso em 2019 jul 10]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/ciencia/2016/07/1788716-ha-20-anos-nascia-a-ovelha-dolly-primeiro-mamifero-clonado.shtml>.
- Asimov I. O começo do fim. São Paulo: Círculo do livro; 1977.
- Sampedro J. O homem decide seu destino biológico. Começa o debate sobre a alteração do genoma humano [internet]. El País. 2005 mar 20. [acesso em 2019 jul 10]. Disponível em: <http://brasil.elpais.com/2015/03/20/ciencia>.
- Brendan PF. Gene Editing: New Technology, Old Moral Questions. The New Atlantis [internet]. 2016 [acesso em 2019 jul 12]; 3-15. Disponível em: <https://www.thenewatlantis.com/publications/gene-editing-new-technology-old-moral-questions>.
- Jonas H. Técnica, medicina e ética: sobre a prática do princípio responsabilidade. São Paulo: Paulus; 2013.
- Potter VR. Bioética ponte para o futuro. São Paulo: Loyola; 2016.
- Leite M. Vinte anos de 'Gattaca' e os dilemas éticos da era dos bebês transgênicos [internet]. A Folha de São Paulo. 2017 nov 26. [acesso em 2019 jul 10]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/Lilustrissima/2017/11/1937931-vinte-anos-depois-de-gattaca-genes-perfeitos-seguem-longe-da-realidade.shtml>.
- Marchione M. China seems to confirm scientist's gene-edited babies claim [internet]. The Associated Press. 2019 jan 21. [acesso em 2019 jul 15]. Disponível em: <https://www.ctvnews.ca/health/china-seems-to-confirm-scientist-s-gene-edited-babies-claim-1.4261767>.
- Liy MV. He Jiankui, um obcecado caçador de glórias [internet]. El País. 2018 nov 28. [acesso em 2019 jul 1]. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2018/11/28/ciencia/1543426962_870111.html.
- Belluck P. Cientistas criticam falta de regulamentação para edição genética [internet]. O Estado de São Paulo. 2019 fev 10. [acesso em 2019 jul 10]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/ciencia/2018/11/cientista-chines-diz-ter-feito-os-primeiros-bebes-editados-geneticamente.shtml>.
- Shepherd C, Ruwitch J. Cientistas chineses repudiam suposta edição genética feita por pesquisador local [internet]. Reuters. 2018 nov 27. [acesso em 2019 jul 15]. Disponível em: <https://br.reuters.com/article/worldNews/idBRKCN1NW188-OBWWD>.
- Pluinage JF, Fonseca O, Velho R. Tecnologia inovada na edição de genes e desafia limites éticos. Ciênc. cult. (São Paulo). [internet]. 2018 [acesso em 2019 jul 14]; 70(1). Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252018000100007.
- Alves G. Conheça o Crispr: técnica de edição do DNA que promete mudar o mundo [internet]. A Folha de São Paulo. 2016 abr 15. [acesso em 2019 jul 14]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/ciencia/2016/04/1764258-conheca-o-crispr-tecnica-de-edicao-do-dna-que-promete-mudar-o-mundo.shtml>.
- Liang P, Xu Y, Zhang X, et al. Crispr/Cas9: mediated gene editing in human tripronuclear zygotes. Protein Cell (Online). [internet]. 2015 [acesso em 2019 jul 13]; 6(5):363-372. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13238-015-0153-5>.
- Lanphier E, Urnov F, Haecker SE, et al. Do not edit the human germ line. Nature [internet]. 2015 [acesso em 2019 jul 11]; 519(7544):410-411. Disponível em: <https://www.nature.com/news/don-t-edit-the-human-germ-line-1.17111>.
- Lander E, Baylis F, Zhang F, et al. Adopt a morato-

- rium on heritable genome editing. *Nature* [internet]. 2019 [acesso em 2019 jul 13]; 567:165-168. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/d41586-019-00726-5>.
17. Reardon S. World Health Organization panel weighs in on CRISPR-babies debate. *Nature* [internet]. 2019 [acesso em 2019 jul 13]. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/d41586-019-00942-z>
 18. Guimaraes M. Uma ferramenta para editar o DNA. Sistema copiado de bactérias, CRISPR-Cas9 pode catalisar descobertas em biologia e medicina e suscita temores éticos. *Pesquisa Fapesp* [internet]. 2016 [acesso em 2019 jul 11]; 240:38-41. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/2016/02/19/uma-ferramenta-para-editar-o-dna/>.
 19. Shendure J, Balasubramanian S, Church GM, et al. DNA sequencing at 40: past, present and future. *Nature* [internet]. 2017 [acesso em 2019 jul 10]; 550:345-353. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/nature24286>.
 20. Sganzerla A, Rohregger R. Prudência: a virtude da bioética na civilização tecnológica. *Thaumazein* [internet]. 2017 [acesso em 2019 jul 13]; 10(19):67-74. Disponível em: https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/thaumazein/article/view/1981/pdf_1.
 21. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. *Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights: from theory to practice* [internet]. Paris: Unesco; 1997. [acesso em 2019 jul 12]. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000122990>.
 22. Jonas H. O princípio responsabilidade: ensaios de uma ética para a civilização tecnológica. Rio de Janeiro: Contraponto; Ed. PUC-Rio; 2006.
 23. Schaffer KA, Wu WH, Colgan DF, et al. Unexpected mutations after CRISPR-Cas9 editing in vivo. *Nat. methods*. [internet]. 2017 [acesso em 2019 jul 12]. 14:457-548. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/nmeth.4293>.
 24. George QB, Robin LB, Steffan J. After the Storm: a Responsible Path for Genome Editing. *N. Engl. j. med.* [internet]. 2019 [acesso em 2019 jul 13]; 380:1-10. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1900504>.
 25. National Academy of Sciences & National Academy of Medicine. *Human Genome Editing: Science, Ethics and Governance* Washington. Washington: National Academies Press; 2017.
 26. Safeguarding the future of human gene editing [editorial]. *Lancet* [internet]. 2017 [acesso em 2019 jul 10]; 389(10070):671. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30389-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30389-6/fulltext).
 27. Morin E. *Ciência com consciência*. 15. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2013.

Recebido em 06/08/2019
Aprovado em 08/04/2020
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Trajetória da privatização do sistema de saúde chileno (1924-2005)

Trajectory of the privatization of the Chilean health system (1924-2005)

Fabián Andrés Moraga Cortés¹, Thereza Christina Bahia Coelho¹, Clara Aleida Prada Sanabria¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012520

RESUMO O objetivo do artigo foi analisar a trajetória histórica da conformação público/privada do sistema de saúde chileno, entre 1924 e 2005. Procurou-se situar suas principais reformas, seus atores-chave e seu contexto sociopolítico. Empregou-se a revisão integrativa de literatura como método de obtenção das informações. Entre os achados, destaca-se a reconversão do sistema, que até a metade do século XX foi um caso pioneiro na América Latina, por ter integrado as diferentes instituições em um órgão único nacional, que dirigiu as políticas de saúde sob os princípios da medicina social. Durante e depois da ditadura, o sistema consolidou-se na sua dualidade, na qual o setor público, sendo majoritário, outorga cobertura de saúde aos segmentos que não são rentáveis para as empresas de seguros privados. Outro achado diz respeito à continuidade desta matriz ainda durante governos ditos de centro-esquerda, o que mostra a profundidade das transformações impostas pela ditadura. Esclarecer os detalhes desta estratégia privatizadora é útil para o Brasil, visto o atual contexto de desmonte dos avanços conseguidos.

PALAVRAS-CHAVE Chile. Privatização. Sistemas de saúde.

ABSTRACT The aim of this paper was to analyze the historical trajectory of the public/private formation of the Chilean Health System, between 1924 and 2005. The main reforms, key stakeholders and the socio-political context of these reforms were identified. Integrative literature review was used as data collection method. Among the findings, the structural reconversion of the system is emphasized, which until the middle of the 20th century was a pioneer system in Latin America, as it integrated several institutions in just one national entity, which directed the health policies on the Social Medicine principles. During and after the dictatorship, the system was consolidated as a dual system, in which the public sector, being the majority, grants health care coverage to segments of the population that are considered as 'unprofitable' by the private insurance companies. Another result was the continuity of this matrix even during the so-called center-left wing governments, which demonstrates how deep the transformations imposed by the dictatorship have been. To know the details of these privatizing strategies is useful and valuable for Brazil, given the current circumstances of reversal of the hard-won gains made.

KEYWORDS Chile. Privatization. Health systems.

¹Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) – Feira de Santana (BA), Brasil.
moraga1989@hotmail.com



Introdução

Desde 1924, o Chile estruturou seu sistema de saúde influenciado pelas tendências internacionais; inicialmente, na conformação dos Estados de bem-estar social, e, seguidamente, pelas políticas neoliberais de privatização e mercantilização da saúde e pelas conjunturas políticas internas com projetos de Estado conflitantes. O desenvolvimento deste processo tem sido observado, também, com diferentes níveis e modalidades, nos outros países da América Latina. No século XX, existiram três ondas de reformas dos sistemas de saúde. Nas primeiras décadas, surgiram subsídios e programas sociais destinados à população de baixa renda e pobres, os quais foram estendidos aos grupos operários com a implementação de seguros de saúde contributivos. Após a Segunda Guerra Mundial, foram consolidados os sistemas nacionais de saúde, inspirados na universalização e no princípio de cidadania como direito. Finalmente, os anos 1980 e 1990 caracterizaram-se por uma agenda pós *welfare state*, claramente neoliberal, com forte predomínio do mercado¹.

Laurell² coloca a privatização da saúde como parte das dinâmicas de acumulação do capital. Este processo requer que a saúde seja tratada como mercadoria e que o acesso aos serviços não seja estruturado enquanto direito social, além da necessidade de distinguir atividades rentáveis e não rentáveis. Quanto ao financiamento, as mudanças privatizadoras concretizam-se em esquemas de pré-pagamentos, cuja administração representa boas oportunidades de lucro para as seguradoras privadas. Em relação à prestação, a autora aponta que prestadores privados orientam seus serviços à população rica, visando maximizar utilidades.

O conteúdo da agenda neoliberal incluiu a redefinição do *mix* público-privado; a separação das funções de financiamento e prestação, com diminuição da participação do Estado e ampliação de seu poder na regulação; a focalização da política social nos mais pobres, que não podem acessar ao mercado da saúde;

priorização de serviços básicos e com baixo custo; descentralização da prestação para os âmbitos subnacionais; criação de mecanismos de competição para controlar os custos; e incentivos à privatização dos seguros e serviços médicos³. As prescrições da agenda foram reforçadas, especialmente nos anos 1990, pelo Banco Mundial (BM).

Reconhecendo a singularidade dos efeitos das reformas neoliberais, Fleury⁴ descreve três tipologias: o modelo dual chileno, o modelo universal brasileiro e o modelo plural da Colômbia. Primeiramente, o modelo dualista chileno se caracteriza pela conformação de um sistema de seguros compulsórios, no qual o seguro público atua como um subsídio aos seguros privados, pois cobre os setores menos dinâmicos da economia, que são rejeitados pelas seguradoras privadas. Diferentemente, o modelo universalista brasileiro materializou-se no Sistema Único de Saúde (SUS), de cobertura universal, financiamento público e atenção descentralizada. Por último, a reforma colombiana impulsionou o subsídio à demanda e a separação de funções, associando o acesso aos serviços à aquisição de seguros que cobrem os serviços estabelecidos em um pacote padronizado, estabelecido pelo nível nacional.

Atualmente, o Chile possui um sistema de saúde estruturado sob essas tendências, de caráter dual, materializado na existência de dois tipos de seguros: o sistema público, dirigido pelo Fondo Nacional de Salud (Fonasa), organizado em uma modalidade de solidariedade social; e o sistema privado, liderado pelas Instituciones de Salud Previsional (Isapre), que oferecem seguros privados de saúde individualmente⁵. Segundo Parada⁶, o primeiro constitui uma modalidade solidária de financiamento, pois o acesso aos serviços não depende do valor da contribuição social. Contrariamente, as Isapre estabelecem o valor do plano oferecido segundo o risco e a quantidade de pessoas filiadas por família, constituindo uma modalidade de seguridade não solidária.

No setor público, as fontes dos recursos financeiros são os impostos gerais vindos da

arrecadação fiscal, as contribuições sociais obrigatórias (7% do salário) e os copagamentos feitos pelos usuários. Existe desembolso direto para aquisição de medicamentos ou insumos médicos em farmácias particulares. Os recursos das três primeiras fontes são repassados para o Fonasa, que atua como gerenciador e compra os serviços, aos provedores, para os municípios, que administram os dispositivos de atenção primária, e, também, para o Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), que coordena a rede de hospitais públicos. Por sua vez, apenas os trabalhadores do mercado formal, fazendo copagamentos, podem acessar à atenção com prestadores privados conveniados.

As fontes do setor privado são os copagamentos, as contribuições sociais obrigatórias e contribuições adicionais. Estas últimas correspondem aos fundos pagos pelos trabalhadores quando o valor do plano de saúde é superior ao valor da contribuição obrigatória. O valor real da contribuição dos filiados às Isapre foi estimado, como média, para o ano de 2011, em 10% do salário⁷. Os recursos das três fontes são administrados pelas Isapre, que estabelecem contratos com os prestadores: médicos, clínicas e hospitais particulares.

As fontes possuem diferentes magnitudes. Becerril-Montekio et al.⁸ estabeleceram, para 2003, que os impostos gerais representaram 27% dos recursos do sistema. Outro estudo⁹ atualizou os dados para 2008, estabelecendo a seguinte distribuição: aporte do Estado (21%), impostos municipais (1%), contribuições sociais do Fonasa (15%), contribuições dirigidas ao sistema de acidentes e enfermidades do trabalho (4,6%), contribuições sociais das Isapre (10,9%), contribuições adicionais das Isapre (4,8%) e desembolso direto (40%).

Por outra parte, estudos estabeleceram as diferenças do gasto *per capita*. Informações difundidas pelo Ministerio de Salud (Minsal) apontam que, em 2014, os filiados das Isapre tiveram um gasto *per capita* 2,7 vezes maior, em comparação aos do Fonasa, com uma média de CLP\$ 1.146.336 (USD\$ 1.910) e CLP\$ 411.720 (USD\$ 686), respectivamente¹⁰. Também se

observou que, para 2003, 38% dos recursos totais que o país tinha disponíveis foram gastos com 21% da população assegurada pelas Isapre, enquanto 62% dos recursos, com 79% das pessoas pertencentes ao Fonasa¹¹.

Quanto à cobertura dos dois setores, estatísticas recentes dimensionaram, para 2016, que o Fonasa representou uma cobertura de 74%, e as Isapre, 18%¹². Detectaram-se altos níveis de segmentação por gasto esperado e rendas, pois a população com maiores necessidades de saúde tende a se concentrar no Fonasa¹³. No decil 1, o Fonasa e as Isapre tiveram uma cobertura de 93% e 2%, respectivamente¹⁴.

O Gasto Total com Saúde (GTS), em 2015, foi de USD\$ 1.903 *per capita*¹⁵. Comparado com a América Latina, esse nível de gasto deixa o Chile entre os países com mais altas despesas em saúde¹⁶. Entretanto, o mesmo patamar mostra-se baixo ao compará-lo com os níveis dos países pertencentes à Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), e com países que possuem sistemas universais ou baseados em seguros¹⁷.

Em 2014, apenas o financiamento público para saúde foi estimado em 3,9% do Produto Interno Bruto (PIB)¹⁸. Como consequência do baixo gasto público, o Chile apresenta altos níveis de desembolso direto com saúde, inclusive, próximos a 40% do GTS, sendo uma modalidade de gasto não equitativo, não solidária e fortemente empobrecedora¹⁹.

Desse modo, o sistema de saúde chileno se constitui em um seguro público que cobre a população mais vulnerável, com um baixo gasto *per capita*, e um conjunto de seguros privados que atinge os segmentos mais favorecidos com um gasto *per capita* mais alto. Este modelo gera múltiplas iniquidades, além de todas as desvantagens dos sistemas de saúde baseados em seguros. Entretanto, esta conformação público-privada do sistema é o resultado de um longo desenvolvimento histórico das instituições e das políticas de saúde, não ausente de tendências e contratendências. Conhecer esses processos históricos poderá iluminar os padrões de atuação do Estado e de

grupos de poder que constroem sociedades com institucionalidades e sistemas de direito debilitados, como as da América do Sul. Deste modo, o objetivo do presente artigo é analisar a trajetória histórica do sistema de saúde chileno e suas políticas de saúde, entre 1924 e 2005.

Material e métodos

Segundo Batista e Mattos²⁰, a análise das políticas sociais busca compreender as dinâmicas de poder entre os grupos sociais que direcionam a ação do Estado em um determinado sentido, fixando a atenção nos atores envolvidos e em sua capacidade de influência; o contexto sociopolítico das mudanças; o cenário onde foram desenvolvidas as discussões; e o conteúdo das regulamentações que materializaram as transformações.

Este estudo faz parte de um projeto maior, focado no esquema de financiamento da atenção primária, no Chile. Tendo em vista esse propósito, foi necessário conhecer a estrutura atual do sistema de saúde, especialmente quanto à participação dos setores público e privado, assim como sua trajetória histórica. Sendo assim, o estudo empregou a revisão integrativa de literatura como método de obtenção das informações. Para Gil²¹, a pesquisa bibliográfica é necessária para a delimitação da investigação, e é sugerida nos estudos históricos. Procura resultados exploratórios, que sugerem linhas e questões a serem aprofundadas em outros estudos; tem abrangência e amplitude, pois permite a inclusão de temáticas ou fenômenos dispersos no tempo e no espaço; e emprega material já elaborado e publicado.

Na pesquisa, foram analisados resultados de investigações científicas, como livros, capítulos de livros, teses de doutorado e artigos. Também foram consultadas as legislações relacionadas às transformações da institucionalidade em saúde publicadas no site do Congreso Nacional de Chile. O material bibliográfico

foi categorizado por ano, tipo e conteúdo, e a análise foi orientada para o desvendamento das relações entre: o público e o privado; a conjuntura política; os modelos de financiamento; os instrumentos legais importantes (legislação); o papel do Estado; as concepções de saúde vigentes; e os principais atores envolvidos.

Resultados e discussão

As mudanças da institucionalidade sanitária no Chile compõem-se de momentos que marcam progressos e retrocessos na garantia do direito à saúde pelo Estado. Certamente, o sistema de saúde chileno pode ser considerado uma síntese de diferentes reformas que foram modelando a institucionalidade, desde, pelo menos, o início do século XX. Segundo a proposição de Labra²², trata-se de conjunturas de decisões que implicaram mudanças de natureza estrutural no sistema de saúde, constituídas a partir da influência dos modelos internacionais, das particularidades do contexto sociopolítico do país, e da orientação tomada pelos atores-chave. Por sua vez, as fontes do financiamento, a dinâmica dos serviços assistenciais e o arcabouço jurídico-institucional foram algumas das dimensões dessas mudanças.

Na história do sistema de saúde chileno podem ser descritos vários períodos²²⁻²⁷ (*quadro 1*). O momento fundacional para a organização da institucionalidade do setor saúde inicia-se nas primeiras décadas do século XX. De acordo com as observações de Zárate²⁶, este período caracteriza-se por concentrar um debate conceitual quanto ao entendimento da saúde; por um lado, existia uma concepção da saúde como uma questão limitada ao âmbito privado-liberal; por outro, pensava-se a saúde como um problema eminentemente público-coletivo. Esta última ideia é a que foi progressivamente se impondo, modificando o papel do Estado nessa matéria.

Quadro 1. Principais transformações do sistema de saúde chileno (1924-1989)

Transformação estrutural	Características das transformações estruturais do sistema de saúde chileno					
	Descrição	Cobertura	Financiamento	Prestação	Gestão	Regulação
Caixa do Seguro Social (1924)	Primeiro seguro social de caráter compulsório. Ofereceu proteção contra doença, velhice e morte.	Restrita à população operária, excluindo empregados públicos e privados.	Considerou aportes triplices do Estado, trabalhadores e empregadores.	Hospitais das instituições da beneficência e dispositivos de atenção ambulatorial próprios.	Foi administrada pela direção da Caixa, que tinha representantes dos trabalhadores, empregadores e do governo.	Ficou encarregada ao Ministério da Previdência, que elaborava a normativa quanto à entrega dos benefícios.
Serviço Nacional de Saúde (1952)	Órgão único, estatal e centralizado. Teve uma organização inspirada no NHS* inglês.	Originalmente, foi restrita aos assalariados. Progressivamente, incorporaram-se desempregados e camadas médias.	Manteve os aportes triplices, adicionando o financiamento das organizações da beneficência.	Rede pública nacional de hospitais e centros de atenção primária. Ênfase na prevenção da saúde materno-infantil.	Exercida pelo diretor do SNS, em cooperação de um Conselho Assessor.	Feita de modo débil pelo Ministério da Saúde, de forma independentemente do SNS.
Lei de Medicina Curativa (1968)	Implantação da livre eleição com subsídio do Estado.	Empregados públicos e privados que não foram incorporados ao SNS desde o início.	Instaurou os pagamentos por atendimento nas camadas de mais alta renda.	Médicos particulares. Destinou-se a instalações públicas para atendimento privado. Ênfase na saúde curativa.	Política gestada através de convênios entre o Sermena* e o SNS.	Continuou restrita no Ministério da Saúde, independentemente do SNS.
Reformas introduzidas pela ditadura (1973-1989)	Divisão do antigo SNS. Criação das Isapre e do Fonasa, além de outros órgãos auxiliares.	Segregação das pessoas asseguradas, entre o setor público (Fonasa) e o privado (Isapre).	Diminuição do aporte do fisco e aumento do aporte das pessoas.	Prestadores privados conveniados às Isapre. Descentralização e municipalização da rede pública.	Restrita no Ministério da Saúde, desempenhando o rol de 'ente reitor'.	Exercida por vários organismos do Ministério da Saúde, para o setor público e privado.

Fonte: Elaboração própria.

*NHS = National Health Service; Sermena = Servicio Médico Nacional.

Assim, durante a segunda década do século passado, aprovaram-se as chamadas 'leis sociais', mediante as quais o Estado assumiu o papel de protagonista na proteção da saúde, tarefa que, até então, era desenvolvida pelas instituições de caridade, a beneficência e a igreja católica. Entre estas leis, encontra-se a Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad y Vejez, que esteve dirigida à população assalariada e criou a Caja del Seguro para cobrir os riscos de doença, morte e aposentadorias. Considerou-se um financiamento triplice entre trabalhadores, empregadores e o Estado, sendo a distribuição dos aportes a seguinte: operários, 2%; empregadores, 4%; e Estado, 1,5%²⁸.

Em relação à prestação dos serviços, foram estabelecidos convênios com a beneficência e criaram-se dispositivos de atenção ambulatoria

de propriedade da caixa. Esses dispositivos conformaram as bases da atenção primária, pois consideraram serviços de promoção em saúde e a inclusão do trabalho intersectorial com apoio de visitadoras sociais em contato direto com os moradores das favelas²⁹. A gestão da Caja del Seguro era feita de modo autônomo, em uma direção conformada por representantes dos trabalhadores, empregadores e governo. Por sua vez, a cobertura ficou restrita à população assalariada, geralmente operários e suas famílias, chegando a cobrir 80% dos assegurados nos anos 1940³⁰. Os trabalhadores das classes médias, também chamados de empregados, contribuíam para outras caixas.

Várias são as hipóteses que tentam explicar o surgimento das legislações sociais, já no início do século XX. Para Massardo³¹, existiu

uma preocupação, de uma parte importante da elite governante, de se antepor a uma eventual revolução dos setores populares, que se haviam convertido em um ator com consciência histórica e projeto político formado em torno das *mutuales* e *sociedades de ayuda mútua*. Tal argumento é concordante com a análise feita por Illanes²³, que descreve a conformação de um ‘Estado guardião’, fortemente repressivo e autoritário, e, ao mesmo tempo, acompanhado de um ‘Estado assistencial’, que começa a outorgar determinadas condições mínimas à população, sendo um projeto incorporacionista. Naquela polaridade, o Estado conteve o conflito social, tentando substituir as organizações tecidas pelo movimento popular e gerando as condições para o avanço do capitalismo, vistas as precárias condições de vida da população e os críticos indicadores sanitários.

Quase três décadas após a criação da Caja del Seguro Social, em 1952, implantou-se o Servicio Nacional de Salud (SNS), política longamente discutida e sujeita às mudanças na correlação de forças das coalizões governantes. O novo órgão foi “encarregado da proteção da saúde, através de ações sanitárias e de assistência social, e de atenções médicas preventivas e curativas”³². Nele, se agruparam as organizações que, até então, concediam atenção médica à população ou guiavam as políticas sanitárias em matéria de higiene pública, as quais tinham funções e atribuições diversas.

Tratou-se de um órgão público, centralizado, integral, com comando técnico único e com uma organização territorial nacional, sendo independente do Ministerio de Salud (Minsal)³³. A direção nacional do SNS foi colocada na figura do diretor geral, em colaboração com um conselho assessor, que teve como obrigações as mesmas que já estavam presentes isoladamente em cada uma das instituições que foram unificadas. O esquema de financiamento triplice foi mantido entre empregadores, empregados e o Estado. Quanto à cobertura, se bem formalmente continuou restrita aos setores assalariados de baixa renda, indigentes e aposentados também acessavam

ao SNS. Nos anos 1960, estabeleceu-se que 70% da população recebiam serviços curativos do SNS, enquanto as ações preventivas e atenções de urgência atingiam 100% da população³⁴.

Da interpretação que faz Molina³³, do processo político que precedeu a criação do SNS, depreende-se que houve dissensos explícitos quanto à orientação que deveria ter a institucionalidade. A discussão esteve submetida a: 1) um projeto conservador, que colocava ênfase nas ações curativas em saúde apenas para a força laboral; 2) um projeto socialista, que advogava pela intervenção do Estado na determinação socioeconômica da saúde; e, finalmente, 3) uma postura orientada pelos princípios da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que apelava pelo fortalecimento da institucionalidade sanitária apenas para os trabalhadores formais.

No entanto, os princípios da medicina social universalizada orientaram fortemente a estrutura e gestão do SNS. Eles foram: integralidade das ações, incluindo todas as etapas do ciclo de vida e seus determinantes; planejamento baseado em objetivos e metas; concentração nas etapas mais vulneráveis da vida; comando único das ações de saúde, públicas e privadas, dirigidas pela autoridade técnica superior; obrigação do Estado de prover os recursos necessários para ações integradas de saúde³⁵. Apesar do peso desses fundamentos, a correlação de forças políticas e sociais de então só permitiu mudanças graduais e negociadas sob a hegemonia dos setores conservadores.

Contudo, a criação do SNS foi a realização mais importante na história da saúde pública do país, já que se tratou de uma instituição estatal e centralizada, que aumentou a cobertura das atenções médicas, instalando uma lógica de planificação sanitária com priorização da saúde materno-infantil, e implantando uma rede pública que chegou até os lugares rurais mais distantes do país, com presença de clínicos gerais responsáveis pelo território³⁶⁻³⁸. Entre os êxitos relacionados à instauração do SNS, encontram-se o forte descenso da mortalidade infantil, que caiu de 132/mil nascidos

vivos, em 1950, para 31/mil nascidos vivos, em 1980; o incremento da esperança de vida, que aumentou de 53-56 anos, em 1950, para 67-74 anos, em 1980; o controle da tuberculose e a erradicação da poliomielite³⁴.

De acordo com Merino²⁷, o período entre 1960-1973 caracteriza-se pela democratização da saúde a partir das bases populares da sociedade, entre movimentos sociais de moradores, trabalhadores, estudantes e alguns segmentos dos profissionais da saúde, processo que teve materialização em várias políticas desenvolvidas em torno do SNS. Exemplo disso foi o Programa Médicos Generales de Zona, que lotou profissionais recém-formados nas localidades rurais mais afastadas do país e nos bairros das periferias das cidades, impulsionando fortemente o trabalho intersetorial em saúde e a participação comunitária, gerando iniciativas baseadas na educação para saúde e serviços preventivos e promocionais. Na prática, esse Programa constituiu um espaço privilegiado para o exercício profissional de um grupo importante de médicos que consideravam a prática médica enquanto prática emancipatória.

Um terceiro momento da conjuntura de mudança estrutural em saúde foi a *ley de medicina curativa*, de 1968. Essa legislação regulamentou e permitiu a atenção médica e dental dos funcionários públicos e suas famílias, em infraestrutura hospitalar pertencente ao SNS²². Além disso, incorporou a livre eleição em saúde, pois os empregados públicos – na época, os setores médios – tinham direito a escolher o profissional, segundo suas preferências. E também foram permitidos copagamentos por ato médico aos profissionais. A lei facultou ao SNS assinar convênios nos quais se regulamentavam as condições para a utilização dos estabelecimentos e equipamentos públicos dirigidos à atenção privada dos empregados.

Segundo Molina³⁹, no processo dessa lei, exerceram especial importância as posições e os interesses da profissão médica e das camadas médias da população, os primeiros interessados em desenvolver um mercado

de trabalho privado e os segundos a acessar, em condições preferenciais, aos serviços de atendimento público. Alguns dos principais efeitos dessa legislação foram uma atenção discriminatória entre assalariados e empregados, a preponderância do enfoque curativo e a consolidação dos médicos como principais atores da política de saúde⁴⁰. De acordo com o autor, essa lei, ao permitir o pagamento por ato médico e a livre eleição com subsídio do Estado, promoveu o ingresso do capital no campo da saúde, sendo contrária à ideia de universalização.

O último momento de mudança estrutural em saúde correspondeu às reformas introduzidas pela ditadura, entre os anos de 1973 e 1989²². Entre outros pontos, a ditadura de Pinochet diluiu o projeto de Estado formado pelos setores populares, mediante a dissolução violenta de partidos políticos, sindicatos, federações de estudantes e agrupamentos populares⁴¹. Segundo Garretón e Malva⁴², a ditadura diminuiu a capacidade redistributiva do Estado, ampliou seu caráter coercitivo e implementou mecanismos de mercado na sociedade civil.

Após o golpe militar, observou-se um brusco declínio do gasto social, tendência replicada em outros países do continente, em consequência do Consenso de Washington, que apelava por uma ampliação da esfera do mercado na economia⁴³. Um exemplo paradigmático do recorte fiscal se refere aos recursos destinados à saúde. Dos dados entregues pelo economista Patricio Meller⁴⁴, depreende-se que, entre 1974 e 1987, a média de gastos social por pessoa foi 71% do observado em 1970. Outras informações referenciadas por Labra⁴⁵ indicam que o fisco passou de representar 68% dos gastos em saúde para 35%, enquanto os copagamentos aumentaram de 10% para 50%.

A diminuição do orçamento público para a saúde foi feita paralelamente a uma reestruturação administrativa⁴⁶. Mediante o Decreto-Lei nº 2.763, limitaram-se as atribuições do Minsal à fiscalização; a execução da atenção foi colocada no SNSS, novo órgão que fornecia

atenção de forma descentralizada em 27 serviços de saúde autônomos; estabeleceu-se a criação do Fonasa para arrecadar as contribuições sociais dos afiliados do seguro público; e também se criaram vários órgãos auxiliares⁴⁷.

Posteriormente, no Decreto-Lei nº 1-3.063, municipalizou-se a administração da atenção primária, gerando uma deterioração da dotação e operação dessas unidades e desarticulando o trabalho em rede das unidades públicas de saúde⁴⁸. Logo a seguir, no mesmo ano, implantaram-se as Isapre, que têm até hoje uma finalidade lucrativa⁴⁹.

Em síntese, estratificou-se a atenção à saúde do seguinte modo: as pessoas que tinham os maiores salários, que puderam comprar seus planos de saúde no mercado das Isapre; os setores médios, que puderam optar pela modalidade de livre escolha do Fonasa para o atendimento com prestadores privados, fazendo copagamentos; e os setores com os salários mais baixos, ou desempregados, que eram atendidos nas unidades de saúde do Estado gratuitamente quando comprovada a condição de pobreza⁴⁵.

De acordo com o trabalho de Tetelboin⁵⁰, as reformas introduzidas pela ditadura orientaram-se para a conversão neoliberal do sistema de saúde chileno em três dimensões: regulação, financiamento e operação dos serviços. Primeiro, a regionalização e municipalização da atenção primária tiveram como objetivo o controle político dos trabalhadores e a introdução de concessões ao setor privado, questão que não teria sido possível com o antigo sistema público. Segundo, as tendências no financiamento apontaram o aumento do desembolso direto e a diminuição dos recursos do Estado, aspectos que influíram no subfinanciamento do setor saúde. Por último, as reformas conformaram um sistema de atenção com uma lógica individualista e mercantilizada. Ou seja, no contexto autoritário imposto pela ditadura de Pinochet, as reformas foram dirigidas sem maiores resistências para o neoliberalismo, originando um sistema de orientação privatista e destruindo as instituições públicas existentes

até então. Diferentemente, no Brasil, naquela época, vivia-se um processo de redemocratização, com forte participação do Movimento pela Reforma Sanitária, contribuindo com a implementação de um sistema estatal, que integrou ao SUS as instituições encarregadas, tanto da saúde previdenciária quanto das ações sanitárias coletivas⁵¹.

As repercussões da privatização do sistema de saúde chileno são resumidas do modo a seguir: maior complexidade administrativa do sistema; grandes dificuldades administrativas de regulação das Isapre, pois oferecem inúmeros planos de saúde diferentes; aumento desorganizado dos custos; subfinanciamento da saúde destinada aos pobres; desaparecimento do conceito de solidariedade; e fortes diferenças entre os serviços oferecidos pelos municípios, pois os mais ricos fornecem atenções de maior qualidade⁵². A crise financeira foi desencadeada pela instauração das Isapre, que nos anos 1990 administravam 45% dos recursos, enquanto só atendiam 27% da população nacional⁵³. Em 2000, as Isapre tinham uma cobertura de 25% e recebiam 69% dos recursos das contribuições sociais, enquanto o Fonasa ficava com 31% dos recursos, atendendo 64% da população⁵⁴.

Esses efeitos negativos da privatização do sistema de saúde chileno são similares aos encontrados em outros países. No caso da Colômbia, a privatização da saúde levou falência a hospitais públicos, ao Seguro Social; à judicialização da saúde; à falta de regulação, por parte do Estado, sobre as empresas seguradoras, pois as agências reguladoras não têm os recursos nem o poder para controlar as empresas privadas; e a crise financeira permanente do setor^{55,56}.

Alguns dos esforços durante os governos, após a ditadura, foram: o aumento da inversão para infraestrutura pública da rede hospitalar; o apoio aos programas de saúde dos municípios prioritários; e a modernização administrativa das instituições públicas⁵⁴. No entanto, a constatação das desigualdades nos indicadores sanitários entre a população assegurada pelo

Fonasa e pelas Isapre, assim como também entre os próprios filiados ao Fonasa, tornou cada vez mais necessária uma nova reforma⁵⁷.

Essa reforma foi postergada até o governo do ex-presidente Ricardo Lagos Escobar (2000-2006), principalmente pela falta de consenso político da coalizão de governo⁵⁸. Foi conhecida como Acceso Universal con Garantías Explícitas (Auge) e, posteriormente, como Garantías Explícitas en Salud (GES), e foi concretizada por meio de cinco leis. Um primeiro avanço foi o estabelecimento dos Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010, entre os quais se podem citar: melhorar os resultados sanitários obtidos; enfrentar os desafios derivados do envelhecimento da população e das mudanças na sociedade; enfrentar as iniquidades em saúde; e prestar serviços de saúde em função das expectativas da população⁵⁹.

A primeira lei, quanto ao financiamento, aumentou de 18% para 19% o Impuesto al Valor Agregado (IVA), além de incrementar impostos à comercialização e ao consumo de tabaco, com a finalidade de aumentar a arrecadação dos recursos estatais⁶⁰.

A segunda lei modificou a estrutura organizacional do setor, consolidando o Minsal como 'ente reitor' e dividindo-o entre a Subsecretaría de Redes Asistenciales e a Subsecretaría de Salud Pública⁶¹.

A terceira lei é a mais importante das legislações consideradas por essa reforma. Gerou um Régimen General de Garantías en Salud, no qual se contemplaram as GES para um grupo restrito de problemas de saúde. Na normativa, tais garantias correspondem a direitos assegurados aos usuários, tanto do Fonasa quanto das Isapre, que podem ser exigidos legalmente. Especificaram-se quatro tipos de garantias: de acesso, qualidade, proteção financeira e oportunidade⁶². Esta última estabelece prazos máximos para que os usuários recebam os serviços. A implementação das GES começou, em abril de 2005, com 25 problemas de saúde garantidos⁶³. Na atualidade, se contabilizam 80 condições.

A quarta lei regulamentou o mercado das Isapre e incorporou uma tabela de fatores de risco para o estabelecimento dos preços dos planos oferecidos, que devem ser informados aos usuários; também se incluiu, para essas instituições, a obrigatoriedade de fornecer informação financeira à Superintendencia de Salud (SIS)⁶⁴. A última legislação promulgada especificou os direitos e deveres das pessoas em relação à atenção da saúde, como a companhia e assistência espiritual, a informação do estado de saúde, entre outros⁶⁵.

Basicamente, a Reforma de Saúde Auge-GES instaurou a lógica da priorização em saúde⁶⁶, mas em uma perspectiva não integral e restritiva. No Brasil, por exemplo, a priorização não exclui o atendimento a outras condições, como no Chile. Não existe consenso a respeito da contribuição desta reforma para a equidade em saúde. Um dos aspectos destacados é a fixação de copagamentos máximos, de acordo com o nível de renda das pessoas⁶⁷. No entanto, o desembolso direto em saúde como proporção dos gastos das famílias continua alto⁶⁸. Um dos efeitos negativos foi o incremento das listas de espera de pacientes 'não Auge', quem têm seu atendimento postergado, pois os prestadores possuem incentivos para a resolução das 80 condições garantidas⁶⁹.

Segundo Olavarría⁷⁰, a discussão parlamentar da Reforma de Saúde Auge-GES foi negociada por três setores políticos: a 'posição estatista', a 'privatista' e a 'saúde regulada'. A dinâmica de negociação entre esses grupos fez com que não se concretizassem transformações estruturais no sistema de saúde. Tal constatação é concordante com as observações de Mayol⁷¹, que estudou a conformação da Nueva Mayoría, coalizão de centro-esquerda que governou entre 2014 e 2017, e que emergiu da antiga Concertación de Partidos por la Democracia, junto ao Partido Comunista Chileno. Para o autor, as duas coalizões, tendo um discurso progressista, acabaram cedendo o conteúdo das políticas sociais para a direita política e econômica. Esses acordos se expressaram na não concretização de um fundo solidário, entre

as leis aprovadas, apesar de ter sido longamente discutido durante a tramitação parlamentar. Esse órgão administraria, conjuntamente, uma seção das contribuições sociais dos filiados aos dois setores (Fonasa e Isapre).

O projeto de um fundo solidário foi rejeitado pela influência do setor privado, pela divisão da coalizão de governo e pela ausência de mobilização social⁷². Deve ser destacado que o contexto sociopolítico da época não foi favorável a políticas que resguardassem direitos sociais, apesar de existirem governos apoiados em coalizões ditas de centro-esquerda. Segundo Moulian⁷³, o Chile da época caracterizou-se pelo ‘transformismo’ do modelo neoliberal imposto, que, tendo em vista a legitimidade do capital financeiro internacional, precisava se consolidar em um sistema de ‘democracia protegida’ que garantisse a continuidade do projeto, especialmente no tocante à defesa do livre mercado, à desregulação da economia e do mercado de trabalho, e ao resguardo irrestrito da propriedade privada.

O último espaço institucional de discussão foi a Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud, durante o segundo governo da ex-presidente Michelle Bachelet. Propôs-se a implantação de um fundo único, administrado por um seguro nacional de saúde, cuja missão seria coletar e administrar os recursos das diferentes fontes, incluindo as contribuições sociais dos filiados às Isapre. Na prática, o governo não materializou a proposta, sendo evidente o peso dos interesses do mundo privado nesta decisão.

Uma das críticas à reforma aponta a sua indecisão entre manter um sistema de seguros ou reforçar o setor público. Para Tetelboin⁷⁴, isto constitui o núcleo do que veio a chamar ‘reformas neoliberais de segunda geração’, que reconfiguram a relação público-privada ao facilitarem a compra de serviços junto ao setor privado, com fundos públicos. Certamente, ao garantir a resolução de um grupo limitado de doenças sem uma transformação estrutural do sistema, a Reforma de Saúde Auge-GES

sobrecarregou o setor público e o impeliu à compra de serviços⁷⁵. Outros questionamentos se dirigem à implantação de uma cesta básica de prestações garantidas pelas GES; aos incentivos perversos da autogestão hospitalar; e à manutenção da segregação por risco no mercado das Isapre⁷⁶.

Por outro lado, as GES não interferem no processo de adoecimento e ainda prejudicam a integração do cuidado ao diferenciar doenças ‘Auge’ de doenças ‘não Auge’⁷⁷. Outros autores apontaram uma focalização dos serviços apenas nas doenças inclusas, através de instrumentos de gestão orientados ao cumprimento de metas que desconsideram a promoção da saúde e prevenção de agravos⁷⁸.

Conclusões

As reformas neoliberais produziram mudanças no SNS chileno, que se tornou dividido em um subsistema público (Fonasa), organizado em uma modalidade de solidariedade social, mas, cujo acesso aos serviços se restringe a um ‘menu’ com apenas 80 condições de saúde; e outro privado (Isapre), conduzido por uma lógica curativa e individual, e sem o respaldo de uma atenção primária. Os processos que conduziram à dualidade do sistema de saúde do Chile não apenas reproduzem as desigualdades sociais do conjunto social, como as ampliam, resultando na manutenção de altos índices de desembolso direto, o que contribui para a insegurança e desproteção de ambas as populações, mas, certamente, com maior impacto nos setores menos favorecidos.

A Reforma de Saúde Auge-GES, ao implantar cestas básicas de serviços e a autogestão hospitalar, tem incentivado o risco moral por meio da segregação de clientela e patologias, comprometendo a integralidade e a equidade dos serviços. Essas reformas tentaram modificar alguns aspectos do sistema, mas não alteraram sua estrutura básica. O impacto da privatização do sistema mostra-se não apenas na continuidade da sua dualidade, mas também

no conteúdo das poucas instâncias de transformação que têm existido depois de 1989, pois a discussão tem estado restrita à qualidade dos seguros que administram as contribuições sociais. Deste modo, a construção de um sistema universal de saúde, financiado através da arrecadação do Estado, destinado a toda a população, sem restrições, tem estado totalmente ausente.

As dinâmicas de reorganização do capital têm penetrado cada vez mais fortemente no âmbito da seguridade social, restringindo as esferas do direito coletivo, transformando cidadãos em consumidores e não consumidores. Tal radicalidade do processo privatizador tem atingindo também os governos ditos progressistas, que terminam cedendo às pressões do capital econômico para manterem o capital político, pelo menos, em curto prazo.

A experiência chilena funciona como um espelho temporal invertido, que aponta para

desenlaces indesejados, no caso do Brasil. Tais desenlaces, ao comprometerem profundamente a universalidade estabelecida constitucionalmente, precisam ser, a todo custo, explicitados, analisados e compreendidos nos seus mecanismos, tanto estruturais quanto fenomênicos, de forma a orientar estratégias de resistência e combate, enquanto ainda é possível.

Colaboradores

Cortés FAM (0000-0001-6207-5882)*, Coelho TCB (0000-0003-4787-4103)* e Sanabria CAP (0000-0002-4686-2197)* contribuíram igualmente para a concepção e o planejamento; para a análise e a interpretação dos dados; para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e para a aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Almeida C. Reformas de sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: Giovannella L, Escorel S, Lobato LVC, et al. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 759-803.
2. Laurell A. La lógica de la privatización en salud. In: Eibenschutz C. Política de Saúde, o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 31-48.
3. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. Cad. Saúde Pública. 2002; 18 (4):905-925.
4. Fleury S. ¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina: Chile, Brasil y Colombia. In: Molina C, Núñez J. Servicios de Salud en América Latina y Asia. Washington D.C.: BID; 2003. p. 3-40.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Larrañaga O. Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno. In: Titelman D, Uthoff A. Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia. Santiago de Chile: Fondo de Cultura Económica; 2000. p. 415-461.
6. Parada M, Ibacache C, Medina S, et al. Informe de Salud en Chile. In: González R, Barria S, Sengupta A. La lucha por el derecho a la salud en América Latina. El Salvador: ALAMES; 2014. p. 31-51.
7. Goyenechea M. Análisis del presupuesto en salud en el contexto de la desigualdad en Chile. *Medwave*. 2011; 11(12):1-5.
8. Becerril-Montekio V, Reyes J, Manuel A. El sistema de salud de Chile. *Salud pública Méx.* 2011; 53(2):32-43.
9. Urriola R. Financiamiento de la atención de salud en Chile. *Cuad. Médico Soc.* 2010; 50(2):83-94.
10. Chile. Ministerio de Salud. Más salud, mejora tu vida. 2018. [acceso em 2018 jan 12]. Disponible em: https://www.camara.cl/trabajamos/comision_listadodocumento.aspx?prmID=411.
11. Cid C, Muñoz A, Riesco X, et al. Equidad en el financiamiento de la salud y protección financiera en Chile: una descripción general. *Cuad. Med. Soc.* 2006; 46 (1):5-12.
12. Fundo Nacional de Saúde. Boletín Estadístico 2015-2016. 2017. [acceso em 2017 set 1]. Disponible em: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/institucional/archivos#documentos-estadisticos-institucionales>.
13. Vergara-Iturriaga M, Martínez-Gutiérrez M. Financiamiento del sistema de salud chileno. *Salud Pública Méx.* 2006; 48(6):512-521.
14. Chile. Ministerio de Desarrollo. CASEN 2015. Salud, síntesis de resultados. 2016. [acceso em 2017 set 21]. Disponible em: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_salud.pdf.
15. World Health Organization. Global Health Observatory. 2014. [acceso em 2017 set 12]. Disponible em: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.HEALTHEXPRATIOPER?lang=en>.
16. Piola S. La financiación de la salud en los países seleccionados de América Latina. In: Rodríguez V, organizador. Observatorio Internacional de Capacidades Humanas, Desarrollo y Políticas Públicas. Brasília, DF: UnB; Fiocruz-Nethis; 2013. p. 191-211.
17. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Heath et a Glance. 2017. [acceso em 2017 out 18]. Disponible em: <http://www.oecdilibrary.org/docserver/download/8117301e.pdf?expires=1511050037&id=id&accname=guest&checksum=8488B1C270A58E20F9047FC995F52168>.
18. Cid C, Matus-López M, Báscolo E. Espacio fiscal para la salud en las Américas: ¿es suficiente el crecimiento económico? *Rev. Panam. Salud Pública.* 2018; 42(86):1-7.
19. World Health Organization. World Health Statistics 2016. Monitoring Health for the SDG. 2016. [acceso em 2017 set 12]. Disponible em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/.
20. Batista T, Mattos R. Sobre política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: Mattos R, Batista T. Caminhos para análise das políticas de saúde. Porto Alegre: Rede Unida; 2015. p. 83-149.
21. Gil A. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 2008.
22. Labra M. Política, saúde e interesses médicos no Chile (1900-1990). *Ciênc. Saúde Colet.* 2001; 6(2): 361-376.
23. Illanes M. En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia. Historia social de la salud pública. Chile 1880-1973. Santiago de Chile: Colectivo de Atención Primaria; 1993.
24. Parada M. Evolución del sistema de protección social de la salud en Chile. Un análisis sociológico. [tese].

- Barcelona: Universitat de Barcelona; 2004. [acesso em 2020 maio 28]. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/19577113.pdf>.
25. Molina C. Institucionalidad sanitaria chilena 1889-1989. Santiago de Chile: LOM; 2010.
 26. Zárate M. Por la salud del cuerpo, historia y políticas sanitarias en Chile. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2011.
 27. Merino C. Del proyecto interrumpido de la democratización de la salud a la práctica médica neoliberal en Chile. Osorno: Editorial Universidad de Los Lagos; 2016.
 28. Chile. Ley del Seguro Social Obligatorio. 1924. [acesso em 2017 ago 21]. Disponível em: <https://www.leychile.cl/Consulta/listaresultadosimple?cadena=ley+4054>.
 29. Campillay M. ¿Salud para todos? La atención primaria de salud en Chile y los 40 años de Alma Ata, 1979-2018. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2018.
 30. Arellano J. Políticas Sociales y Desarrollo. Santiago de Chile: CIEPLAN; 1985.
 31. Massardo J. Extensión del estado en la sociedad civil y protección social de la salud (1865-1924). In: Urbina L. Historia de la protección social de la salud en Chile. Santiago de Chile: LOM; 2009. p. 39-55.
 32. Chile. Modifica Ley 4.053 relacionada con el Seguro Obligatorio. 1952. [acesso em 2017 set 12]. Disponível em: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=26387>.
 33. Molina C. Antecedentes del Servicio Nacional de Salud. Historia de debates y contradicciones. Chile 1932-1952. Cuad. Med. Soc. 2006; 46(4):284-304.
 34. Horwitz A. Servicio Nacional de Salud Pública chilena. In: MINSAL. La salud en el proceso de desarrollo chileno. Santiago de Chile: MINSAL; 1995. p. 63-83.
 35. Labra M. Medicina Social en Chile: propuestas y debates (1929-1950). Cuad. Med. Soc. 2004; 44(4):207-219.
 36. Jiménez J. Mística, ciencia y política en la construcción de sistemas de salud. La experiencia de Chile. Salud Pública Méx. 2001; 43(5):485-492.
 37. Azevedo C. La provisión de servicios de salud en Chile: aspectos históricos, dilemas y perspectivas. Rev. Saúde Pública. 1998; 32(2):192-199.
 38. Zárate M, Godoy L. Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud de Chile (1952-1964). Hist. Ciênc. e Saúde-Manguinhos. 2011; 18(1):131-151.
 39. Molina C. La Ley de Medicina Curativa. Un análisis histórico de sus antecedentes y efectos en la institucionalidad sanitaria chilena. Parte I. Cuad. Med. Soc. 2006; 46(1):74-100.
 40. Molina C. La Ley de Medicina Curativa. Un análisis histórico de sus antecedentes y efectos en la institucionalidad sanitaria chilena. Parte II. Cuad. Med. Soc. 2006; 46(1):74-100.
 41. Salazar G. Lo social (popular) y lo político (nacional) en Chile ¿Crisis del modo clientelista de articulación? In: CLACSO. Movimientos sociales y política, el desafío de la democracia en América Latina. Santiago de Chile: CLACSO; 1990. p. 183-197.
 42. Garretón M, Malva E. ¿Reformas del estado o cambio de la matriz sociopolítica? Revista Perfiles Latinoamericanos. 1993; 1(1):133-170.
 43. Tomassini T, Armijo M. Reforma y modernización del Estado, experiencias y desafíos. Santiago de Chile: LOM; 2002.
 44. Meller P. Resultado de cuatro gobiernos chilenos 1958-1989. Santiago de Chile: CIEPLAN; 1990.
 45. Labra M. La reinención neoliberal de la inequidad en Chile: el caso de la salud. Cad. Saúde Pública. 2002; 18(4):1041-1052.
 46. Manuel A. The Chilean Health System: 20 Years of Reforms. Salud Pública Méx. 2002; 44(1):60-68.
 47. Chile. Decreto Ley 2763. Reorganiza el Ministerio de

- Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile, y la Central de Abastecimiento del Sistema de Servicios de Salud. 1979. [acceso em 2017 set 23]. Disponible em: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=6999>.
48. Sepúlveda C. El significado histórico de la reforma de la atención de salud en Chile. *Cuad. Méd. Soc.* 2004; 43(1):21-36.
 49. Chile. DFL 3: Fija normas para el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud, por parte de Instituciones de Salud Previsional. 1981. [acceso em 2017 set 12]. Disponible em: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=3570>.
 50. Tetelboin C. La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile 1973-1990. Ciudad de México: UAM-X; 2003.
 51. Labra M. Política de saúde no Chile e no Brasil. Contribuições para uma comparação. *Ciênc. Saúde Colet.* 2001; 6(2):361-376.
 52. Homedes N, Ugalde A. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. *Gac. Sanit.* 2002; 16(1):54-62.
 53. Tetelboin C, Granados J. Las ISAPRE y su impacto en el sistema de salud chileno. *Nueva Época.* 1999; 4(7):7-14.
 54. Oyarzo C. La descentralización financiera en Chile en la década de los noventa. *Rev. Panam. Salud Pública.* 2000; 8(1/2):72-82.
 55. Prada C, Chavez S. Health system structure and transformations in Colombia between 1990 and 2013: a socio-historical study. *Critical Public Health.* 2019; 29(3):314-324.
 56. Prada C, Chavez S. Options and political stream in the formulation of the Colombian health system (Bill 100). *Saúde debate.* 2014; 38(100):35-49.
 57. Arteaga O. El difícil camino desde el diseño a la implementación de las reformas de salud. *Revista chilena de salud pública.* 2004; 8(1):39-43.
 58. Lenz R. Proceso político de la Reforma AUGE de Salud en Chile. Algunas lecciones para América Latina. 2007. [acceso em 2018 jan 21]. Disponible em: http://www.cieplan.org/media/publicaciones/archivos/154/Capitulo_1.pdf.
 59. Chile. Ministerio de Salud. Objetivos Sanitarios 2000-2010. 2002. [acceso em 2018 jan 12]. Disponible em: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/5.pdf>.
 60. Chile. Establece financiamiento necesario para asegurar los objetivos sociales prioritarios del gobierno. 2003. [acceso em 2018 jan 12]. Disponible em: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=213493&idParte=0>.
 61. Chile. Modifica el D.L. N° 2.763, de 1979 con la finalidad de establecer una nueva concepción de autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. 2004. [acceso em 2018 jan 21]. Disponible em: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=221629&idParte=0>.
 62. Chile. Ley 19.966. Establece un Régimen de Garantías en Salud. 2004 [acceso em 2018 jan 12]. Disponible em: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=229834&idParte=0>.
 63. Chile. Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud. 2016. [acceso em 2018 jan 13]. Disponible em: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1088081&idVersion=2016-07-01>.
 64. Chile. Ley 20.015. Modifica Ley N° 18.933, sobre Instituciones de Salud Previsional. 2005. [acceso em 2018 jan 12]. Disponible em: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=238102&idParte=0>.
 65. Chile. Ley 20.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. 2012. [acceso em 12 jan 2018]. Disponible em: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>.

66. Erazo Á. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La Protección Social en Chile. El plan AUGE: avances y desafíos. 2011. [acesso em 21 jan 2018]. Disponível em: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/5218-la-proteccion-social-chile-plan-auge-avances-desafios>.
67. Valdivieso V, Montero J. El plan AUGE: 2005 al 2009. *Rev. Med. Chile*. 2010; 138(8):1040-1046.
68. Paraje G, Infante A. La Reforma AUGE, diez años después. In: Larrañaga O, Contreras D. Las nuevas políticas de protección social en Chile. Santiago de Chile: Uqbar Editores; 2015. p. 73-112.
69. MINSAL. Plan Extraordinario para la Reducción de Listas de Espera No AUGE. 2015. [acesso em 2018 jan 12]. Disponível em: <http://www.minsal.cl/plan-extraordinario-para-la-reduccion-de-listas-de-espera-no-auge/>.
70. Olavarria M. ¿Cómo cambian las políticas públicas? Análisis de la formulación del Plan AUGE. In: Olavarria M. ¿Cómo se formulan las políticas públicas en Chile? Tomo 2: el Plan AUGE y la reforma de la salud. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 2011. p. 59-99.
71. Mayol A. La Nueva Mayoría y el fantasma de la Concertación. Cambios estructurales o la medida de lo posible. Santiago de Chile: CEIBO; 2014.
72. Parada M. Financiamiento solidario: un espejismo en la reforma sanitaria chilena. *Cuad. Méd. Soc*. 2005; 45(2):138-143.
73. Moulian T. Chile actual, anatomía de un mito. Santiago de Chile: Ediciones LOM; 2002.
74. Tetelboin C. Sistema de saúde, desenvolvimento e direitos no Chile: uma questão a ser construída. In: Cohn A, organizador. Saúde, cidadania e desenvolvimento. Rio de Janeiro: Centro Internacional Celso Furtado de Políticas para o Desenvolvimento; 2013. p. 185-220.
75. Tetelboin C. Tendencias y contratendencias en el sistema de salud de Chile en el marco de la situación regional. In: Tetelboin C, Laurell A. Por el derecho universal a la salud, una agenda latinoamericana de análisis y lucha. Ciudad de México: CLACSO; 2015. p. 75-98.
76. Alames. Chile: el derecho a la salud. 2015. [acesso em 2018 jan 14]. Disponível em: <http://www.alames.org/index.php/documentos/libros/medicina-social/informes>.
77. Almeida P, Oliveira S, Giovanella L. Integração de rede e coordenação do cuidado: o caso do sistema de saúde do Chile. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(7):2213-2228.
78. Parada M, Reyes C, Cuevas K, et al. Transformaciones del sistema de salud público post Reforma AUGE-GES en Valparaíso. *Revista chilena de salud pública*. 2014; 18(2):127-139.

Recebido em 01/09/2019

Aprovado em 08/04/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)

A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa

The choice of the mode of delivery and the autonomy of women in Brazil: an integrative review

Nathalia Fernanda Fernandes da Rocha¹, Jaqueline Ferreira¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012521

RESUMO O artigo trata de uma revisão integrativa sobre os determinantes que envolvem a escolha da via de parto no Brasil. Foram selecionados e analisados 15 documentos evidenciando a escolha da via de parto sob a perspectiva da autonomia das mulheres e a prevalência da cirurgia cesariana. O estudo revelou três categorias para análise: perfil socioeconômico das mulheres inseridas no atendimento público e privado, relação assimétrica entre os profissionais de saúde e a paciente e aspectos socioculturais que envolvem a escolha da cesárea comumente conhecidos como a ‘cultura da cesárea’. Os achados revelaram que aspectos como acesso aos serviços, violência obstétrica e informação às mulheres sobre as vias de parto são preponderantes. Quanto à autonomia das mulheres, elas não se sentem participativas ou respeitadas na decisão. Ademais, espera-se contribuir para a discussão sobre a elaboração de medidas que garantam o direito da mulher quanto à sua participação na escolha da via de parto, possibilitando a escolha informada e resgatando a autonomia das mulheres em seu processo gravídico-puerperal.

PALAVRAS-CHAVE Parto. Obstetrícia. Cesárea. Medicalização. Saúde da mulher.

ABSTRACT The article deals with an integrative review on the determinants that involve the choice of the mode of delivery in Brazil. Fifteen documents were selected and analyzed showing the choice of the mode of delivery from the perspective of women’s autonomy and the prevalence of cesarean surgery. The study revealed three categories for analysis: socioeconomic profile of women in public and private care, asymmetrical relationship between health professionals and parturient and sociocultural aspects that involve the choice of cesarean section commonly known as the ‘culture of cesarean section’. The findings revealed that aspects such as access to services, obstetric violence, and information to women about the mode of delivery are predominant. As for the autonomy of women, they do not feel participatory or respected in the decision. Furthermore, it is expected to contribute to the discussion on the elaboration of measures that guarantee the woman’s right regarding her participation in the choice of the mode of delivery, enabling the informed choice and rescuing the autonomy of women in their pregnancy-puerperal process.

KEYWORDS Parturition. Obstetrics. Cesarean section. Medicalization. Women’s health.

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (Iesc) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. nathaliaffr@gmail.com



Introdução

As práticas de parto no contexto brasileiro têm sido pauta importante nas discussões em saúde pública nos últimos 30 anos devido à magnitude da mortalidade materna e neonatal e ao uso indiscriminado de tecnologias na assistência¹. Nas propostas de reformulação do cenário, buscam-se o cuidado centrado na mulher e o uso das tecnologias disponíveis de forma menos intervencionista e mais humanizada.

O modelo obstétrico brasileiro vigente, caracterizado pelas altas taxas de cesarianas, tem sido apontado como causa dos elevados índices de óbito materno e neonatal². Esse fenômeno característico de intensa medicalização do processo do nascimento, resultado do desenvolvimento tecnológico, mas com persistência de ressaltados números de morbimortalidade materna e perinatal, é definido por Diniz³ como paradoxo perinatal brasileiro.

Por outro lado, estudos com diversas metodologias apontam a insatisfação de mulheres acerca da via de parto⁴⁻⁹. Tal demanda justifica o aumento de mulheres de condições socioeconômicas diferenciadas em busca de partos domiciliares ou instituições que respeitem o modelo de humanização do parto e nascimento proposto pelo Ministério da Saúde⁷. Isso indica a relevância de pesquisas e discussão sobre os fatores que envolvem a escolha da via de parto das mulheres no Brasil.

Dessa forma, esta pesquisa objetivou, por meio de uma revisão integrativa de literatura, apresentar e discutir quais os determinantes e como ocorre a escolha da via de parto, levando em conta o direito de autonomia das mulheres.

Metodologia

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa acerca da escolha da via de parto no modelo de atenção obstétrica brasileira, considerando o contexto de medicalização da saúde vivido no Brasil. A escolha pela pesquisa neste formato surgiu da necessidade de sintetizar o

conhecimento publicado acerca da temática, proporcionando uma visão que possibilite o entendimento e a discussão do assunto.

Considera-se que é possível elaborar uma revisão integrativa com diferentes finalidades, logo, a multiplicidade da composição da amostra proporciona um quadro completo de materiais que permite formular um retrato compreensivo do tema, possibilitando o aprofundamento e abrangência das conclusões da revisão¹⁰.

Algumas etapas devem ser seguidas para o desenvolvimento da revisão integrativa. São elas: a elaboração da pergunta/problemática, a coleta bibliográfica, a classificação dos dados, a análise e a discussão dos estudos incluídos e os resultados¹¹.

Conforme já referido, o tema e pergunta norteadora deste estudo é como ocorre a escolha da via de parto e como se insere a autonomia da gestante quanto ao próprio cuidado nesse cenário, tendo em vista o alto índice de cesáreas realizadas no Brasil.

Nesse sentido, foi realizada uma pesquisa bibliográfica no período de agosto a outubro de 2018. As bases de dados utilizadas foram Scientific Electronic Library Online (SciELO), na modalidade integrada ao Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando dois descritores ('medicalização' e 'parto'), assim como seus sinônimos ('alívio', 'parição', 'nascimento', 'parturição'), visando ampliação de busca pelos estudos. Os descritores foram utilizados no intuito de obter uma visão contextualizada sobre o tema. As plataformas internacionais Scopus e Medline foram consultadas, porém, foram desconsideradas da pesquisa por não apresentarem resultados relevantes no âmbito brasileiro.

Utilizaram-se os filtros 'texto completo' e o idioma em português. Após a análise dos títulos e dos resumos, parte dos documentos foi desconsiderada por não se encaixar na temática selecionada.

Os critérios de inclusão utilizados foram: textos completos disponíveis nas plataformas com o tema pertinente à proposta do estudo.

Após leitura dos resumos, configuraram-se, como critério de exclusão, os trabalhos que não se adequaram ao esperado, assim como as duplicatas e os documentos que não fossem em formato de artigo e tese.

Os documentos selecionados foram

publicados no período de 2003 a 2017, abordando o contexto das regiões brasileiras (especialmente as áreas urbanas); e foram agrupados em forma de *quadro 1*, organizados nas colunas: referência/título; metodologia/área de publicação; e proposta do estudo.

Quadro 1. Referência, metodologia, área e proposta dos artigos e teses identificados

Nº	Referência / Título	Metodologia / Área de publicação	Proposta do estudo
1	Cesar JA, Sauer JP, Carlotto K, et al. Cesariana a pedido: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2017; 17(1):99-105.	Quantitativo / Saúde Materno-Infantil	Medir a prevalência e identificar fatores associados à ocorrência de cesarianas a pedido no município de Rio Grande, RS.
2	Souza AB, Silva LC, Alves RN, et al. Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. Rev. Ciênc. Méd. 2016; 25(3):115-128.	Revisão integrativa / Psicologia	Realizar revisão integrativa da literatura sobre os fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional e apresentar as principais evidências encontradas nos artigos selecionados.
3	Oliveira VJ. O sensível e o insensível na sala de parto: interdiscursos de profissionais de saúde e mulheres [tese]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2016. 160 p.	Qualitativo / Enfermagem	Analisar os discursos sobre a assistência ao parto na perspectiva de mulheres/puérperas e profissionais de saúde de uma rede pública, considerando as interações vivenciadas durante o trabalho de parto e parto.
4	Oliveira VJ, Penna CMM. Every birth is a story: process of choosing the route of delivery. Rev. Bras. Enferm. 2018; 71(3):1228-1236.	Qualitativo / Enfermagem	Analisar os discursos sobre escolha da via de parto na perspectiva de mulheres e profissionais de saúde de uma rede pública.
5	Oliveira VJ, Penna CMM. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. Texto Contexto Enferm. 2017; 26(2):2-10.	Qualitativo / Enfermagem	Analisar os discursos de mulheres e profissionais de saúde sobre a assistência ao parto, considerando as situações vivenciadas e as interações construídas entre eles durante o trabalho de parto e parto.
6	Leão MRC, Riesco MLG, Schneck CA, et al. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. Ciênc. Saúde Colet. 2013; 18(8):2395-2400.	Qualitativo / Saúde Coletiva	Refletir sobre o excesso de cesarianas no Brasil em uma perspectiva crítica e propositiva.
7	Cabral FB, Hirt LM, Van der Sand ICP. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. Rev. esc. enferm. USP. 2013; 47(2):281-287	Qualitativo e exploratório-descriptivo / Enfermagem	Conhecer a percepção de puérperas sobre atendimento em serviço de pré-natal.
8	Freire NC, Nunes IM, Almeida MS, et al. Parto normal ou cesárea? A decisão na voz das mulheres. Rev Baiana Enf. 2011; 25(3):237-247.	Qualitativa / Enfermagem	Descrever o processo de tomada de decisão das mulheres sobre a via de parto.
9	Pires D, Fertonani HP, Conill EM, et al. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2010; 10(2):191-197.	Qualitativo e exploratório-descriptivo / Saúde Materno-Infantil	Focalizar, por meio de um recorte de uma pesquisa multicêntrica realizada em três capitais da Região Sul, as experiências de usuárias da rede suplementar, buscando contribuir para a compreensão da influência da assistência profissional na escolha do tipo de parto realizado nesse segmento.
10	Porto AMF, Amorim MMR, Souza ASR. Assistência do primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. Femina. 2010; 38(10):527-537.	Revisão sistemática / Medicina	Oferecer recomendações baseadas em evidências para a assistência ao primeiro período do trabalho de parto em gestações de baixo risco, contemplando o diagnóstico do trabalho de parto e recomendações, como intervenções maternas, propedêutica fetal, utilização do partograma e manejo ativo do trabalho de parto.

Quadro 1. (cont.)

Nº	Referência / Título	Metodologia / Área de publicação	Proposta do estudo
11	Barbosa GP, Giffin K, Angulo-Tuesta A, et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? Cad. Saúde Pública. 2003; 19(6):1611-1620.	Quantitativo-qualitativo / Saúde Pública	Investigar a existência de uma 'cultura de cesárea', ou preferência por esse tipo de parto, por meio de uma amostra de 909 puérperas (454 vaginais e 455 cesáreos) em duas maternidades do município do Rio de Janeiro.
12	Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. Physis. 2015; 25(3):885-904.	Qualitativa / Saúde Coletiva	Discutir o desenvolvimento de uma cultura material em torno do parto e do nascimento em um contexto de utilização maciça de inovações tecnocientíficas e explorar a hipótese da normalização da cesariana como modo de nascer, por meio da análise de relatos de mulheres que realizaram cesáreas em maternidades privadas do Rio de Janeiro e São Paulo.
13	Gama AS, Giffin KM, Angulo-Tuesta A, et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(11):2480-2488.	Qualitativa / Saúde Pública	Analisar as diferentes representações e experiências das mulheres quanto ao parto vaginal e cesárea, bem como investigar a natureza das relações profissionais de saúde/usuárias no contexto institucional em que estão inseridas, supondo que contribuem para a manutenção de altas taxas de cesárea e de outras intervenções no parto, nos diferentes modelos de organização dos serviços: público, conveniado com o SUS e privado.
14	Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. Ciênc. Saúde coletiva. 2013; 18(4):1059-1068.	Qualitativa / Saúde Coletiva	Oferecer subsídios teóricos que sustentem a proposta de que a promoção da maternidade segura requer a efetiva participação de obstetrias e enfermeiras obstetras, profissionais que, a partir da perspectiva da promoção da saúde, podem colaborar na constituição de uma rede efetiva de cuidados, cuja premissa básica seja a atenção humanizada e baseada em evidências científicas, a fim de melhorar a experiência da mulher e da família no processo de gestação, parto e pós-parto.
15	Diniz CSG. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2001. 255 p.	Qualitativa / Medicina Preventiva	Estudar as possibilidades e os limites da implantação de propostas de reorganização da assistência ao parto em maternidades da cidade de São Paulo, mediante estudo de caso, orientados pela ideia de humanização e de medicina perinatal baseada na evidência científica. Os achados sugerem que entre os fatores que podem tornar possível ou limitada esta humanização do parto estão a adequação do acesso aos leitos, da comunicação entre os sujeitos, do manejo da dor e dos tempos no parto; assim como a presença ou não de uma cultura de reconhecimento pelos profissionais tanto da evidência científica quanto dos direitos das mulheres.

Fonte: Elaboração própria.

Resultados e discussões

A busca resultou em 538 documentos. Após as análises, foram selecionados 15 documentos para compor a revisão. A grande maioria dos estudos é qualitativa (11). As áreas preponderantes dos artigos encontrados foram saúde coletiva/pública (6) e enfermagem (5). As áreas de saúde coletiva/pública e enfermagem predominam na elaboração dos artigos analisados, revelando como elas têm como suas prioridades de estudos questões como

medicalização e humanização da assistência. No caso da enfermagem, os estudos refletem como essa categoria profissional é particularmente tocada por essas questões, o que justifica seus investimentos nesse tema.

Após leitura integral e análise dos documentos, foram definidas três categorias de análise que permeiam a escolha da via de parto e autonomia das mulheres: perfil socioeconômico das mulheres inseridas no atendimento público e privado; relação assimétrica entre os profissionais de saúde e a paciente;

e aspectos socioculturais que envolvem a escolha da cesárea comumente conhecidos como a ‘cultura da cesárea’.

Perfil socioeconômico das mulheres inseridas no atendimento público e privado

Para compreender o cenário de assistência ao parto no Brasil, é importante identificar os perfis socioeconômicos dos atores envolvidos, em que contexto se inserem, quais são as características predominantes de cada serviço e suas disparidades. Os trabalhos que abordaram essa perspectiva socioeconômica indicam, por meio de métodos quantitativos e qualitativos, o perfil das mulheres atendidas nas instituições estudadas. De modo geral, no setor público, predominam mulheres que se declaram pardas ou negras, com baixo grau de escolaridade, baixo poder aquisitivo, ao passo que, no setor suplementar e privado, predominam as mulheres brancas, com alto grau de escolaridade e alto poder aquisitivo. As idades das entrevistadas em ambos os setores apresentam variação, sendo possível afirmar que, no setor público, as mulheres engravidam mais cedo, na faixa etária entre 18 anos e 30 anos; e no setor privado, a maioria situa-se na entre 30 anos e 40 anos^{9,12-19}.

Não obstante, a maioria das mulheres que busca atendimento no setor privado é atendida pelo mesmo médico durante todo seu pré-natal e parto. No entanto, a assistência na rede privada durante a gestação e parto não garante que a mulher receba mais informação e se sinta mais empoderada, apesar da condição de pagante^{9,15}.

Os resultados do artigo de Pires¹⁶ mostraram que, em um grupo de mulheres com melhor renda e escolaridade, verifica-se altíssima incidência de cesarianas. O estudo de Nakano¹⁸ avaliou a normalização da cesárea como modo de nascer, realizando um estudo entre mulheres do setor privado, de classe alta, que residiam nas áreas nobres do Rio de Janeiro (Zona Sul e Barra da Tijuca especificamente).

A maioria das mulheres entrevistadas (73%, n=24) já havia decidido o parto por via cirúrgica, mesmo antes de engravidar; e as demais, quase a totalidade, fizeram essa opção logo no início da gestação. Para essas mulheres, aspectos como conforto, privacidade, praticidade – como no caso do agendamento da data do parto por exemplo – e atenção personalizada são indispensáveis no ciclo gravídico-puerperal, e acreditam que isso não é disponibilizado no setor público, supervalorizando os recursos materiais e estruturais. Os autores ressaltam que, na preferência da cesariana, nenhuma mulher acompanhada no setor suplementar cogitou a possibilidade de recusa médica.

Por outro lado, como referem Gama¹⁹, recentemente, há um movimento em que as informantes do setor suplementar estão buscando cada vez mais o parto normal por valorizarem as práticas mais ‘naturais’. Percebe-se, então, que há dois movimentos nesse grupo social: o das mulheres que relatam medo ou desgosto pelo parto normal e o daquelas que se sentiram frustradas por não o terem realizado.

Outros trabalhos^{8,9} mostram que as mulheres mais pobres do setor público não são empoderadas no pré-natal, não recebem informação necessária e têm medo de interpelar os profissionais de saúde sobre o parto. Todavia, são elas que sofrem menos intervenção cesariana, mas, por outro lado, sofrem mais procedimentos dolorosos, como a aceleração do trabalho de parto e de baixo uso de analgesia obstétrica.

Relação assimétrica entre os profissionais de saúde e a paciente

A maioria dos artigos integrantes da revisão abordou a relação médico-paciente como um fator essencial na determinação da via de parto das mulheres no Brasil^{13,14,16,17,19-22}. Nota-se o médico como ator principal no cenário do parto, enquanto a mulher se torna coadjuvante, já que a medicalização tornou o parto um evento médico, no qual a parturiente não se sente ativa no processo de dar à luz o seu

filho²⁰. Essa relação assimétrica é permeada pela supervalorização do saber técnico dotado pela equipe, que presume o não saber da mulher, desconsiderando sua capacidade de participar do próprio processo fisiológico. Logo, no contexto vivido pelas mulheres nas maternidades do Brasil, os sentimentos de angústia e temor são frequentes entre as usuárias, pois o cuidado recebido vai contra o cuidado esperado¹⁵.

Há uma grande discussão em torno do respeito à autonomia das mulheres envolvendo o Conselho Federal de Medicina, que defende o direito à autonomia das mulheres em relação à cesariana a pedido²³. No sentido oposto, as mulheres sentem-se impossibilitadas de questionar a necessidade ou não da cesárea, diante da postura hostil ou autoritária dos profissionais de saúde^{19,21}. Diante desses elementos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimula, desde 1986, o plano de parto. Essa proposta objetiva ser uma “ferramenta educativa que provoca rupturas simbólicas na relação hierárquica das mulheres com os profissionais”²⁴, pois encoraja as gestantes a buscarem informações sobre o processo do parto e nascimento, baseando-se em evidências científicas e preferências da gestante. Por se tratar de um documento, ele deve ser assinado pelos profissionais responsáveis pelo cuidado da mulher na hora do parto, e deve ser anexado ao seu prontuário. Apesar de ser um meio de estimular o protagonismo da mulher, não é uma prática largamente difundida e até mesmo recentemente recusada pela atenção obstétrica brasileira, não havendo consenso entre o cuidado que as mulheres devem esperar e o cuidado que os profissionais se propõem a oferecer. Ainda que outros profissionais possam reconhecer a importância do plano de parto da mulher, a postura verticalizada do cuidado prestado na hora do parto faz com que o obstetra, que, na maioria das instituições brasileiras, é quem atende as parturientes, não considere as escolhas da mulher, podendo, inclusive, resultar em retaliação e negligência²⁴.

O artigo de Souza et al.²⁰ constata que os próprios profissionais reconhecem as práticas discriminatórias e desrespeitosas, consideradas como violência obstétrica, no cotidiano da assistência à mulher. O impacto da violência obstétrica vai desde a perspectiva macro até a micro, uma vez que desfavorece o vínculo e a promoção da saúde. Isso contribui para que o parto, no imaginário das mulheres, seja necessariamente associado à dor e ao sofrimento, naturalizando a violência. Consequentemente, tamanha proporção contribui para o aumento e para a manutenção das taxas de mortalidade materna e neonatal devido ao excesso de intervenções desnecessárias e a uma assistência que favorece a negligência, a imprudência e a imperícia.

O artigo de Oliveira e Penna¹³ conclui que, apesar de algumas mulheres assumirem a cesárea como escolha inicial, elas não estão sendo orientadas das vantagens e desvantagens da via de parto adequadamente e não estão conscientes dos riscos da prematuridade e outras implicações. Observa-se, na fala das mulheres, ao justificarem a submissão à cesárea por indicação médica, a incorporação de argumentos técnicos do campo da saúde, como parada da dilatação, rompimento uterino, infecção e perda de líquido.

Conforme o decorrer da gestação, as indicações para a cesárea vão surgindo: ‘bebê grande’, ‘bacia pequena’, ‘cordão enrolado’, ‘bebê atravessado’, ‘pouco líquido’, ‘muito líquido’, ‘dificuldade de dilatação’, diagnosticados pelo médico e reforçados por relatos de pessoas do meio social da gestante sobre partos difíceis. O artigo de Oliveira e Pena¹³ identifica, no discurso dos médicos entrevistados, o desejo de que o parto evolua e aconteça o mais rápido possível, para que a equipe médica possa dar sequência ao atendimento de outras mulheres ou para realizar outras atividades, o que pode justificar um atendimento intervencionista e cesarista. A assistência ao parto organizada como uma linha de montagem²⁵, na qual para cada estágio do parto a mulher é transferida para um setor da maternidade,

estipulando-se tempo para a conclusão de cada etapa, desrespeita a fisiologia do parto. Nesse sentido, fatores como indisponibilidade de leitos diante da grande demanda, equipe reduzida, metas institucionais a serem alcançadas, conveniência do médico aparecem nos estudos como possíveis justificativas para o modelo tecnocrático vigente de atenção ao parto no Brasil^{9,16,19-21,26,27}. Esse modelo institui que as mulheres, ao darem entrada na maternidade, são obrigadas a entregar seus pertences, despindo-se de seus trajes, são imobilizadas em diversos momentos, restritas de água e alimentos; e, muitas vezes, seu direito de ter acompanhante é violado^{22,26,27}.

Sobre a escolha da via de parto, o artigo de Barbosa¹⁷ apresenta que, em sua pesquisa, a maioria absoluta das mulheres (82,9%) informou não ter demandado a cesariana, tanto aquelas que tiveram parto vaginal (81%) como as que foram submetidas ao parto operatório (85%), considerando o tamanho da amostra igual a 909 entrevistadas, distribuídas no setor público e privado.

Grande parte dos estudos identifica que a maioria das mulheres apresenta preferência a uma via de parto – seja vaginal ou cirúrgica –, porém, conformam-se quando o parto não acontece como esperado, comprovando que elas não participaram ou não se sentem ativas/respeitadas na escolha da sua via de parto^{9,13,16,17,19-21,26}. Para muitas mulheres, o ‘destino’ ou a ideia de que ‘foi Deus quem quis assim’ é o que opera na decisão dos médicos sobre a forma que se dará o parto. Na perspectiva do médico, a assistência ao parto vai além do saber técnico e envolve questões imprevisíveis, que fogem à regra dos protocolos das instituições¹³. Percebe-se que a escolha da via de parto é muito mais do que um desejo por parte das mulheres, pois depende do acesso às orientações durante o período pré-natal e envolve aspectos familiares e culturais^{13,15}.

No que diz respeito à satisfação da mulher quanto ao próprio parto^{15,16,20}, os estudos relatam que um número considerável de mulheres sentiu insatisfação quanto à sua

experiência de parto pela impotência diante das decisões médicas e da falta de informações adequadas. O artigo de Gama¹⁹, ao abordar a satisfação em relação às informações recebidas durante a gestação e parto entre as mulheres, constatou que as usuárias do setor privado se sentiram mais satisfeitas devido ao fato de terem feito o pré-natal e o parto com o mesmo obstetra, o que trouxe maior sensação de segurança.

Destaca-se a importância do pré-natal nesse processo, por ser o momento ideal para a promoção e educação em saúde, a partir das consultas e encontros com os serviços. A descontinuidade da atenção e a fragmentação do vínculo com os profissionais durante o pré-natal são apontadas como contribuintes para a insatisfação das mulheres durante sua gestação¹⁴.

Argumentos relacionados com os critérios técnicos em contraposição ao desejo das mulheres de não sofrer desnecessariamente no parto normal¹³ são presentes no discurso médico, e ressaltam a importância de debater sobre a qualidade do parto normal oferecido nas instituições brasileiras. É válido, inclusive, pensar na classificação de ‘parto normal’: a mudança de cenários, atores, cuidados e paradigmas na assistência ao parto ao longo dos tempos permite ainda que o parto vaginal seja chamado de ‘normal’, mesmo que se configure de forma completamente diferente no período pré-medicalização e pós-medicalização? Autores como Diniz²⁵ questionam que o que consideramos como ‘normal’ é o parto vaginal dirigido, ou seja, aquele que segue as rotinas hospitalares, que ocorre com a mulher imobilizada ou semi-imobilizada na maca ou leito, privada de alimentação e ingesta de líquidos, usando drogas para a indução ou aceleração do parto, parindo deitada de barriga para cima e as pernas levantadas, com eventual uso de fórceps e, rotineiramente, com a realização de episiotomia. Assim, a discussão sobre a qualidade do parto normal no Brasil deve ser considerada tão relevante quanto as taxas alarmantes de cesariana, uma vez que ambas as questões interferem nos indicadores de mortalidade materna e neonatal, assim como determinam o

cenário de violência obstétrica. Nesse sentido, o desrespeito à autonomia, a realização de intervenções sem a devida explicação e consentimento, a falta de informação, assim como as ‘falsas’ informações às gestantes, como, por exemplo, cesarianas indicadas por motivos inadequados ou irreais, entre outras práticas relacionadas com o parto, são considerados como violência obstétrica.

No que se refere à formação médica, procedimentos como a cesariana fazem parte do aprendizado de estudantes de obstetrícia, alertando que, na prática, a cirurgia não é somente indicada em casos de risco para a mulher e para o bebê, mas também para ensino. O artigo de Souza²⁰ descreve situações em que mulheres são objetificadas em prol do treinamento de residentes em obstetrícia. Algumas práticas violentas observadas pela pesquisa foram: proibição de acompanhante (9,3%), falhas no esclarecimento de dúvidas (16,3%) e procedimentos obstétricos sem autorização/esclarecimentos (27,3%) e episiotomia (25,5%). De acordo com Hotimsky²⁸, a socialização dos estudantes de medicina favorece o distanciamento dos alunos e dos pacientes, a naturalização das hierarquias sociais, assim como a ‘coisificação’ dos corpos, que passam a ser vistos como objeto de treinamento. Por outro lado, o artigo de Souza²⁰ aponta um estudo que observou a inserção das disciplinas de humanidades na grade curricular do ensino em saúde no Brasil, sendo a temática da humanização do cuidado um dos eixos abordados. Contudo, os alunos não demonstraram interesse no tema, considerando ‘desinteressante e dispensável’²⁰, em parte pela forma na qual o assunto é abordado nas aulas.

Também é importante considerar a hierarquia entre os profissionais da medicina e enfermagem, que influencia diretamente na assistência prestada, pois restringe a atuação da enfermagem. Nesse sentido, o artigo de Oliveira e Penna²¹ aborda como o parto pode ser traumático, não só para a mulher como também para a equipe.

No modelo hospitalar brasileiro, a enfermagem é a categoria que dedica mais tempo

aos cuidados da gestante, acompanhando-a em todos os momentos de sua internação. São as(os) enfermeiras(os), técnicas(os) e auxiliares de enfermagem que permanecem ao lado das usuárias, antes e depois de qualquer intervenção médica, monitorando a melhora ou piora do quadro de saúde, observando intercorrências e prestando cuidados que vão para além da técnica.

A enfermagem obstétrica, como premissa, forma profissionais nos moldes do Programa de Humanização do Pré-Natal (PHPN), logo, é inegável a contribuição para a mudança da prática obstétrica, seja por meio da produção científica, seja da assistência. Estudos apontados pelo artigo de Narchi²⁹ comprovam que nenhum país conseguiu reduzir as taxas de mortalidade materna sem investir na formação de obstetrias e enfermeiras obstetras, assim como inseri-las na atenção básica e nas instituições que atendem mulheres na fase gravídico-puerperal. Contudo, a visibilidade e a autonomia dessas profissionais ainda são um problema, sendo necessário o investimento na formação e no campo de atuação. Nesse sentido, a ampliação das Casas de Parto valorizaria o fenômeno do parto e nascimento na perspectiva fisiobiológica e social. As Casas de Parto funcionam como unidades autônomas, dispondo de recursos materiais e humanos, adequados para prestar a assistência humanizada para as mulheres e bebês. Geralmente, são construídas em convênio com unidades de referência próximas, e se caracterizam pelo aspecto de residência, ao invés de unidades hospitalares³¹. A humanização do parto depende da melhoria das relações entre os profissionais de saúde e as usuárias dos serviços. Para isso, são essenciais transformações significativas da formação e da valorização de novos saberes e práticas; aquisição de uma postura mais dialógica e horizontal da equipe com as pacientes; discussão do modelo excessivamente biológico da medicina e adoção de maior responsabilidade política e ideológica dos gestores, visando à retomada do protagonismo da mulher nos

cenários supracitados^{15,20,29}.

Aspectos socioculturais que envolvem a escolha da cesárea comumente conhecidos como a 'cultura da cesárea'

Diante dos estudos e discussões abordadas, é possível entender o rechaço ao parto vaginal. Nas falas de algumas entrevistadas, esse é um evento incontrollável, sangrento, doloroso, arriscado. Ao mesmo tempo, muitas referem não se sentir capazes de parir naturalmente, referindo restrições corporais, como força física, tolerância à dor, altura ou tamanho do quadril como determinantes¹⁸. Logo, a cesárea surge como a solução de todos os problemas, naturalizando-se como a via mais segura de nascer, enquanto, muitas vezes, seu risco é ignorado e desconhecido.

Ao analisar os estudos selecionados, destaca-se, como pontos importantes das narrativas femininas, o medo da dor como a principal justificativa de cesárea a pedido¹³. Se, por um lado, o discurso dos profissionais de saúde alega a persuasão das mulheres na escolha da via do parto sob a alegação de que desejam a cesariana ou que não toleram a dor do parto vaginal, por outro, observam-se os discursos das mulheres sobre terem sua dor negligenciada ou de serem desrespeitadas durante o trabalho de parto^{13,22}.

Entende-se que, em um contexto no qual existe o aprimoramento da técnica cirúrgica, analgésicos e anestésicos, a possibilidade de parir sem dor se torna sedutora, assim como a praticidade do parto cirúrgico para o obstetra. Diniz³⁰ afirma que a obstetrícia que se formou a partir do século XIX – exclusivamente por homens – oferecia a opção do apagamento por meio da sedação. Sendo assim, muitas mulheres, nesse período, pertencentes à classe média e alta, deram à luz inconscientes.

O artigo de Freire et al.¹⁵, por sua vez, resalta que é comum ouvir relatos de mulheres que se consideram incapazes de parir por via vaginal. Desconsideram ou desconhecem

alternativas para o alívio da dor, como as práticas não farmacológicas incentivadas pela OMS: livre movimentação durante o trabalho de parto, massagens, banhos, acupuntura, musicoterapia, entre outras.

Consideram-se ainda, como método de alívio não farmacológico da dor, fatores externos como a presença de acompanhante familiar ou doula. A doula é quem orienta e assiste a nova mãe no parto e nos cuidados com bebê a partir de uma nova proposta de parto humanizado. Seu papel é oferecer conforto, encorajamento, tranquilidade, suporte emocional, físico e informativo. No entanto, muitas vezes, a mulher encontra resistência nas instituições ao solicitar a presença desses assistentes, apesar de ambos terem respaldo legal para acompanhar a parturiente³¹.

O artigo de Gama et al.¹⁹ aborda as representações e vivências de mulheres quanto à dor do parto normal, tanto no setor público quanto no privado. De acordo com as entrevistadas, a aceitação da dor como aspecto intrínseco do ato de parir auxilia no processo do trabalho de parto. Apesar da dor, as entrevistadas afirmam preferir o parto normal pela possibilidade de protagonizarem o nascimento de seus filhos, já que, na cesárea, a imobilização do parto e pós-parto imediato dificulta essa vivência. Por outro lado, o artigo de Barbosa et al.¹⁷ mostra que, entre as mulheres entrevistadas que não desejavam a cesárea, mas que por algum motivo a solicitaram, a maioria absoluta (93,9%) o fez durante o trabalho de parto e/ou parto, confirmando que a dor foi um fator determinante para a escolha.

Considerações finais

A presente revisão integrativa revelou questões sobre pré-natal, ensino profissional, violência obstétrica, tecnologia, direitos, modelos de atenção à saúde, taxa de mortalidade, acesso, entre outros. Isso mostra que não é possível recomendar uma única mudança pontual para que haja melhora na assistência ao parto, sendo

necessário haver reformulações estruturais em todos os aspectos elencados, como na maneira de educar, prevenir, promover e respeitar a saúde, visando ao cuidado da gestante na perspectiva da humanização.

As representações das mulheres em relação à preferência da via de parto sofrem diversas influências, assim como suas possibilidades são limitadas por seus recursos. Durante a presente análise, foi possível observar diversos cenários: mulheres que gostariam de um parto vaginal e tiveram um parto violento; mulheres que, tamanha naturalização da relação assimétrica entre equipe e usuária, sequer sabiam que suas preferências poderiam ter sido consideradas no momento do parto; mulheres que puderam pagar, gostariam de um parto vaginal e não conseguiram; mulheres que puderam pagar e tiveram o parto que desejavam, seja ele qual for (cirúrgico ou natural); e mulheres que desejaram e conseguiram o atendimento que consideraram adequado e satisfatório.

O parto, antes um evento da vida da mulher, no âmbito do privado e sob os cuidados de outras mulheres, passa a ser medicalizado. Ou seja, passa a ser do domínio de médicos homens e realizado na instituição hospitalar. Esse fenômeno justifica a transição da mulher no cenário do parto, de protagonista a coadjuvante. Percebe-se, então, que essa problemática da atenção obstétrica no Brasil não é recente, e são muitos os aspectos que envolvem essa questão (culturais, econômicos, sociais e individuais).

Em geral, observa-se que os resultados do trabalho abordam contextos urbanos brasileiros, particularmente das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, sendo de extrema importância para o enriquecimento da discussão conhecer outros cenários de parto existentes, possibilitando avaliar o impacto da medicalização nas áreas rurais, desprovidas das facilidades tecnológicas e que contam com a atuação – ainda que tímida – das parteiras tradicionais.

Os determinantes sociais mostram que as mulheres de renda mais baixa, atendidas no sistema público, percebem-se menos autônomas e mais vítimas de intervenções

desnecessárias. Já as mulheres com maior renda, usuárias da rede suplementar, sentem a receptividade do médico diante da cesariana a pedido, porém não se sentem adequadamente informadas acerca das vias de parto durante seu acompanhamento. Essa falta de informação mencionada pelas mulheres caracteriza a qualidade da assistência prestada.

O medo da dor e o medo de sofrer violência na hora do parto apareceram nos discursos como fatores negativos do parto normal, o que reflete o impacto da violência obstétrica na saúde e reforça a importância da informação no processo de gestar e parir.

A cesariana destaca-se no cenário, trazendo a discussão sobre o modo ‘normal’ de nascer na sociedade moderna. Altas taxas de cesarianas a pedido ou baseadas em indicações não clínicas, como comodidade do agendamento e mitos, caracterizam o novo perfil obstétrico.

A visibilidade do tema é essencial para o aumento da produção científica e para a mobilização social, ambicionando que a violência obstétrica seja reduzida e passe a ser debatida publicamente, dentro das instituições, mídias e âmbito jurídico. Faz-se necessária uma postura pró-humanização do parto por parte da sociedade civil, gestores e entidades governamentais, que prezam pela dignidade ao parir e nascer, não só como um direito à saúde, mas também como um direito à vida.

No entanto, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro publicou recentemente a Resolução nº 293/2019, que proíbe os médicos do estado de aderirem a qualquer documento, seja o plano de parto ou similares, que “restringam a autonomia médica na tentativa de salvaguardar o bem-estar do binômio materno-fetal”³². Essa Resolução nos leva a pensar em um futuro não muito promissor para a humanização do parto e na necessidade de mais pesquisas sobre a autonomia das mulheres e o papel de cada ator envolvido no parto. Quando um plano de parto se torna ameaçador para a autonomia de um médico, percebe-se o quanto a atenção à saúde da mulher está comprometida pelo modelo vigente.

Colaboradoras

Rocha NFF (0000-0002-2766-4275)* contribuiu substancialmente para a concepção,

análise e interpretação dos dados. Ferreira J (0000-0002-7662-1773)* contribuiu significativamente para a análise, interpretação e revisão do artigo. ■

Referências

1. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev Saúde de Pub. São Paulo*. [internet]. 2011 [acesso em 2020 fev 26]; 45(1):185-194. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100021&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
2. Souza JP. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). *Rev Bras Ginecol Obstet* [internet]. 2015 [acesso em 2018 nov 21]; 37(12):549-51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032015001200549&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
3. Diniz CSG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* [internet]. 2009 [acesso em 2018 nov 30]; 19(2):313-326. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000200012&lng=pt&tlng=pt.
4. Macedo JG, Arraes R. Autonomia da gestante na escolha de parto na realidade da prestação 4ª de assistência médico-hospitalar brasileira. In: *Anais da 7ª. Jornada de Sociologia em Saúde, Curitiba/PR* [internet]. 2013 [acesso em 2018 nov 8]. Disponível em: <http://www.humanas.ufpr.br/portal/sociologiasaude/files/2013/12/AUTONOMIA-DA-GESTANTE-NA-ESCOLHA-DE-PARTO.pdf>.
5. Leitão FJC. Autonomia da mulher em trabalho de parto. [dissertação] [internet]. Lisboa: Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; 2010. 103 p. [acesso em 2018 dez 19]. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/12422498.pdf>.
6. Weidle WG, Medeiros CRG, Grave MTQ, et al. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? *Cad. Saúde Colet.* [internet]. 2014 [acesso em 2018 nov 12]; 22(1):46-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2014000100046&script=sci_abstract&tlng=pt.
7. Silva DO, Silva GA, Andrade TS, et al. O desejo da mulher em relação à via de parto: uma revisão de literatura. *Cadernos da Graduação* [internet]. 2015 [acesso em 2018 nov 22]; 3(1):103-114. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiossaude/article/view/2582>.
8. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2002 [acesso em 2018 nov 8]; 18(5):1303-1311. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500023&lng=en.
9. Leão MRC, Riesco MLG, Schneck CA, et al. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- das mulheres. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2013 [acesso em 2018 out 8]; 18(8):2395-2400. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000800024&lng=en.
10. Whittemore R. Combining evidence in nursing research: methods and implications. Nurs. Res. [internet]. 2005 [acesso em 2018 nov 5]; 54(1):56-62. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15695940>.
 11. Crossetti MGO. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem: o rigor científico que lhe é exigido. Rev Gaúcha Enf. [internet]. 2012 [acesso em 2018 nov 6]; 33(2):8-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/01.pdf>.
 12. Cesar JA, Sauer JP, Carlotto K, et al. Cesariana a pedido: um estudo de base populacional no extremo Sul do Brasil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [internet]. 2017 [acesso em 2018 nov 8]; 17(1):99-105. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292017000100099&lng=en.
 13. Oliveira VJ, Penna CMM. Every birth is a story: process of choosing the route of delivery. Rev. Bras. Enferm. [internet]. 2018 [acesso em 2018 nov 8]; 71(3):1228-1236. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901228&lng=en.
 14. Cabral FB, Hirt LM, Van der Sand ICP. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. Rev. esc. enferm. USP [internet]. 2013 [acesso em 2018 nov 8]; 47(2):281-287. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00806234201300020002&lng=en.
 15. Freire NC, Nunes IM, Almeida MS, et al. Parto normal ou cesárea? A decisão na voz das mulheres. Rev Baiana Enf. [internet]. 2011 [acesso em 2018 nov 9]; 25(3):237-247. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6027>.
 16. Pires D, Fertoni HP, Conill EM, et al. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [internet]. 2010 [acesso em 2019 nov 10]; 10(2):191-197. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000200006&lng=en.
 17. Barbosa GP, Giffin K, Angulo-Tuesta A, et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?. Cad. Saúde Pública [internet]. 2003 [acesso em 2018 nov 8]; 19(6):1611-1620. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000600006&lng=en.
 18. Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. Physis [internet]. 2015 [acesso em 2018 nov 11]; 25(3):885-904. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312015000300885&lng=en.
 19. Gama AS, Giffin KM, Angulo-Tuesta A, et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. Cad. Saúde Pública [internet]. 2009 [acesso em 2018 nov 15]; 25(11):2480-2488. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100017&lng=en.
 20. Souza AB, Silva LC, Alves RN, et al. Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. Rev. Ciênc. Méd. [internet]. 2016 [acesso em 2018 nov 14]; 25(3):115-128. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-859888>.
 21. Oliveira VJ, Penna CMM. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. Texto Contexto Enferm. [internet]. 2017 [acesso em 2018 out 20]; 26(2):2-10. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e06500015.pdf.
 22. Rangel VM, Camargo Jr KR. A negociação de um corpo com dor: racionalidade biomédica na dinâmica ritualizada do trabalho de parto hospitalar. Physis [internet].

- 2016 [acesso em 2018 out 8]; 26(4):1293-1310. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S0103-73312016000401293&lng=en>.
23. Ferrari J. A autonomia da gestante e o direito pela cesariana a pedido. *Rev Bioética* [internet]. 2009 [acesso em 2018 out 15]; 17(3):473-495. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista-bioetica/article/viewFile/512/513>.
 24. Andrezzo HFA. O desafio do direito à autonomia: Uma experiência de Plano de Parto no SUS. [dissertação] [internet]. São Paulo: Faculdade de Saúde, Universidade de São Paulo; 2016. 111 p. [acesso em 2018 dez 10]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-07112016141429/publico/HalanaFariaDeAguiarAndrezzo.pdf>.
 25. Diniz CSG. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. [tese] [internet]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2001. 255 p. [acesso em 2018 dez 5]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=443320&indexSearch=ID>.
 26. Oliveira VJ. O sensível e o insensível na sala de parto: interdiscursos de profissionais de saúde e mulheres. [tese] [internet]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2016. 160 p. [acesso em 2020 jun 11]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31071>.
 27. Porto AMF, Amorim MMR, Souza ASR. Assistência do primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina* [internet]. 2010 [acesso em 2018 dez 15]; 38(10):527-537. Disponível em: http://bhpe-lopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/artigo_femina_assistencia_ao_parto_parte_I.pdf.
 28. Hotimsky SN. A violência institucional no parto no processo de formação médica em obstetrícia. In: Encontro Nacional de Antropologia do Direito; 2009 ago 21; São Paulo. São Paulo: USP; 2009. [acesso em 2020 jun 11]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/268425794_A_violencia_institucional_no_parto_no_processo_de_formacao_medica_em_obstetricia.
 29. Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2013 [acesso em 2018 nov 8]; 18(4):1059-1068. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S141381232013000400019&lng=en>.
 30. Diniz CSG. Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social. [dissertação] [internet]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1997. 209 p. [acesso em 2018 dez 15]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=478013&indexSearch=ID>.
 31. Knobel R. Métodos para alívio da dor no trabalho de parto [internet]. Amigas do Parto. 2004 fev 14 [acesso em 2019 jan 20]. Disponível em: http://www.amigasdoparto.org.br/2_007/index.php?Itemid=75&id=252&option=com_content&task=view.
 32. Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro. Resolução nº 293 de 23 de janeiro de 2019. Proibição de adesão, por parte de médicos, a quaisquer documentos, dentre eles o plano de parto ou similares, que restrinjam a autonomia médica na adoção de medidas de salvaguarda do bem estar e da saúde para o binômio materno-fetal. *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro*. 6 Fev 2019. [acesso em 2020 jun 11]. Disponível em: <https://www.cremerj.org.br/resolucoes/exibe/resolucao/1390>

Recebido em 02/06/2019

Aprovado em 29/02/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Atendimento à mulher em situação de violência: construção participativa de um protocolo de trabalho

Assistance to women in situations of violence: participatory construction of a working protocol

Ana Pereira dos Santos¹, Paula Dias Bevilacqua², Cristiane Magalhães de Melo²

DOI: 10.1590/0103-1104202012522

RESUMO Este relato de experiência narra a construção participativa de um Protocolo de Rede para o enfrentamento das violências contra as mulheres em um município de médio porte no estado de Minas Gerais. Com a ausência de políticas especializadas, trabalhadores/as se organizaram de forma a construir um coletivo dialógico e autônomo que, baseado nas premissas da pesquisa-ação, pudesse propor um instrumento que normatizasse e garantisse atenção competente e intersetorial às mulheres em situação de violência sexual e doméstica. A experiência resultou em um diagnóstico construído de forma coletiva, que apontou os principais desafios institucionais vivenciados pelos serviços. Também, partindo da iniciativa dos profissionais que compuseram o grupo de trabalho, articulada à ampla mobilização da sociedade civil, o Protocolo de Rede foi aprovado como Lei de Iniciativa Popular no município. O trabalho coletivo, solidário e multiprofissional, que deu origem ao documento público, continuou, após aprovação da Lei, por meio de um comitê técnico organizado para acompanhamento do Protocolo de Rede, sustentando um espaço educativo para discussão dos atendimentos, sensibilização e formação permanente dos profissionais.

PALAVRAS-CHAVE Violência doméstica. Educação continuada. Colaboração intersetorial.

ABSTRACT This experience reports the participatory construction of a Network Protocol to address violence against women in a medium-sized municipality in Minas Gerais state. Considering a scenario of lack of specialized policies, workers organized themselves in order to build a dialogic and autonomous collective that, based on the premises of action research, could propose an instrument that would regulate and guarantee competent and intersectoral attention to women in situations of sexual and domestic violence. The experience resulted in a diagnosis constructed in a collective way, which pointed out the main institutional challenges experienced by the services. Also, based on the initiative of the professionals who made up the working group, articulated with a broad mobilization of civil society, the Network Protocol was approved as a Popular Initiative Law in the municipality. The collective, solidary and multiprofessional work, which gave rise to the public document, continued, after approval of the Law, through a technical committee organized to follow up the Network Protocol, supporting an educational space for discussion of care, awareness and permanent education of professionals.

KEYWORDS Domestic violence. Continuing education. Intersectoral collaboration.

¹Instituto René Rachou
– Fiocruz Minas – Belo
Horizonte (MG), Brasil.
anapsant3@gmail.com

²Universidade Federal de
Viçosa (UFV) – Viçosa
(MG), Brasil.



Introdução

A partir de 2003, com a criação da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SPM), firma-se, no Brasil, o compromisso fundamental e inadiável de enfrentamento da violência contra as mulheres. A forma privilegiada para se efetivar os quatro eixos (combate, prevenção, assistência e garantia dos direitos) da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres¹ tem sido a conformação das redes, que prevê a atuação articulada entre diferentes serviços e equipamentos, públicos ou não, e a comunidade.

No campo da saúde, podem-se enumerar avanços na atenção à mulher em situação de violência, como a elaboração de normas técnicas que tratam do atendimento aos agravos decorrentes da violência sexual², da anticoncepção de emergência³, da atenção humanizada às situações da interrupção da gravidez previstas em lei⁴ e sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual em hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) – Lei nº 12.845⁵. No eixo prevenção, cita-se a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ações específicas sobre prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, e desdobramentos importantes, como a integração da vigilância das violências ao sistema nacional de vigilância em saúde. Especificamente a Portaria nº 104/2011, que, pela primeira vez, definiu a violência doméstica e sexual como agravo de notificação compulsória⁶, trouxe avanços importantes ao dar visibilidade ao fenômeno e por criar mecanismo institucional para dimensionar a magnitude do problema em nível nacional.

No âmbito da assistência social, a Política Nacional de Assistência Social e o Sistema Único de Assistência Social determinam formas de gerir o sistema que demarca o atendimento continuado e familiar a mulheres em situação de violência⁷. No campo jurídico, a

Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) foi um importante avanço, pois conceitua essa violência como baseada no gênero, além de articular elementos de repressão e prevenção da violência, bem como a responsabilização dos agressores⁸.

Partindo desse cenário, há uma demanda histórica de que esses dispositivos funcionem de forma orgânica, interinstitucional e inter-setorial, envolvendo os serviços no reconhecimento da complexidade do evento violência contra a mulher e colocando-os em diálogo. Seja no âmbito da prevenção ou da atenção à mulher em situação de violência, os mecanismos de enfrentamento precisam se afastar cada vez mais da improvisação, avançando no cuidado com a pessoa agredida e, inclusive, evitando formas de violência institucional, como a revitimização da mulher.

Contudo, a lacuna entre as propostas institucionais e a real situação dos serviços de atendimento convoca a pensar em como são acolhidas, nos cotidianos institucionais, as diretrizes e normas elaboradas pelos agentes do Estado e que orientam os processos de trabalho. Se esses dispositivos legais ou normativos não bastam, o que é necessário fazer para que profissionais se sintam engajados a contribuir, em seu fazer profissional, para o fortalecimento de políticas sociais urgentes?

O relato de experiência a seguir teve como objetivo apresentar a trajetória da construção coletiva de um Protocolo de Atenção às Mulheres em Situação de Violência na cidade de Viçosa – MG, um município de médio porte que não conta com serviços especializados de atendimento às mulheres em situação de violência. Trata-se da apresentação do processo de construção participativa de um protocolo de atendimento em rede – Protocolo de Rede (a partir desse ponto, será referido como ‘Protocolo’), que envolveu trabalhadores/as dos vários equipamentos públicos que atendem mulheres em situação de violência, descrevendo o processo de organização da iniciativa e seus desdobramentos.

Material e métodos

Cenário de estudo

O município de Viçosa, localizado na região da Zona da Mata do estado de Minas Gerais, possui população de, aproximadamente, 72.220 habitantes, sendo considerado de médio porte, conforme classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁹. A história de mobilização em torno do enfrentamento e da proposição de políticas municipais de atenção à mulher em situação de violência se constituiu, principalmente, a partir da reconstituição do Conselho Municipal dos Direitos da Mulher (CMDM), em 2009. No mesmo ano, articularam-se várias ações no município à luz do II Plano Nacional de Políticas para Mulheres¹⁰ e da Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres¹. Entre as ações realizadas, destacam-se um ciclo de debates sobre o tema e um seminário sobre a Lei Maria da Penha, iniciativas pioneiras em uma cidade que timidamente discutia a pauta da violência e que envolveu gestores e trabalhadores das diversas instituições do município.

Considerando as dificuldades institucionais, sociais e políticas do município para o desenvolvimento de ações para o enfrentamento da violência, o CMDM propôs, em 2010, em conjunto com a Câmara Municipal, a criação do Pacto Municipal de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher¹¹, com o objetivo de comprometer os equipamentos municipais e estaduais para ações de enfrentamento à violência. Tal pactuação criou as bases de articulação política para efetivação, também em 2010, do Programa Casa das Mulheres¹², integrante da Rede de Atendimento de Mulheres em Situação de Violência, em parceria com a Defensoria Pública. O Programa Casa das Mulheres se constituiu como uma atividade de extensão do Departamento de Educação da Universidade Federal de Viçosa (UFV), vinculado ao Núcleo Interdisciplinar de Estudos de Gênero (Nieg), cuja concepção foi

idealizada a partir do CMDM. Entre os objetivos do Programa, estão: (i) acolher, informar e orientar mulheres em situação de violência no campo jurídico e psicológico; (ii) articular a rede protetiva às mulheres em situação de violência no município de Viçosa e região, favorecendo o trabalho em rede e mobilizando serviços e equipamentos que contribuam para o enfrentamento à violência contra a mulher; e (iii) construir um banco de dados sobre a violência contra as mulheres em Viçosa e região.

Considerando o atendimento às mulheres em situação de violência, o município de Viçosa conta com equipamentos básicos de segurança pública, saúde e assistência social. No que se refere à segurança pública, o município possui uma Delegacia de Polícia Militar, uma Delegacia de Polícia Civil e um Posto de Perícia Integrada (PPI). O sistema judiciário é composto pelo Fórum da Comarca de Viçosa, pela Promotoria Pública e pela Defensoria Pública, que atendem Viçosa e cinco outros municípios vizinhos.

No âmbito da saúde, Viçosa é sede da Região de Saúde, que inclui oito municípios. A atenção primária é realizada em Unidades de Saúde da Família (USF) (aproximadamente 62% de cobertura) e na Policlínica Municipal (atendimento da população não coberta pela atenção primária). O município possui, ainda, um serviço de atenção especializada à saúde da mulher (Centro Estadual de Atenção Especializada – Ceae), dois hospitais filantrópicos conveniados ao SUS; além de uma unidade de saúde localizada no Campus da UFV (Divisão de Saúde – DSA/UFV), voltada para o atendimento da comunidade universitária. Adicionalmente, tem-se o Serviço de Vigilância Epidemiológica, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde (SVE/SMS), responsável pela gestão da vigilância em saúde do município.

Quanto à Política de Assistência Social, o município conta com o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (Creas) e dois Centros de Referência da Assistência Social (Cras), todos localizados na região central.

Percursos

Princípios da pesquisa-ação foram utilizados para balizar a construção do Protocolo de Rede de forma participativa e dialógica, valorizando, conforme Minayo¹³, a experiência dos participantes, favorecendo a troca de saberes e a reflexão sobre os temas do cotidiano. A proposta foi operacionalizada com o uso de oficinas em dinâmicas de grupo¹⁴, estudos de caso, dinâmicas de sensibilização e a técnica Diagrama de Fluxo Causa-Consequência, que, conforme Faria e Ferreira Neto¹⁵, proporciona que os/as atores sociais analisem sua própria realidade, identificando entraves e propostas para superação de problemas identificados. Adicionalmente, com objetivo de avaliar a implementação do Protocolo, foram realizadas entrevistas coletivas¹⁶ com integrantes do Comitê Técnico de Acompanhamento do Protocolo de Rede.

Participaram permanentemente do processo quatorze instituições: setor saúde (hospitais, Ceae, SVE/SMS, atenção primária, DSA/UFV), assistência social (Creas, Cras), segurança pública (polícia civil e militar), CMDM, Programa Casa das Mulheres, Câmara dos Vereadores e Defensoria Pública. Aproximadamente 30 pessoas participaram de 10 encontros, sendo que o primeiro consistiu na apresentação dos problemas relacionados ao atendimento às mulheres em situação de violência e pactuação com os/as gestores/as sobre a construção do Protocolo, organizando, em rede, a atenção às mulheres, evitando a revitimização e garantindo atendimento oportuno e mais qualificado.

Os demais encontros foram realizados com trabalhadores/as dos equipamentos, indicados/as pelos/as gestores/as como referência no processo. Tais encontros objetivaram: (i) elaborar diagnóstico participativo da situação dos equipamentos sobre infraestrutura (física, material e humana), capacidade de atendimento às mulheres e superação das dificuldades; (ii) refletir sobre caminhos percorridos pelas mulheres na rede, propondo

ações para minimizar a revitimização e oportunizar e qualificar os atendimentos; (iii) propor fluxograma de atendimento em rede; e (iv) propor estratégias para garantir a implementação do Protocolo.

Tais estratégias garantiram um diálogo, não restrito à reflexão racional, mas que envolveu os participantes, considerando os significados afetivos e as vivências relacionadas à violência. Considerou, principalmente, a capacidade de que cada participante se apresentasse como representante de sua instituição ou serviço, podendo discutir as dificuldades ou problemas sem constrangimentos ou julgamentos. O espaço de liberdade, compromisso e protagonismo foi cuidadosamente tecido na elaboração do Protocolo.

Os procedimentos metodológicos foram submetidos e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, parecer no 277.522.

A construção do Protocolo de Rede

A construção do Protocolo envolveu duas dimensões principais: técnica e política. A dimensão técnica, primeira etapa do trabalho, consistiu no diagnóstico participativo e na elaboração do Protocolo propriamente dito. A dimensão política envolveu um conjunto de ações e estratégias com vistas a garantir sua implementação.

Na etapa do diagnóstico participativo, foi enfatizada a identificação dos problemas existentes nas instituições e serviços relacionados ao atendimento de mulheres em situação de violência. A elaboração do diagnóstico envolveu, inicialmente, a mobilização da equipe de trabalho utilizando a metodologia de estudo de caso. Elegeu-se para o referido estudo um caso rico em complexidades e problemas, elaborado a partir de um atendimento real realizado por instituições da rede.

O incentivo à participação que garantisse sinceridade e fidedignidade das informações foi preocupação constante das mediadoras do

grupo, já que a inibição diante da vigilância do trabalho ou o medo de perseguições ao se falar de entraves políticos definia a postura de muitos integrantes. Tal aspecto se agravava por se tratar de cidade pequena onde as pessoas se relacionavam em outros espaços além do trabalho, assim, conceber o debate como impessoal foi tarefa discutida diversas vezes durante o processo. Por decisão do próprio grupo, não houve rodízio de lideranças, entretanto, a conformação de comissões e subgrupos de trabalho favoreceu a circulação do poder e a diluição do protagonismo entre os participantes.

Entre os problemas levantados, era preocupante e visível a ausência da noção de complementariedade no acompanhamento dos casos. As atribuições dos parceiros da rede de atendimento eram desconhecidas, assim como, na maioria das vezes, o atendimento não era concebido como complexo, multiprofissional e intersetorial. Também foram comuns as queixas relativas à falta de infraestrutura adequada (sala que garantisse sigilo, carro para transporte das mulheres e materiais para uso cotidiano) e de recursos humanos capacitados e comprometidos com o enfrentamento da violência.

No âmbito da saúde, destacaram-se como problemas específicos: (i) ausência de medicamentos (profilaxia das infecções e contracepção de emergência) para os atendimentos de urgência da violência sexual, situação recorrente em todos os equipamentos/serviços de saúde do município; e (ii) falta de sensibilização e/ou capacitação técnica para o atendimento das violências, em especial, a sexual. Especificamente sobre a violência sexual, havia recusa dos profissionais em atenderem e acompanhar os casos, bem como em oferecer laudo circunstanciado, por receio quanto à interface com o judiciário e à possibilidade de serem intimados como testemunhas em futuro processo para apuração do crime. O diagnóstico revelou arranjos grotescos, violência institucional e várias negligências com relação às mulheres, como tempo de espera

excessivo, recusa ou precariedade no atendimento e, até mesmo, procedimentos incorretos. A ausência de um protocolo interno, no hospital de referência para atendimento da violência sexual, facilitava a dispersão do caso e o não encaminhamento para a rede de atendimento do município para acompanhamento pós-atendimento de emergência.

Profissionais das USF apresentaram desconhecimento quanto ao acolhimento, atendimento e encaminhamento dos casos de violência, sobretudo a sexual. Entretanto, foi destaque a participação efetiva e engajada de algumas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) na notificação compulsória dos casos de violência doméstica, sexual e outras violências no âmbito da saúde. Tal fato pode estar relacionado a trabalhos anteriores de formação para notificação de casos de violência contra mulheres, coordenados pelo Nieg junto a esse grupo de profissionais.

Na área da assistência social, não havia a clareza de que os casos precisavam ser referenciados, avaliados e acompanhados de acordo com a necessidade de cada família. A perspectiva do acompanhamento familiar, do diagnóstico de vulnerabilidades e riscos sociais para as crianças e outros membros a partir da violência sofrida pela mãe foi um tema bastante discutido no grupo. Além disso, a falta de equipamentos de apoio, como abrigo que acolhesse provisoriamente a mulher e seus filhos para situações de emergência dificultava sobremaneira o trabalho das equipes. Não havia qualquer canal de comunicação com os serviços de saúde, e a falta de instrumentais para acompanhamento, referência e contrarreferência dos casos isolava ainda mais os serviços da assistência social dos demais equipamentos da rede.

A área da segurança pública, sobretudo a Polícia Civil, apresentou-se como referência principal para a população, mas, na mesma proporção, mostrou-se isolada e resistente ao trabalho coletivo e em rede. Entretanto, apresentou clara disposição em construir, junto com o hospital de referência, uma

forma de garantir o registro das provas e facilitar o exame de corpo de delito, já que nessa época ainda não havia sido implantado no município o PPI. Ainda no âmbito da segurança pública, a participação da Polícia Militar se mostrou inexpressiva, sendo que seus representantes abandonaram os encontros antes da conclusão do processo.

Sobre o Poder Judiciário, apesar de sua importância na implementação da Lei Maria da Penha, mostrou-se equivocado e negligente no julgamento dos casos pautados na referida lei. Não estabeleceu diálogo com o grupo e tampouco favoreceu qualquer mudança interna que contemplasse as novidades trazidas pelo Protocolo. Ainda hoje, o município sofre com arbitrariedades e equívocos advindos dos processos julgados no Poder Judiciário local.

A Defensoria Pública apresentou competência técnica no acompanhamento dos casos de violência contra a mulher. No diagnóstico, ficou claro seu papel de protagonista no atendimento oportuno e adequado, além da sensibilidade e da militância, em consonância com o movimento feminista e com as leituras que contemplam a categoria gênero na execução do trabalho. Já o Programa Casa das Mulheres, pela interface com a Universidade, bagagem teórica e militância política, acolheu o lugar de referência nas discussões, garantindo a coesão necessária para os primeiros momentos do grupo.

À medida que os problemas eram compartilhados, emergia um sentimento de segurança e compreensão entre os participantes. Enquanto se aproximavam através da partilha dos problemas e dos desafios, eram encorajados a pensar soluções possíveis e que estivessem na governabilidade dos participantes. Assim, evitaram-se os sentimentos de impotência e desencorajamento tão comuns nos fóruns e discussões sobre políticas públicas. As queixas, em sua maioria, apontavam falta de capacitação e investimento no trabalho. Mas, também, acentuada solidão e inibição para se pensar o problema em sua complexidade e abrangência.

A evasão foi um problema enfrentado durante a construção do Protocolo, a qual,

em parte, ocorreu devido ao amadorismo em participar e sustentar espaços de discussão que não tivessem viés institucional e não fossem formalizados e enquadrados dentro de decisões políticas advindas do topo da hierarquia. Nesse sentido, balizaram a coordenação do grupo as perspectivas teóricas da análise institucional¹⁷, cuja compreensão das instituições passa pela dialética entre as forças instituídas (determinações, normativas) e as forças instituintes (movimentos inventivos e nômades). A partir desse olhar, o grupo foi convidado a permanecer no lugar marginal do não instituído, fora, portanto, da rigidez das instituições às quais os atores pertenciam. Nessa posição, entende-se que a criatividade e a inventividade puderam ser potencializadas, emergindo, inclusive, a coesão necessária para que o grupo continuasse a existir, já que não estava formalmente instituído.

Assim, considera-se que o processo de construção do Protocolo foi uma novidade, e o protagonismo dos atores envolvidos precisava ser, aos poucos, assumido como dimensão de liberdade e responsabilidade pelo trabalho e pelo coletivo. Também, precisava ganhar espaço a possibilidade de pensar que um movimento, a priori, não legitimado institucionalmente, poderia ter força e potência à medida que o grupo fosse sendo fortalecido entre seus participantes. Um movimento político nômade que foi incorporando em sua composição um viés de respeito e ganhando atenção das instituições à medida que qualificava sua discussão e fortalecia seus membros para o enfrentamento da violência contra as mulheres.

Partindo do pressuposto de que refletir não está dissociado do agir¹⁸, a problematização e a reflexão coletivas sobre fragilidades e potencialidades das instituições e dos equipamentos estabeleceram condições para que os participantes produzissem conhecimento crítico e engajado com as mudanças necessárias para consolidação da rede de atendimento. O diagnóstico participativo, assim como as trocas de experiências advindas do próprio processo, criou condições para uma ampla avaliação

da rede em Viçosa, bem como dos caminhos percorridos pelas mulheres na busca de atendimento. Esses resultados foram fundamentais para a proposição do Protocolo e significativos quando avaliado o percurso de trabalho.

As dificuldades de comunicação entre as instituições, além da necessidade de garantir agilidade nos atendimentos e continuidade do cuidado, sobretudo nos casos de violência sexual, fizeram emergir a necessidade de desenvolvimento de um dispositivo on-line, denominado ‘protocolo de atendimento on-line’, para registro de informações individuais sobre a pessoa atendida, história relatada de violência e procedimentos realizados por cada instituição que atendeu a mulher. Com esse dispositivo, considera-se que a violência institucional poderia ser minimizada, pois não haveria necessidade de a mulher recontar a história de violência sofrida em cada serviço em que fosse atendida. O acesso à ficha é restrito aos serviços, respeitando o sigilo e o princípio ético de privacidade.

O Protocolo foi, assim, organizado de forma a possibilitar não só a compreensão do que é violência, como também as atribuições das diversas instituições no atendimento dos casos. Além disso, contemplou a elaboração e a pactuação do fluxograma de atendimento em rede para encaminhamento das mulheres. Para tanto, foram definidas ‘portas de entrada’ dos casos, sendo pactuado que o hospital municipal referência em maternidade e ginecologia seria o primeiro encaminhamento nos casos de violência sexual. Para as demais formas de violência, qualquer instituição poderia atuar como porta de entrada, sendo os encaminhamentos realizados de acordo com as demandas das mulheres.

Em sua dimensão política, o processo de construção do Protocolo envolveu a realização de uma Audiência Pública na Câmara dos Vereadores, dando visibilidade tanto aos problemas enfrentados cotidianamente pelas mulheres que procuravam os serviços quanto à precariedade de recursos e orçamentos vivida pelos trabalhadores. A audiência se

mostrou valorosa pelo constrangimento que causou às figuras políticas e do poder executivo local diante das gravidades ali relatadas e pelo compromisso firmado entre a Câmara dos Vereadores e o grupo de construção do Protocolo. Após a audiência, houve uma série de reuniões com os serviços, sobretudo aqueles que ainda permaneciam resistentes à proposta, e diversas pactuações foram refeitas ou atualizadas.

Além da Audiência Pública, foram feitas mobilizações junto à população com o intuito de propor uma lei de iniciativa popular que tratasse do atendimento em rede e da implementação, pelo município, do Protocolo. Foram coletadas mais de três mil assinaturas e, em outubro de 2014, foi aprovada a Lei municipal no 2.417, conhecida como ‘Lei do Protocolo’¹⁹, com o intuito de reforçar as leis e normativas estaduais e nacionais, comprometendo o poder público municipal com a causa das mulheres, mantendo a pauta na agenda pública, sobretudo no que diz respeito à garantia da qualificação do atendimento às situações de violência.

O documento final foi organizado em três partes²⁰: (i) bases teóricas e conceituais para compreensão da violência contra as mulheres, aspectos epidemiológicos e sinais de alerta para situações de risco; (ii) atribuições das diversas instituições que atendem os casos, incluindo especificidades, aspectos éticos e público alvo, contemplando, inclusive, os nove municípios integrantes da Região de Saúde Viçosa; e (iii) proposta de educação permanente para trabalhadores/as e demais agentes de enfrentamento que compõem a rede de atendimento.

Desdobramentos de um trabalho em permanente construção

Após sancionada a ‘Lei do Protocolo’, como desdobramentos do trabalho, foi criado: o Comitê Técnico de Acompanhamento do Protocolo, sendo esse um fórum permanente de discussão dos casos atendidos na rede, de avaliação da operacionalização dos fluxogramas de atendimento e de fiscalização do

cumprimento do Protocolo. O comitê objetivava manter e fortalecer o compromisso das instituições e dos serviços com a continuidade e a qualidade do atendimento às mulheres.

O comitê técnico foi organizado cerca de um ano após o início das atividades e teve como primeira tarefa sistematizar os processos de trabalho internos de atendimento às mulheres em situação de violência, considerando os fluxos interinstitucionais e demais orientações previstas no Protocolo. Vale ressaltar que o trabalho foi desenvolvido com empenho pelas profissionais envolvidas, domínio das atribuições de cada equipamento da rede, cuidados com a não revitimização institucional e disposição para a articulação das ações em rede.

Analizou-se que a causa dessa dinamização do grupo se deu em função de três fatores. O primeiro foi que a equipe do Hospital São Sebastião, responsável pelo primeiro atendimento de casos de violência sexual, estava naquele momento constituída por um grupo sensível à responsabilidade no atendimento e enfrentamento à violência contra as mulheres. Dada a promulgação da Lei nº 12.845, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, como já citado, a equipe havia sido capacitada para o atendimento integral da mulher, incluindo a coleta de material para o trabalho da perícia policial. Diante desse cenário, criou-se um dispositivo político, já que o atendimento emergencial da saúde é um elemento central tanto para que haja acolhimento da pessoa vitimada quanto para desencadear o procedimento judicial referente ao crime de violência.

O segundo fator foi a implantação do Posto de Perícia Integrada em Viçosa (PPI), facilitando o procedimento judicial dos crimes de violência. Essa infraestrutura criou um cenário social de apoio ao trabalho em rede, além de um ambiente subjetivo de reconhecimento e respeito ao empreendimento das profissionais envolvidas. O terceiro e último fator foi a própria transformação do Protocolo em lei municipal, conferindo dimensão política e

institucional ao trabalho em rede e contribuindo para a criação de um horizonte de otimismo quanto à efetividade das ações empreendidas.

Em 2015, foi realizado um seminário municipal para socialização, entre os/as trabalhadores/as, dos processos de trabalho internos para atendimento elaborados por cada instituição da rede, além da apresentação do trabalho para o público em geral, publicizando os desdobramentos da lei municipal. Atualmente, o Comitê Técnico de Acompanhamento do Protocolo sustenta, por meio do diálogo intersetorial e permanente, a implementação e continuidade do Protocolo. São realizadas reuniões mensais com objetivo de acompanhar e avaliar os atendimentos na rede, propondo medidas corretivas quando da identificação de problemas. Além disso, o Comitê mantém os/as profissionais alertas e sensíveis às ações de enfrentamento das violências e a rede articulada para atendimento oportuno e adequado às mulheres.

Considerações finais

Implementado no município a partir de uma lei municipal de iniciativa popular, a experiência de construção do Protocolo foi exitosa e particular por se valer da capacidade de organização dos próprios trabalhadores diante da ausência de serviços especializados de atendimento às violências contra mulheres e de um trabalho em rede que fosse humano e complementar o suficiente para dar conta, de forma oportuna e qualificada, dos casos ocorridos no município. O movimento de construção do Protocolo, portanto, teve início de forma improvisada, sem organização institucional e baseado, exclusivamente, na vontade e preocupação dos profissionais com as mulheres que atendiam. Por muito tempo, o grupo de trabalho sobreviveu dessa forma. Foi com esse caráter, inclusive, que manteve uma forte coesão. No decorrer do processo, a necessidade de institucionalização das ações, a fim de que pudessem permanecer na agenda de

enfrentamento da violência contra as mulheres no município, mostrou-se imperativa.

Apropriados da proposta, o processo de investigação junto com os trabalhadores produziu, além do documento do Protocolo, um diagnóstico participativo que deu condições para uma ampla avaliação da rede de proteção às mulheres no município, assim como textos, parcerias e experiências advindos do próprio processo, que são muito significativos quando se avalia o percurso de trabalho.

O processo de construção do Protocolo contribuiu significativamente para a consolidação de uma rede não especializada de enfrentamento da violência contra as mulheres, respondendo às exigências atuais de organização dos atendimentos para esses casos de violência. Além disso, ter como eixo norteador a perspectiva do trabalho solidário, complementar e em rede favoreceu a interlocução entre os parceiros e a construção de estratégias de mobilização que potencializam a atenção integral aos casos.

O viés educativo que pautou a proposta proporcionou um espaço coletivo, democrático, de formação e debate sobre o tema. Como não há garantias de continuidade das políticas de enfrentamento das violências contra as mulheres no Brasil, acredita-se que esse compromisso dependerá, também, da sensibilidade, disposição técnica e do comprometimento político de cada um dos envolvidos com as políticas públicas do município. São os atores institucionais que, mobilizados, colocam os documentos em movimento, criam espaços de

debate e confrontam os problemas. A mudança que se espera ver depende, essencialmente, da mobilização dos trabalhadores para com essa violação de direitos e da disposição de se comprometerem, em parceria com a comunidade e com o poder público local, com novas e melhores estratégias de acolhimento, atendimento e acompanhamento das mulheres em situação de violência.

Agradecimentos

Aos/Às profissionais dos serviços da rede de atenção às mulheres em situação de violência do município de Viçosa (MG). À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig) (Processo no CDS – APQ-03625-12) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Processo nº 404877/2012-5), pelo apoio financeiro à pesquisa e pela concessão de bolsas de estudos.

Colaboradoras

Santos AP (0000-0003-2758-845X)* e Melo CM (0000-0002-2817-6759)* contribuíram para a construção e a análise dos dados e a elaboração, revisão crítica e final do conteúdo do manuscrito. Bevilacqua PD (0000-0003-0015-2154)* contribuiu para a análise dos dados e a elaboração, revisão crítica e final do conteúdo do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Presidência da República, Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de enfrentamento da violência contra as mulheres. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; Secretaria de Políticas para Mulheres; 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
5. Brasil. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. [acesso em 2019 ago 14]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2013/lei-12845-1-agosto-2013-776663-publicacaooriginal-140646-pl.html>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União. 2011 Jan 25. [acesso em 2019 jul 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html.
7. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2004.
8. Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria Mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do §8º do art.226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de execução Penal; e dá outras providências. [acesso em 2019 jul 12]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. [acesso em 2019 jun 30]. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br>.
10. Brasil. Presidência da República, Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília, DF: Secretaria de Políticas para Mulheres; 2013.
11. Viçosa. Conselho Municipal dos Direitos da Mulher (CMDM). Pacto Municipal de Enfrentamento à violência contra a Mulher. Viçosa; 2010.
12. Rezende DL, Andrade LVR. Rede não especializada de atendimento à mulher em situação de violência em Viçosa, Minas Gerais. Revista de Ciências Humanas. 2014; 14(1):207-225.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.

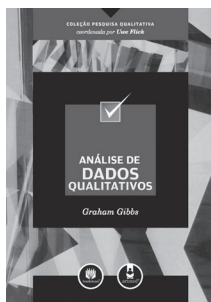
14. Afonso ML, organizador. Oficinas em Dinâmica de Grupo: um método de intervenção psicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
15. Faria AAC, Ferreira Neto PS. Ferramentas do diálogo – qualificando o uso das técnicas do DRP: diagnóstico rural. Brasília, DF: MMA-IEB; 2006.
16. Kramer S. Entrevistas coletivas: uma alternativa para lidar com a diversidade, hierarquia e poder na pesquisa em ciências humanas. In: Freitas MT, Souza SJ, Kramer S, organizadores. Ciências humanas e pesquisa: leituras de Mikhail Bakhtin. São Paulo: Cortez; 2007.
17. Lourau R. A análise institucional. Petrópolis: Vozes; 2014.
18. Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2013.
19. Viçosa. Lei nº 2.417 de 21 de outubro de 2014. Dispõe sobre as diretrizes para atendimento integral e oportuno às mulheres em situação de violência, de acordo com as Leis Federais nº 12.845/2013, 10.778/2003 e 11.340/2006 e o Decreto Presidencial nº 7.958/2013 e dá outras providências. [acesso em 2019 ago 14]. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/mg/v/vicosa/lei-ordinaria/2014/241/2417/lei-ordinaria-n-2417-2014-dispoe-sobre-as-diretrizes-para-atendimento-integral-e-oportuno-as-mulheres-em-situacao-de-violencia-de-acordo-com-as-leis-federais-n-s-12845-2013-10-778-2003-e-11-340-2006-e-o-decreto-presidencial-n-7-958-2013-e-da-outras-providencias>.
20. Santos AP, Melo CM, Aguiar L. Protocolo municipal de atenção às mulheres em situação de violência. Viçosa: NIEG/UFV; 2015. [acesso em 2019 jul 30]. Disponível em: <http://www.nieg.ufv.br/wp-content/uploads/Protocolo-Municipal-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0s-Mulheres-em-Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Viol%C3%Aancia.pdf>.

Recebido em 25/08/2019

Aprovado em 05/05/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – Processo no 404877/2012-5. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig) – Processo no CDS – APQ-03625-12)



Gibbs G. Análise de dados qualitativos

Camila Amaral Moreno Freitas¹, Adriano Maia dos Santos¹, Nília Maria de Brito Lima Prado¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012523

‘ANÁLISE DE DADOS QUALITATIVOS’¹ É UMA OBRA inclusa na ‘Coleção Pesquisa Qualitativa’, elaborada por Graham Gibbs, traduzida por Roberto Cataldo Costa e organizada em dez capítulos. O livro consiste em um aporte conceitual, teórico e metodológico imprescindível para subsidiar pesquisadores, professores universitários e estudantes de diversas áreas de graduação, desde as ciências sociais às ciências da saúde, em análises de todos os tipos de dados qualitativos.

No primeiro capítulo, o autor aborda a natureza da análise qualitativa e o processo analítico como elementos capazes de transformar os dados, a fim de que se tornem mais claros e compreensíveis. Para o autor, a pesquisa qualitativa lida com um grande volume de dados que possuem significados e simbolismos, portanto, a análise desvela não somente os temas que são discutidos pelos atores sociais, como também permite identificar as diversas formas de organização das comunicações e dos dados. Nesse processo, é importante verificar os tipos de dados e como serão analisados, bem como desenvolver técnicas adequadas.

Além dessas propostas mais gerais, Gibbs retrata a importância da consciência do pesquisador frente às informações que serão extraídas dos dados, a partir de diversas abordagens metodológicas, desde a descrição rica do material coletado até a aplicação de realismo e construtivismo. Tal abordagem propicia compreender o método, para além da técnica, a sua relação com a filosofia, a epistemologia e a metodologia, compreendendo as teorias de base, e a aplicação e, mesmo, a ressignificação do método (ou métodos) conforme as especificidades do objeto da pesquisa. Explicita, também, a adoção de concepções de caráter mais holístico, que têm como pressupostos teóricos o interpretivismo, a hermenêutica, o construtivismo etc. Por fim, o autor aborda nesse capítulo as questões éticas que estão imbricadas na pesquisa qualitativa, que devem ser priorizadas e tratadas antes do início da coleta de dados.

O segundo capítulo trata da preparação dos dados. Inicialmente, o autor aponta para a necessidade de realizar a transcrição dos dados produzidos a partir de entrevistas, observações ou notas de campo. Para tanto, ressalta que o processo de transcrição demanda tempo e esforço, e deve ser feito manualmente (pelo próprio pesquisador ou por um transcritor) ou a partir de um *software* que faz reconhecimento de caracteres derivados de entrevistas exploratórias abertas, questões abertas de questionários, textos de jornais, revistas, blogs e sites da internet, a partir de arquivos de áudio, transcrição de imagens, dados obtidos de redes virtuais, correios eletrônicos, que permitem sistematizar categorias para análise dos dados com maior confiabilidade quanto à preservação do sentido original, ao minimizar equívocos.

Os temas escolhidos estão na ordem do dia, tendo em vista que, na literatura científica, tem-se muitas discussões a respeito da pesquisa qualitativa com o uso de softwares para apoiar o processo, mas ainda é incipiente o detalhamento dos processos metodológicos e das técnicas usadas, integradas às tecnologias com o devido embasamento teórico.

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Vitória da Conquista (BA), Brasil.
c.amaralmoreno@outlook.com

No terceiro capítulo, Gibbs enfatiza a redação como etapa fundamental durante a coleta de dados, e não apenas ao final do trabalho. Iniciar esse processo precocemente, segundo o autor, facilita o desenvolvimento de ideias sobre o que os dados indicam, de que forma eles podem ser analisados e, ainda, quais significados eles carregam. Entre os tipos de redação utilizados na pesquisa qualitativa, o autor aponta quatro prioritários: os diários de pesquisa; as discussões com outros pesquisadores, que agregam informações pertinentes e outros pontos de vista, que contribuam para aprimorar o processo de análise; as notas de campo; e, por fim, os memorandos.

O quarto capítulo apresenta a Codificação e a Categorização temáticas. A codificação, ao indexar o texto, permite que o pesquisador analise os dados de forma estruturada. Para tanto, Gibbs aponta que é importante desenvolver códigos coerentes. Para se codificar, é imprescindível desenvolver um olhar singular e intenso, uma vez que os códigos apresentam uma leitura analítica e teórica acerca do texto examinado. Com os dados codificados, procede-se à categorização, para agrupar o texto que foi codificado e uma metodologia que se utiliza dos aspectos simbólicos e polissêmicos implícitos no discurso, que se podem desvendar, organizar, agrupar e interpretar, a partir das categorias que vão surgindo e sendo reorganizadas durante a análise.

O quinto capítulo apresenta a análise de biografias e narrativas. As narrativas carregam o sentido de determinados eventos na vida das pessoas, e, para o autor, as pessoas podem ser incentivadas a contar suas histórias, especialmente quando o assunto diz respeito a algum evento marcante da vida. As biografias, são produtos mais metódicos e oriundos de solicitações mais específicas, mas também trazem aspectos da vida. Gibbs traz que, ao analisar as narrativas e as biografias, é possível identificar eventos que se sucedem ou que estão atrelados, assim, estas podem ser categorizadas como romances, comédias, tragédias e sátiras.

Após a transcrição e a codificação de dados, estes podem ser organizados hierarquicamente, como mostra o sexto capítulo. Essa forma de organização permite não só manter o controle

sobre os dados que são codificados, mas, também, realizar análises entre as próprias hierarquias criadas, minimizar a possibilidade de duplicação de código e auxiliar na percepção de formas de interpretar os dados. Para o autor, é importante voltar às transcrições durante o processo de hierarquização, a fim de assegurar que todos os dados estejam codificados e que se incorporem novos códigos. Após a hierarquização, segue-se à realização de análises comparativas. O uso de tabelas na pesquisa qualitativa facilita uma comparação sistemática do conjunto de dados. Nesse momento, o pesquisador começa a desenvolver explicações e gerar modelos explicativos, que trazem traços importantes do fenômeno.

O sétimo capítulo apresenta a qualidade analítica e ética na pesquisa. De acordo Gibbs, a qualidade dos resultados é marcante em pesquisas qualitativas. A reflexividade que está presente no pesquisador qualitativo faz com que este não seja apenas um observador objetivo investigando um fenômeno, mas que reflita na pesquisa o lugar que ocupa, o que não significa que a pesquisa qualitativa não seja dotada de qualidade. Assim, o autor aponta que as pesquisas qualitativas requerem investimentos metodológicos que assegurem a qualidade da análise de dados. Entre eles, citam-se técnicas de validação, como a triangulação de dados, validação dos entrevistados, comparações e verificação das transcrições e dos códigos. No que concerne à qualidade ética na pesquisa, reforça a necessidade de minimizar ou eliminar danos que possam ocorrer aos participantes.

O oitavo capítulo aborda o uso dos Softwares de Análise de Dados Qualitativos (SADQ), como uma forma eficiente, sistemática e coerente de se gerenciar os dados. É possível, com esse recurso, contar frequência, fazer buscas e analisar os dados ali dispostos, de forma eficiente, consistente e sistemática do gerenciamento de dados, para busca e recuperação da informação.

O banco de dados obtido a partir de um SADQ permite ao pesquisador mais possibilidades que um banco de dados comum, mais facilidade de acesso aos textos codificados, facilita a seleção de trechos específicos, entre outros benefícios. Entres os SADQs mais utilizados por alunos e

pesquisados, Gibbs destaca três: Atlas.ti, MAXqda e o NVivo. A escolha do *software* deve ser baseada no propósito das análises que serão realizadas.

No nono capítulo, Gibbs discute o uso de *softwares* para busca de palavras e expressões como um aliado do pesquisador, uma vez que diminuem a possibilidade de ocorrência de vieses enquanto se codifica ou se faz leitura exaustiva e análises dos dados. A busca permite ao pesquisador conhecer os dados, identificar trechos semelhantes, verificar se todo o texto está codificado e ainda realizar busca temática. Ainda nesse capítulo, o autor descreve os atributos como dados variáveis relacionados ao contexto e ao indivíduo, que permitem ao pesquisador controlar acessos e buscas através de códigos. Em síntese, após a codificação e a organização em categorias e subcategorias, os processos de busca e recuperação da informação, de busca das citações e falas dos entrevistados, de inferência, de interpretação e de generalização das fontes ficam mais facilitados para a análise qualitativa.

Por fim, o décimo capítulo, intitulado 'Agrupando tudo', traz uma breve síntese do que foi apresentado e discutido nos capítulos anteriores. Consoante com os argumentos aqui tratados, o leitor poderá observar em cada capítulo e, sobretudo, nas conclusões de cada um deles, que o foco das indagações é integralmente atingido. Cada capítulo revela as peculiaridades relativas à pesquisa qualitativa, a riqueza da dinâmica e do confronto com a realidade complexa, o aprimoramento e a sistematização do pensamento e dos construtos teóricos e metodológicos necessários para a clarificação e aproximação do pesquisador com o objeto de estudo.

Iniciativas dessa natureza contribuem, sem dúvida, para o estímulo ao debate em torno

das alternativas analíticas, teórica e metodologicamente fundamentadas, ampliando o desvelamento do entendimento subjetivo e intersubjetivo, ao tempo que gera reflexões acerca dos conhecimentos e de como estes podem contribuir para o avanço da ciência e da técnica e para um cuidado mais específico com os indivíduos, os grupos e as coletividades, o objeto primordial da pesquisa qualitativa.

Colaboradores

Freitas CAM (0000-0002-1841-2260)* contribuiu para a concepção, o desenho e elaborou o trabalho criticamente, para conteúdo intelectual importante; aprovou a versão final a ser publicada; e é responsável por prestar contas de todos os aspectos do trabalho, garantindo que as questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte sejam devidamente investigadas e resolvidas. Santos AM (0000-0001-9718-1562)* contribuiu para a concepção do trabalho, revisou criticamente o conteúdo intelectual importante e aprovou a versão final a ser publicada; e é responsável por prestar contas de todos os aspectos do trabalho, garantindo que as questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte sejam devidamente investigadas e resolvidas. Prado NMBL (0000-0001-8243-5662)* trabalhou para a concepção, no delineamento e na avaliação da versão final; e é responsável por prestar conta de todos os aspectos do trabalho, garantindo que as questões relacionadas à precisão ou integridade de qualquer parte sejam devidamente investigadas e resolvidas. ■

Referência

1. Gibbs G. Análise de dados qualitativos. Porto Alegre, Artmed; 2009.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADA EM MARÇO DE 2019

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, sete 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 MARCH 2019

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 seven 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 MARZO DE 2019

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 variadas 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, siete 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



DEMOCRACIA E SAÚDE

ASSOCIE-SE

<http://cebes.org.br/associados>

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 Karina Fuginelli (inglês/*english*)

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/*english*)

Carina Munhoz (normalização/*normalization*)

Carla de Paula (português/*portuguese*)

Felix Rigoli (inglês/*english*)

Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português e inglês/*portuguese and english*)

Luiza Nunes (normalização/*normalization*)

Simone Basilio (português/*portuguese*)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês/*portuguese and english*)

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, 2020.

v. 44. n. 125; 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