



# saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE  
VOLUME 39, NÚMERO 106  
RIO DE JANEIRO, JUL-SET 2015

## CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

### DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2013-2015)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2013-2015)

Presidente:	Ana Maria Costa
Vice-Presidente:	Isabela Soares Santos
Diretora Administrativa:	Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Diretor de Política Editorial:	Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Diretora Adjunta de Política Editorial:	Maria Lucia Frizon Rizzotto
Diretores Executivos:	Liz Duque Magno Maria Gabriela Monteiro Maria Lucia Frizon Rizzotto Paulo Henrique de Almeida Rodrigues Tiago Lopes Coelho
Diretores Ad-hoc:	Grazielle Custódio David Helena Rodrigues Corrêa Filho Lucia Regina Fiorentino Souto Pedro Paulo Freire Piani

### CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

David Soeiro Barbosa  
Yuri Zago Sousa Santana de Paula

### CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Albaineir Plaza Pinto  
Ary Carvalho de Miranda  
Carlos Octávio Ocké Reis  
Cornelis Johannes van Stralen  
Eleonor Minho Conill  
Gastão Wagner de Souza Campos  
Iris da Conceição  
Jairnilson Silva Paim  
José Carvalho de Noronha  
José Ruben de Alcântara Bonfim  
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato  
Ligia Giovanella  
Maria Edna Bezerra da Silva  
Nelson Rodrigues dos Santos  
Pedro Silveira Carneiro

### SECRETARIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Cristina Santos

## SAÚDE EM DEBATE

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

### EDITOR CIENTÍFICO | SCIENTIFIC EDITOR

Paulo Duarte de Carvalho Amarante (RJ)  
Maria Lucia Frizon Rizzotto (PR)

### CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

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

### EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

### SECRETARIA EDITORIAL | EDITORIAL SECRETARY

Frederico Azevedo  
Luiza Nunes

### INDEXAÇÃO | INDEXATION

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

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

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

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



Apoio

Ministério da Saúde



Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



# saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE  
VOLUME 39, NÚMERO 106  
RIO DE JANEIRO, JUL-SET 2015

---

**ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES**

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

- 576 **EDITORIAL** | EDITORIAL
- ARTIGO DE OPINIÃO** |  
OPINION ARTICLE
- 582 **SUS fora do rumo: busca de luzes: acima do SUS**  
*SUS out of track: in search of light: beyond SUS*  
Nelson Rodrigues dos Santos
- ARTIGO ORIGINAL** |  
ORIGINAL ARTICLE
- 601 **Avaliação de uma experiência de gestão hospitalar participativa no âmbito do SUS: produção de saúde, sujeitos e coletivos**  
*Evaluation of a participatory hospital management experience in the national health service SUS: production of health, individual and collective*  
Adriana Diniz de Deus, Elza Machado de Melo
- 616 **Inserção de um hospital de grande porte na Rede de Urgências e Emergências da região Centro-Oeste**  
*Inclusion of a large size hospital in the Urgency and Emergency Network of the Center-West region*  
Emanuely Paulino Soares, Magda Duarte dos Anjos Scherer, Gisele O'Dwyer
- 627 **Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco**  
*Analysis of the demand in urgency with risk classification*  
Vivian Biazon El Reda Feijó, Luiz Cordoni Junior, Regina Kazue Tanno de Souza, Alessandro Oliveira Dias
- 637 **Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil**  
*Turnover of the medical workforce in Brazil*  
Celia Regina Pierantoni, Cid Manso de Mello
- 648 **A realidade objetiva das Doenças e Agravos Não Transmissíveis na enfermagem**  
*The objective reality of Non-communicable Diseases and Injuries in nursing*  
Silvia Jaqueline Pereira de Souza, Liliana Müller Larocca, Maria Marta Nolasco Chaves, Sandra Mara Alessi
- 659 **Intersetorialidade ou diálogos setoriais? Reflexões a partir da experiência do Projeto Teias-Escola Manguinhos, Rio de Janeiro**  
*Intersectorality or sectorial dialogues? Reflections based on the experience of the Projeto Teias-Escola Manguinhos, Rio de Janeiro*  
Antonio Lima Ornelas, Maria Gracinda Carvalho Teixeira
- 671 **Planejamento reprodutivo na clínica da família de um Teias: condições facilitadoras e limites à assistência**  
*Reproductive planning in a family clinic within a Teias: facilitating conditions and limits on assistance*  
Marcia dos Santos Luiz, Andreza Rodrigues Nakano, Claudia Bonan
- 683 **Direitos sexuais e reprodutivos: influências dos materiais educativos impressos no processo de educação em sexualidade**  
*Sexual and reproductive rights: influences of printed educational materials in the process of education in sexuality*  
Laís Machado de Souza, Roberta Laíse Gomes Leite Morais, Juliana da Silva Oliveira

- 
- 694**      **Complicações do abortamento e assistência em maternidade pública integrada ao Programa Nacional Rede Cegonha**  
*Abortion complications and assistance care in a public maternity integrated to the Rede Cegonha National Program*  
Leila Adesse, Kátia Silveira da Silva, Claudia Bonan, Vania Matos Fonseca
- 707**      **Integralidade do cuidado no Programa de Controle do Câncer de Colo Uterino: visão das usuárias com alteração na citologia oncológica**  
*Integrity of health care in Control Program of Cervical Cancer: the view of users with occurrence of citopathological alteration*  
Brígida Gimenez Carvalho, Carolina Milena Domingos, Fernanda de Souza Leite
- 718**      **A integralidade na assistência à saúde da criança na visão dos cuidadores**  
*The child health care integrality in the view of the caregivers*  
Rosane Meire Munhak da Silva, Cláudia Silveira Viera, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso, Eliane Tatsch Neves, Reinaldo Antônio da Silva-Sobrinho
- 730**      **Atenção à saúde bucal das Pessoas que Vivem com HIV/Aids na perspectiva dos cirurgiões-dentistas**  
*Current status of oral healthcare services for Persons with HIV/Aids from the perspective of the dentists*  
Lizaldo Andrade Maia, Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer, Sharmênia de Araújo Soares Nuto, Ana Patrícia Pereira Morais, Érico Alexandro Vasconcelos de Menezes
- 748**      **A dinâmica das relações familiares de moradores de rua usuários de crack**  
*The family relationships dynamics of homeless people-crack users*  
Jaime Alonso Caravaca-Morera, Maria Itayra Padilha
- 760**      **Direitos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste do Brasil: um estudo avaliativo, tendo como referência o QualityRights - WHO**  
*Human rights in Psychosocial Care Centers of Northeast Brazil: an evaluative study with reference to the WHO QualityRights*  
Ana Maria Fernandes Pitta, Domingos Macedo Coutinho, Clarissa Carvalho Moura Rocha
- 772**      **O beber feminino: socialização e solidão**  
*The female drinking: socialization and loneliness*  
Maria das Graças Borges da Silva, Tereza Maciel Lyra
- 782**      **O primeiro contato com as drogas: análise do prontuário de mulheres atendidas em um serviço especializado**  
*The first contact with drugs: analysis of medical records of women cared in a specialized service*  
Divane de Vargas, Janaina Soares, Erika Leon, Caroline Figueira Pereira, Talita Dutra Ponce
- 792**      **Influência da prática de atividade física sobre a qualidade de vida de usuários do SUS**  
*The influence of the practice of physical activity on the quality of life of SUS's patients*  
Joel Saraiva Ferreira, Sandra Helena Correia Diettrich, Danielly Amado Pedro

- 
- 802 **Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG)**  
*Evaluation of adult health care in a city pole of Vale do Jequitinhonha (MG)*  
 Fabiana Angélica de Paula, Cristhiane Carvalhais Reis Silva, Delba Fonseca Santos, Olindo Assis Martins-Filho, Renata Aline de Andrade
- ENSAIO | ESSAY**
- 815 **A natureza jurídica pública dos serviços de saúde e o regime de complementaridade dos serviços privados à rede pública do Sistema Único de Saúde**  
*Public legal nature of health services and the complementarity regime of private services to the Unified Health System*  
 Lenir Santos
- 830 **A gestão do Sistema Único de Saúde e a Saúde do Trabalhador: o direito que se tem e o direito que se perde**  
*The management of the Unified Health System and the Worker's Health: the right we have and the right we lost*  
 Luciene Aguiar, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
- 841 **Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana**  
*A critical analysis of the social determinants of health approach from the perspective of the latin american social medicine and collective health*  
 Elis Borde, Mario Hernández-Álvarez, Marcelo Firpo de Souza Porto
- 855 **Análise bioética da esterilização em pessoas com deficiência intelectual**  
*Bioethical analysis on sterilization in people with intellectual disabilities*  
 Gabriela Rueda-Martínez, Telma Rejane dos Santos Façanha, Lízia Fabíola Almeida Silva, Volnei Garrafa
- 869 **Paradigma da afrocentricidade e uma nova concepção de humanidade em saúde coletiva: reflexões sobre a relação entre saúde mental e racismo**  
*The afrocentricity paradigm and a new humanity conception in public health: reflections on the relationship between mental health and racism*  
 Míriam Cristiane Alves, Jayro Pereira de Jesus, Danielle Scholz
- REVISÃO | REVIEW**
- 881 **Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS**  
*Palliative cares on cancer and the doctrinal principles of SUS*  
 Ernani Costa Mendes, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
- RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY**
- 893 **Metodologia feminista e direitos reprodutivos no Centro de Saúde Santa Rosa, Niterói (RJ)**  
*Feminist methodology and reproductive rights in the Santa Rosa Health Center, Niterói (RJ)*  
 Elaine França da Silva

## Os direitos sociais e o SUS são essenciais ao povo brasileiro!

O Brasil sofre as consequências da crise econômica mundial que tem suas raízes no capital financeiro. A solução implementada pelo governo, claramente refém dos interesses imediatistas do capital rentista e do mercado, destrói direitos sociais e as conquistas da Constituição Cidadã. A redução do investimento público em políticas sociais, o desemprego e os juros elevados prenunciam o acirramento das desigualdades sociais que vinham se reduzindo no País. Esse remédio amargo e ineficiente compromete o projeto de desenvolvimento justo e democrático.

Os grupos políticos representantes dos interesses particularistas constroem o governo e criam uma conjuntura de crise política, ampliada pela mídia, corroendo a opinião pública e despolitizando a população. O Estado de direito vem sendo violado e subtraído de seu papel civilizatório e perde suas características inerentes às democracias contemporâneas.

Uma reforma ministerial é anunciada para disciplinar os grupos que integram, em tese, a base do governo. Com ela, perdemos dedos, anéis e a esperança de avançar rumo ao Brasil que o povo apostou ao eleger Dilma Rousseff para o seu segundo mandato na presidência do País.

Nesse contexto nacional, as entidades do Movimento da Reforma Sanitária têm se posicionado firmemente em defesa do direito à saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS), agredido nos seus princípios por sucessivas omissões e decisões políticas do Congresso Nacional e do governo, que destrói uma das maiores conquistas da sociedade brasileira desde a redemocratização do País, cujo papel, enquanto política pública, é o de aplacar as consequências do sistema econômico gerador de exclusão e de desigualdades sociais.

A revista 'Saúde em Debate', como órgão de divulgação do pensamento crítico do campo da saúde coletiva, transcreve, neste editorial, o manifesto assinado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), apoiado por outras entidades da luta pela saúde, explicitando e denunciando as artimanhas do atual jogo político brasileiro, como forma de marcar nossa posição na defesa intransigente do SUS.

“As entidades Cebes e Abrasco reafirmam a luta histórica pela democracia, desenvolvimento e saúde, e manifestam indignação e repúdio à iniciativa do governo de transformar a saúde e o SUS em ‘moeda de troca’ neste perverso jogo político instalado no País. Ao colocar o Ministério da Saúde à disposição da ‘dança das cadeiras’ dos ministérios e, na tentativa de uma possível conciliação com os setores mais retrógrados da política nacional em troca de uma momentânea ‘governabilidade’, o governo Dilma submete à negociação de alto risco os rumos do direito à saúde, do SUS. Essa atitude é inaceitável e significa mais uma derrota para o Movimento da Reforma Sanitária e o projeto constitucional para a saúde.

Sempre defendemos e lutamos pelo direito universal à saúde a partir de um lugar central no projeto de desenvolvimento assim como pelo caráter público e universal do SUS como política de Estado e, para isso, o Ministério da Saúde tem papel estratégico nos governos na construção da justiça social, dos direitos sociais e da cidadania. É por isso que a saúde não pode servir como moeda política tal como ocorre nesse momento em que está em jogo a governabilidade de uma coalisão inviável historicamente assim como as eleições municipais de 2016.

Esse acordo intensifica ainda mais a onda conservadora e fisiologista no País. Vale lembrar que à época do mensalão, a saúde e a previdência foram, também, negociadas pela governabilidade. Agora, na crise do ‘petróleo’, a história se repete mais uma vez, sob a forma de farsa.

Assim, repudiamos veementemente que a gestão do Ministério da Saúde seja exercida por grupos e gestores que nunca demonstraram compromisso efetivo com o SUS único, universal e com integralidade e que, ao contrário, compõe as forças cada vez mais hegemônicas da mercantilização e financeirização do setor. Este grupo articulou a aprovação da entrada do capital estrangeiro, propõe universalização de planos privados e barrou projetos de financiamento público na saúde, possui raízes e alianças políticas, com as operadoras de planos e seguros privados, com a indústria farmacêutica e com o setor privado da saúde no Brasil.

É fato que esse grupo já constrange governos e ministros, mesmo os mais progressistas e ideologicamente alinhados com o projeto do SUS e da Reforma Sanitária que, de alguma forma, aderem ou facilitam os espaços a consecução dos respectivos interesses. A pergunta que surge é, o que esperar de um ministro com essa origem e compromisso explícito, financiado pelo mercado da saúde, defensor do conteúdo privatista do conhecido Livro Branco da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) e que não se compromete com o SUS público tal como definido pela Constituição à frente da condução do Ministério da Saúde?

Além disso, esse grupo político ao longo de sua história nunca ofereceu a fidelidade e coerência necessárias ao governo à saída dessa grave crise política construída e ampliada por eles próprios, revestindo-se de atitudes antidemocráticas e ‘golpes’ dentro da institucionalidade. Entendemos como temeroso o momento político, ameaçando não só os avanços em torno das políticas sociais e do SUS, mas da própria democracia. Diante do preocupante cenário, é fundamental que o Movimento da Reforma Sanitária, e os demais movimentos sociais, populares, políticos e acadêmicos radicalizem a sua defesa em torno do direito à saúde como objetivo central do desenvolvimento, do SUS público universal e de qualidade e da democracia nacional.

Não se trata de defender nomes, mas reafirmar intransigentemente o projeto político para a saúde que o Brasil vem construindo desde a década de 1980, sacramentado na Constituição Federal, e que está sob risco, particularmente nesse cenário complexo de forças e hegemonias contraditórias. A militância da Reforma Sanitária e do SUS carregam 25 anos de consternações com os seguidos desastres do subfinanciamento acoplados à construção de outro modelo de atenção à saúde não universalista distanciado da base constitucional dos direitos de cidadania.

O SUS atualmente atravessa uma crise de financiamento sem precedentes, gerando um déficit de 5,8 bilhões em 2015 e 17 bilhões em 2016. Nesse momento em que estamos mobilizados em torno da 15ª Conferência Nacional de Saúde, reafirmamos a necessidade de nova fonte vinculada, suficiente e estável. Clamamos por avanços, construindo alternativas e estratégias e não podemos assistir passivamente a essa decisão do governo, que não pode, mais uma vez, trair o projeto da Reforma Sanitária.

O Cebes e a Abrasco se posicionam firmemente contrários a tais retrocessos, e convocam a reação dos militantes pelo direito à saúde para organizar manifestações em torno do fortalecimento da luta pela consolidação do SUS público, universal, gratuito e de qualidade, construído com ampla participação popular e com o controle social, preservando os interesses coletivos e a garantia de avanços efetivos.



Pelo direito à saúde, por um SUS público, universal e integral, pela preservação do Ministério da Saúde do abominável jogo político. Por Saúde, Democracia, respeito e preservação das instituições democráticas!”.

*Ana Maria Costa*  
*Presidente do Cebes*

*Maria Lucia Frizon Rizzotto*  
*Diretora Adjunta de Política Editorial do Cebes*

---

## Referência

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). *Dilma, preserve os interesses públicos na saúde! Saúde é Política de Estado*. 2015. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2015/09/dilma-preserve-os-interesses-publicos-na-saude-saude-e-politica-de-estado>>. Acesso em: 7 out. 2015.

# The social rights and the SUS are essential to the Brazilian people!

---

Brazil suffers the consequences of the global economic crisis that is rooted in the financial capital. The solution implemented by the government, clearly hostage to the immediate interest of rentier capital and of market, destroys social rights and the achievements of the citizen Constitution. The reduction of public investment in social policies, the unemployment, and the high interest rates foreshadows the intensification of social inequalities that had been reduced in the country. This bitter and inefficient medicine compromises the fair and democratic development project.

The political groups representing the particularistic interests constraint the government and create a conjuncture of political crisis, magnified by the media, corroding public opinion and depoliticizing the population. The Rule of Law has been being violated and subtracted from its civilizing role and loses its characteristics inherent to contemporary democracies.

A cabinet shake-up is announced to discipline the groups that integrate, in thesis, the government base. Along with it, we are robbed of hope to advance towards the Brazil that the people bet on when electing Dilma Rousseff for her second term for the presidency of the country.

In this national context, the entities of the Health Reform Movement have been taking firm positioning in defense of the right to health and the Unified Health System (*Sistema Único de Saúde* – known as *SUS*), attacked in its beginnings by successive omissions and political decisions of the National Congress and of the government, which destroys one of the greatest achievements of the Brazilian society since the re-democratization of the country, whose role, as public policy, is that of appeasing the consequences of the economic system that generates exclusion and social inequalities.

The periodic *Saúde em Debate* (Health in Debate Review), as an organ of divulgation of critical thinking in the field of collective health, transcribes, in this editorial, the manifest signed by the *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes* (Brazilian Center for Health Studies) and by the *Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco* (Brazilian Association of Collective Health), supported by other entities of the struggle for health, explaining and denouncing the wiles of the current Brazilian political game, as a way of marking our position in the uncompromising defense of the *SUS*.

“The entities *Cebes* and *Abrasco* reaffirm the historical fight for democracy, development, and health, and express indignation and repudiation towards the govern initiative to transform health and the *SUS* in ‘bargaining chip’ in the perverse political game installed in the country. By putting the Ministry of Health available to the ‘musical chairs’ of ministries, in the attempt of a possible conciliation with the most retrograde sectors of the national politics in exchange for a momentary ‘governance’, Dilma’s government submits to high-risk negotiation the courses of the right to health, of the *SUS*. Such attitude is unacceptable and means another defeat to the Health Reform Movement and the constitutional project for health.

We have always defended and fought for the universal right to health from a central place in the development project as well as for the public and universal character of the *SUS* as a State policy and, for that, the Ministry of Health holds a strategic role in the governments

in the construction of social justice, of social rights, and of citizenship. That is why health can not serve as political currency as it does at this moment in which what is at stake is the governance of a coalition that is historically impracticable as well as the 2016 municipal elections. That agreement intensifies even more the conservative and physiologist wave in the country. It is noteworthy that at the time of the *mensalão*, health and public pension were also negotiated by the governance. Now, in the ‘oil’ crisis, history repeats itself once again, in the form of scam.

Thus, we vehemently repudiate that the management of the Ministry of Health is exercised by groups and managers who have never once shown effective commitment to the *SUS* – unified, universal, and with integrality – and that, on the contrary, compose the increasingly hegemonic forces of commercialization and financialization of the sector. That group articulated the approval of the entry of foreign capital, proposes the universalization of private health insurances and barred projects of public funding in health, has roots and political alliances with the private plans and insurance carriers, with the pharmaceutical industry and with the private health sector in Brazil.

It is a fact that that group already constraints governments and ministers, even the ones most progressive and ideologically aligned with the *SUS* project and the Health Reform project that, in some way, adhere or facilitate the spaces to the attainment of the respective interests. The question that arises is, what shall we expect from a minister with such origin and explicit commitment, financed by the health market, defender of the privatist content of the well-known White Paper of the *Associação Nacional de Hospitais Privados – ANAHP* (National Association of Private Hospitals), and who doesn’t commit to the public *SUS* as defined by the Constitution, in charge of the Ministry of Health?

Furthermore, that political group throughout its history has never offered the fidelity and coherence necessary to the government to get out of this grave political crisis built and expanded by themselves, coating in anti-democratic attitudes and ‘cons’ inside the institutionality. We understand the political moment as a fearful one, threatening not only the advances around the social policies and the *SUS*, but also democracy itself. Before this worrying scenario, it is fundamental that the Health Reform Movement, together with the other social, popular, political, and academic movements, radicalize its defense concerning the right to health as a main objective of the development, of the *SUS* that is universal, public, and of quality, and of the national democracy.

It is not about defending names, but uncompromisingly reaffirming the political project for health that Brazil has been building since the 1980’s, sacramented in the Federal Constitution, and that is at risk, particularly in this complex scenario of contradictory forces and hegemonies. The militance of the Health Reform and of the *SUS* carry twenty-five years of woes with the successive disasters of underfunding coupled with the construction of another model of health care that is not universal, distant from the constitutional base of the rights to citizenship.

The *SUS* is currently going through an unprecedented funding crisis, generating a deficit of R\$ 5,8 billion in 2015, and R\$ 17 billion in 2016. At this moment when we are mobilized around the 15<sup>th</sup> National Health Conference, we reaffirm the necessity of a new source, one that is tied, sufficient, and stable. We claim for advances, building alternatives and strategies, and we can not passively watch this government decision, that can not, once more, betray the project of Health Reform.

The *Cebes* and the *Abrasco* firmly take position against such setbacks, and call upon the militants’ reaction for the right to health to organize manifestations around the strengthening

of the fight for the consolidation of a *SUS* that is public, universal, free, and of quality, built with broad popular participation and with social control, preserving the collective interests and the guarantee of effective advancements.

For the right to health, for a public, universal, and integral *SUS*, for the preservation of the Ministry of Health from the abominable political game. For Health, Democracy, respect, and preservation of the democratic institutions!”.

*Ana Maria Costa*  
*President of Cebes*

*Maria Lucia Frizon Rizzotto*  
*Associate Director of Editorial Policy of Cebes*

---

## Reference

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). *Dilma, preserve os interesses públicos na saúde! Saúde é Política de Estado*. 2015. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2015/09/dilma-preserve-os-interesses-publicos-na-saude-saude-e-politica-de-estado>>. Acesso em: 7 out. 2015.

# SUS fora do rumo: busca de luzes: acima do SUS

*SUS out of track: in search of light: beyond SUS*

Nelson Rodrigues dos Santos<sup>1</sup>

## Apresentação

Iniciamos este artigo abordando, nos dois primeiros tópicos, o Sistema Único de Saúde (SUS) com testemunho e experiência na implantação dessa política pública: o tópico I trata da síntese das raízes do SUS e a persistência dos ‘nichos’ ou trincheiras e o tópico II, da construção da hegemonia ‘anti-SUS’. Nos três tópicos seguintes, ousamos considerações pessoais no âmbito macro político, do qual basicamente depende o SUS: o tópico III aborda um olhar ‘acima’ do SUS, o tópico IV levanta os alertas nas reações da sociedade e o tópico V versa sobre o leite que derramou e a busca de luzes.

## I. Síntese das raízes do SUS e a persistência dos ‘nichos’ ou trincheiras

Abrimos esta síntese com a lembrança, hoje aparentemente ingênua, prosaica e superada, de que os valores humanos e sociais da solidariedade e do direito igualitário à saúde, somente 30 anos atrás empolgaram e mobilizaram o movimento municipal de saúde, o Movimento da Reforma Sanitária e a Assembleia Nacional Constituinte. E que geraram tanto uma vontade política hegemônica como o SUS no capítulo da Ordem Social na Constituição. A imagem-objetivo dessa lembrança foi o reconhecimento dos determinantes sociais e econômicos da

saúde e doença, e a possibilidade real de realização de Atenção Básica (AB) à saúde para e com a população: acessível, de qualidade e no rumo de resolver 80 a 90% das necessidades de saúde, induzindo e alicerçando o reordenamento dos níveis assistenciais. Essa imagem-objetivo justificou o conjunto dos postulados constitucionais, comandados pela Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização, Regionalização e Participação. Foi a lógica e as estratégias da democratização do Estado e construção do Estado de Bem-Estar Social, com políticas públicas universalistas para os direitos sociais básicos. Estratégias, essas, direcionadas para a regulação rigorosa das leis de mercado na saúde e aplicando os parâmetros social-democratas que orientam as políticas públicas de cidadania na Inglaterra, Canadá, na maior parte da Europa e outros países.

Contudo, a implementação dos postulados constitucionais de forma conjunta, estratégica e inovadora, ainda que gradativa desde os anos 1990, não vem sendo a regra, mas somente exceções que vêm perdendo para a real política pública do Estado brasileiro. Essas exceções vêm se desenvolvendo na ‘base’ do SUS em todo o território nacional via incontáveis experiências, esforços e aprendizados fortemente arraigados aos valores anteriormente citados e aos postulados da Constituição de 1988. São verdadeiros ‘nichos’ ou trincheiras de gestores municipais, de distritos de saúde, de Unidades Básicas de Saúde (UBS), de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs), de apoio

<sup>1</sup>Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa). Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Departamento de Saúde de Coletiva - Campinas (SP), Brasil. nelsonrs@fcm.unicamp.br

matricial, de conselheiros municipais e locais de saúde, de trabalhadores de saúde, de equipes de saúde de família e outros no espaço da AB.

Lembramos também que essa persistência na 'base' do SUS deve-se, em grande parte, às raízes do movimento municipal de saúde que se inicia nos anos 1970 em periferias urbanas, junto às comunidades, realizando as primeiras tentativas de Atenção Primária à Saúde com base nos valores humanos dos direitos universais e com a visão estratégica de contribuir nos direitos sociais e na democratização do Estado. Desde seu início, esse movimento se amplia e ganha consistência com representações que participaram ativamente nos movimentos da reforma sanitária, como os simpósios nacionais de políticas de saúde da Câmara Federal (de 1979 e 1982), nos convênios com a previdência social – Ações Integradas de Saúde (AIS) e Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds) –, na descentralização e municipalização das unidades estaduais de saúde e dos ambulatórios da previdência social, e por mais recursos públicos para a saúde. Resultou já com o SUS, na surpreendente extensão da cobertura populacional com inusitada produtividade nas ações e serviços de saúde, o que levou a incluir no sistema público de saúde metade da população brasileira, antes excluída de qualquer sistema.

As prefeituras municipais, desde os anos 1980, com recursos próprios e dos convênios com a Previdência Social, foram elevando vigorosamente os investimentos em UBS, serviços de urgência, policlínicas de especialidades, laboratórios e hospitais, o que se intensificou, nos anos 1990, com a responsabilidade de descentralização com ênfase na municipalização e com a criação dos conselhos de saúde na quase totalidade dos municípios – Leis 8.080/90 e 8.142/90 – e, em número crescente, com conselhos de saúde locais e distritais. Dos 48 mil novos estabelecimentos públicos de saúde criados entre 1980 e 2005, 93% são municipais, com

salto de 43 mil para quase um milhão de servidores de saúde (de 16% para 69% do total das três esferas de governo) nesse período. Congruentes com a assunção das novas responsabilidades constitucionais, os municípios foram elevando substancialmente seus recursos próprios para a saúde, com média nacional de 14,4% dos impostos municipais já no primeiro ano de aplicação da Emenda Constitucional 29 (EC-29), que estabeleceu o mínimo de 15% desses impostos, média essa que alcançou 23% em 2010, o que representou mais de dez bilhões ao ano no SUS além do mínimo e revelou que a esfera municipal vem sendo a única que rompe com a cultura política antipública e antissocial de tratar o 'mínimo' como 'teto'.

Outros nichos ou trincheiras foram surgindo antes e com a implementação do SUS pelas três esferas de governo nas áreas da saúde mental (Centros de Atenção Psicossocial – Caps, luta antimanicomial), saúde do trabalhador (Centros Regionais de Saúde do Trabalhador – Cerests), controle da Aids, urgência/emergência, transplantes, hemocentros e vigilância em saúde; todos esses nichos e trincheiras, desenvolvendo excelência e *expertise*. Vejo-os como pontes voltadas para o futuro. Ao mesmo tempo em que demonstram irreversibilidade, nossos nichos ou trincheiras, não conseguem sair da exceção para a regra no volume do atendimento, no financiamento, no modelo de atenção e na qualidade. Por quê? Simultaneamente outras situações foram e são criadas.

## II. A construção da hegemonia 'anti-SUS'

No início dos anos 1990, a política de Estado golpeou drasticamente o financiamento federal do SUS, descumprindo os 30% do orçamento da seguridade social para o SUS e retirando o Fundo Previdenciário da base de cálculo da parcela federal, o que reduziu essa parcela entre  $\frac{1}{2}$  e  $\frac{2}{3}$  do inicialmente

indicado e consignado na Constituição e levou a drástico desinvestimento na rede pública hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade. Nos anos 1990, tal política exacerbou os contratos do SUS com prestadores privados de assistência especializada à saúde, pagos por produção, que, de complementares perante a Lei, passaram a substitutivos da rede pública, o que levou esse gasto federal a ser três vezes maior do que o da Atenção Básica, onde o piso variável se tornou várias vezes maior do que o piso fixo. Além disso, o pessoal de saúde dos prestadores públicos passou, em sua maior parte, para terceirizados precarizados, economizando a folha de pagamento. Também nos anos 1990, essa mesma política ampliou os subsídios ao mercado, com o cofinanciamento público de planos privados para todos os servidores e empregados públicos, além da ampliação da renúncia fiscal para pessoas físicas no âmbito da assistência, incluindo todos os trabalhadores formais do setor privado e sua estrutura sindical, outro duro golpe que arrefeceu a participação desses segmentos decisivos da sociedade na luta pelo SUS.

Em 1995, o Conselho de Secretarias Estaduais de Saúde (Conass) patrocinou oficina de trabalho com participação do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), que reagiu ao impasse já evidente aos rumos do SUS, debateu e aprovou significativo relatório final apelando para a priorização da diretriz da regionalização, das redes regionais de atenção integral à saúde, com equidade, e com uma política pública de recursos humanos guiada pelas diretrizes constitucionais. A política de Estado desconsiderou esse relatório final, mas a gestão descentralizada do SUS ratificou o alerta e a proposição.

A partir de 1996, a política de Estado desviou a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), recém-aprovada para o financiamento do SUS, para outros dispêndios da União e criou a

Desvinculação das Receitas da União (DRU), que desvia 20% do orçamento da Seguridade Social também para outros dispêndios da União. A partir de 1998, essa política levou à Lei 9656/98, que permite a aquisição de empresas nacionais de planos privados por capital estrangeiro (caso da Amil e Intermédica) e o descumprimento do ressarcimento ao SUS, previstos na mesma lei, pelos serviços públicos de saúde prestados aos consumidores de planos privados. Em 1998 e 2000, são criadas as Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips), entes privados para gerenciar hospitais, ambulatórios e laboratórios públicos. Ainda em 2000, são limitadas drasticamente pela Lei da Responsabilidade Fiscal (LRF) as contratações na base do SUS, enquanto a EC-29 determina que somente os Estados, Distrito Federal (DF) e Municípios são obrigados a destinar percentagem mínima da sua arrecadação ao SUS (12% para Estados e DF e 15% para os Municípios). Estava claro, ao final dessa década, que a política de Estado que golpeia o SUS era nucleada nos Ministérios da Fazenda, da Casa Civil e do Planejamento, o ‘núcleo duro’ do Poder Executivo, articulado a *lobbies* poderosos instalados no Legislativo. Foram a lógica e a estratégia dominantes de desviar o rumo do Estado de Bem-Estar Social Universalista, constitucional, no campo das políticas públicas para os direitos sociais, para o rumo do Estado Neoliberal submisso ao mercado. Já ficava claro que a grande inclusão social pelo SUS estava no rumo do modelo de atendimento de demanda reprimida em todos os níveis assistenciais, de modo massivo, permanecendo o ‘modelo SUS’ ao nível dos nichos e trincheiras já referidos.

Em 2004, essa mesma política de Estado impede a vitória do histórico Projeto de Lei nº 1/2003, que dispunha sobre o equivalente a 10% da Receita Corrente Bruta da União para o SUS, sobre os repasses federais equitativos e sobre a Regionalização. Na década

de 2000, são atualizadas as isenções fiscais criadas pelo governo anterior sobre contribuições sociais aos hospitais privados, sofisticados, sem fins lucrativos mediante serviços especiais encomendados pelo Ministério da Saúde (MS), e se fomenta financiamento barato e facilitado para ampliação de hospitais privados e sofisticados de grande porte, bem como para a aquisição e construção de hospitais próprios das empresas de planos privados, inclusive pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), dando continuidade aos duros golpes dos anos 1990 contra o SUS. Já ficava clara a estratégia de destinar a Atenção Básica de baixa resolutividade à população mais pobre e com caráter compensatório. Por outro lado, simultaneamente, nessa mesma década, a conjugação do salário mínimo acima da inflação com o Bolsa Família, o Benefício de Prestação Continuada, o 'boom' das *commodities* etc. levaram à ampla inclusão social com entrada no mercado de dezenas de milhões de novos consumidores, reativando o mercado interno e apontando para provável retomada do desenvolvimento. Opinaremos mais à frente sobre a relação dessa positiva e impactante inclusão via mercado, com a negativa estagnação e privatização nas políticas públicas constitucionais.

Em 2005, as entidades ligadas à reforma sanitária junto a parlamentares comprometidos com o PLP nº 1/2003 promovem concorrido Simpósio Nacional de Política de Saúde na Câmara dos Deputados, que reforça espaço político para o Conasems e Conass protagonizarem, junto ao MS, o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (2006). O desafio da Regionalização é retomado no Pacto, junto aos 10% da Receita Corrente Bruta (RCB) para o financiamento federal. A Regionalização é articulada à construção da atenção integral, equitativa e intermunicipal, nivelando os sistemas municipais 'por cima', contemplando as diretrizes constitucionais e

superando as tensões entre municípios vizinhos. Esse Pacto encontrou graves dificuldades de implementação perante a política de Estado (que negou o financiamento federal com o mínimo de 10% da RCB), mas criou espaço político para o debate, formulação e aprovação do Decreto 7508/2011 e da Lei 141/2012, ainda com sérias dificuldades de implementação.

Ao final da primeira década de 2000, já se podia estabelecer provável relação entre a estratégia hegemônica na política pública e os imperativos da macroeconomia. De um lado, a soma dos recursos destinados ao setor privado complementar (substitutivo) e os gastos tributários destinados ao mercado dos planos privados e, de outro lado, o valor estimado dos recursos federais inicialmente indicados e consignados pela Constituição: este valor várias vezes maior do que aquela soma. Isto é, grande economia de gastos federais com o sistema público de saúde, valendo-se da privatização.

Em 2013, os golpes contra o SUS prosseguem: o governo federal (política de Estado) emite a PEC-358 (hoje, EC-86/2015) com base na Receita Corrente Líquida (RCL), o que retrai mais ainda a parcela federal no financiamento do SUS. Tal PEC constitucionaliza o subfinanciamento do SUS e desconsidera e atropela o Projeto de Lei de Iniciativa Popular (Plip) 321/2013, subscrito por 2,2 milhões de eleitores e dezenas de entidades da sociedade civil, que visava a resgatar o equivalente a 10% da RCB. Note-se que o Plip-321 elevaria o financiamento do SUS em apenas 0,8% do PIB, isto é, de 3,9 para 4,7% do Produto Interno Bruto (PIB), enquanto os bons sistemas públicos em outros países contam em média com 8% do PIB. Esses 0,8% poderiam criar condição para viabilizar a retomada do rumo constitucional inicial, fortalecendo o apoio da sociedade e pressionando o Estado a priorizar o SUS. Ainda em 2013, o governo emite a MP-619, que amplia a renúncia fiscal para as empresas de planos privados sobre a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social



(Cofins) e para o Programa de Integração Social (PIS).

Em 2014, essa política de Estado emite e aprova a MP-656, que legaliza (inconstitucionalmente) a abertura de toda a estrutura assistencial privada à aquisição pelo capital estrangeiro: trata-se de um ‘filão de ouro’ inicial de mercado contendo 55 a 60 milhões de consumidores de planos privados de saúde fortemente subsidiados por recursos públicos para assistência de média e alta densidade tecnológica. Trata-se, também, da etapa monopolista e globalizada da concentração do grande capital na assistência à saúde: as médias empresas comprando as pequenas, as grandes comprando as médias, conglomerando-se internacionalmente, submetendo os Estados Nacionais, regulando-os ao contrário de serem regulados. Esse ‘filão de ouro’ estende-se ao setor privado complementar no SUS, contratado ou conveniado pelo Estado. E entra em tramitação especial na Câmara dos Deputados a PEC-451/2014, que obriga os empregadores a incluir plano privado de saúde em todos os vínculos empregatícios dos trabalhadores urbanos e rurais, com renúncia fiscal a favor dos empregadores. Caso não fosse antecedida pelos duros golpes adotados contra o SUS em seus 25 anos, essa PEC, seguramente, sequer teria condições de tramitar no legislativo, devido ao peso político do SUS bem sucedido. Mas ao sucedê-los, faz coro com a lógica de o SUS ser apenas complementar aos trabalhadores sindicalizados urbanos, parte da baixa classe média, da média e da alta.

Como consequência final da estratégia hegemônica nos 25 anos do SUS, implementada pelo Estado, temos hoje a cobertura ‘universal’ segmentada: 25 a 30% da população que consome planos privados subsidiados, com *per capita* médio anual ‘privado’ três a quatro vezes maior que o baixíssimo *per capita* público ‘SUS’ para toda a população. Como esses 25 a 30% utilizam os serviços e materiais do SUS em intensidade crescente, tanto na rotina como pelas ações

judiciais individuais, seu *per capita* público é somado ao seu *per capita* ‘privado’, resultando num *per capita* quatro a seis vezes maior do que o dos 70 a 75% que não têm condições de comprar plano privado. A segmentação do acesso, qualidade e oferta evidencia-se também no conjunto dos consumidores: segmentos sociais com mensalidade entre 80 e 8.000 reais. Exemplo marcante dessa segmentação é o peso crescente dos idosos nos planos privados, compondo mais da metade dos consumidores: apesar do maior custo assistencial, a estabilidade dos aposentados resulta em maior adimplência com o plano privado de saúde (representando grande parte dos seus proventos) levando ao crescimento de empresas e planos voltados para os idosos. É um ‘filão’ de mercado atrativo para empresas estrangeiras. Ao golpear o SUS perante o crescimento dos idosos, a real política pública de saúde vem, inclusive, gerando dificuldade eleitoral nas disputas sindicais: a simples defesa do SUS retrai os votos nas urnas dos aposentados, eleitores de maior peso e sustentabilidade na entidade sindical. Essa cobertura ‘universal’ segmentada, construída em 25 anos, tripudia a Equidade, a Integralidade e o direito social: é o anti-SUS. O Estado Nacional, pelo menos na saúde, vem atuando como grande aparelho criador de mercado, dado que delega ao mercado uma responsabilidade constitucional republicana do Estado. O significado de cada um desses golpes no SUS e seu encadernamento nos 25 anos da sua existência é insofismável como grande indicador da política pública implícita (real), com lógica voltada para o mercado, fragmentação e iniquidade.

Em contraposição a essa política e estratégia hegemônicas, destacamos, além dos nichos e trincheiras anteriormente referidos, o surpreendente acervo de estudos, pesquisas e projetos acadêmicos de institutos de pesquisa e de colegiados gestores do SUS de larga consistência e aderência à construção do sistema público universalista e respeitabilidade técnico-científica (nacional e

internacional) nos campos do financiamento, planejamento, gestão eficaz e eficiente, regulação, avaliação, modelo de atenção e relação SUS-sociedade. Símbolo desse acúmulo é o projeto Brasil-2030, coordenado pela Fiocruz em cooperação técnica com a Secretaria de Assuntos Estratégicos (SAE) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), com a publicação de consolidado inicial em 2012 de elevadíssimo nível. Nele constam diretrizes para prospecção estratégica do SUS no campo da macroeconomia e macropolítica para o horizonte 2022-2030 com 37 capítulos/pesquisas. A publicação ilustra três alternativas: a) otimista e possível, universalista, com relação público-privado claramente regulada pelo interesse e bem públicos, b) pessimista e plausível e c) inercial e provável. As duas últimas em diferentes formatos de ‘mix público-privado’ sob a hegemonia do mercado. Esse projeto avança com mais pesquisadores de alto nível, agora denominado Saúde Amanhã.

Não há sinal de tomada de conhecimento, menos ainda de reação e posicionamento pelos centros estratégicos de poder no Estado brasileiro sobre esse respeitável e consistente projeto, assim como dos demais similares. Contrasta com a repercussão midiática em meados de 2014 da entrega solene à Presidência da República do ‘Livro Branco da Saúde’, resultado de consultoria internacional da empresa *Antares Consulting*, contratada pela Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), com dez eixos estratégicos e doze propostas de conteúdo claramente vinculado aos interesses de mercado interno e externo da saúde, com discurso dúbio e inconsistente em relação à Universalidade, Igualdade e Integralidade.

Ao que nos consta, é estratégia oposta à das políticas públicas universalistas dos Estados de Bem-Estar Social da socialdemocracia europeia, canadense, costarriquense e várias outras. Tomando o setor saúde como indicador, é falsa a afirmação, de qualquer dos governos desde 1990 até nossos dias, de

que tenha assumido estratégias no rumo de uma ‘socialdemocracia brasileira’.

Podemos indagar: no Estado brasileiro, quais as estruturas e papéis que: a) no poder Executivo, formulam e constroem essa hegemonia? (incluindo a execução orçamentária federal real ao final de cada ano); b) no poder Legislativo, esvaziam ou distorcem seu dever constitucional de fiscalizar o Executivo no cumprimento das leis, assim como de refletir os anseios da sociedade, de legislar a soberania, os valores do bem comum, do bem público, dos direitos sociais e do desenvolvimento?; e c) no poder Judiciário, levam à evidente preferência pelas ações judiciais individuais mediante requisição médica para fornecimento pelo SUS de medicamentos, exames e materiais de médio e alto custo, impetradas por advocacia especializada, em detrimento de ações judiciais coletivas ou sociais ou de caráter realmente público, para cumprimento pelo poder Executivo dos postulados constitucionais, da legislação complementar e ordinária, no tocante aos direitos sociais e de cidadania?

De qualquer modo, parece-nos claro e infofismável que as incontáveis experiências, esforços, aprendizados, nichos e trincheiras referidos no primeiro tópico, de excelência e expertise no território nacional, que resistem e acumulam avanços à luz da Universalidade, Integralidade e Equidade, são decisivos para futura retomada estratégica e efetivação da hegemonia na construção conjunta de todos os postulados constitucionais. Hoje, as estatísticas anuais globais dos bilhões de ações na Atenção Básica, na média e alta complexidade, das centenas de milhões de exames diagnósticos, de duas centenas de bilhões de reais no financiamento, e outras, impressionam e impactam, mas a única comprovação positiva é a surpreendente capacidade produtiva dos trabalhadores de saúde no SUS, com tão poucos recursos públicos, que refletem a grande inclusão social no sistema público de saúde. Esses números de bilhões e milhões omitem o descumprimento das

diretrizes constitucionais e da Lei Orgânica da Saúde voltadas aos direitos de cidadania. A regra que preside essas estatísticas é a do atendimento massivo de demanda duramente reprimida em todos os níveis assistenciais. O encadeamento e direcionamento dessa massa de financiamento e atendimento sob a lógica da Equidade e Integralidade na construção da Universalidade, ou seja, dos postulados constitucionais, é incompatível com as atuais estratégias hegemônicas na sociedade e no Estado. Por isso, a mera citação dessas estatísticas na mídia é, em regra, ufanista, camuflando grande parte do baixo ou nulo impacto na efetiva melhoria da saúde da população, e alega falsamente que falta mais gestão do que financiamento. Visa à falsa comprovação de que a Constituição está sendo cumprida na saúde, dado que age em contexto mais vinculado a mero projeto de poder do que de nação e sociedade.

Neste tópico, vale também registrar que a ‘militância SUS’ vem nos últimos anos avançando na formulação da implementação da diretriz constitucional da Regionalização, desafio fundamental da gestão pública. São encaradas as necessidades da população pela atenção integral e equitativa à saúde na região, incorporando os avanços municipais, intermunicipais e estaduais, sob as diretrizes nacionais tripartites com controle social. A priorização da elevação do financiamento anual federal estaria vinculada à priorização da implementação da Regionalização, tudo consignado em planos quinquenais aprovados em lei: a meta final é a implementação do ‘modelo SUS’, com a Atenção Básica resolvendo 80 a 90% das necessidades de saúde, ordenando as redes regionais de cuidados integrais e o financiamento público por etapas, no rumo de 8% do PIB. Seria o planejamento competente e participativo, voltado para um real projeto de mudança e de futuro, com metas e cobrança de cumprimento.

Por isso, ainda neste tópico, insistimos que a retomada do rumo do SUS constitucional, incluindo a Regionalização com

financiamento crescente, depende de uma ‘militância acima do SUS’ onde é disputada a hegemonia na sociedade e no Estado, que deve ser reforçada pela ‘militância SUS’. A realização das conferências de saúde em 2015, as municipais, as estaduais e a nacional, seria uma oportunidade para esse elo.

A sociedade de hoje tem o direito inalienável de conhecer ou se apropriar do que está sendo feito com a política pública de saúde por ela construída e conquistada nos anos 1980, há mais de 25 anos, assim como debater democraticamente se quer manter a conquista e participar na construção do SUS universal de qualidade ou se quer continuar a ‘cobertura universal segmentada nos serviços públicos e privados’. Pensamos que deva ser esse o eixo central dos debates na XV Conferência, e para que isso seja possível, viável e legítimo, esse processo democrático deve se iniciar desde já. Sugestões:

- Nos 25 anos do SUS, como os conselhos de saúde vêm realizando sua primeira atribuição legal?
- Como os conselhos de saúde, também em função da sua primeira atribuição, vêm atuando na desconstrução das estratégias anti-SUS?
- Como os conselhos de saúde vêm devolvendo, para a sociedade neles representada, os conhecimentos, resoluções e deliberações que neles se acumulam mensalmente? Cada conselheiro, nessa tarefa, perante sua entidade representada, é estimulado, orientado e acompanhado pelo conselho nessa missão?
- Como estão representados nos conselhos de saúde os 70 a 75% da população que dependem somente do SUS e os 25 a 30% que dependem do SUS e compram planos privados, todos, nas suas vidas cotidianas com necessidades, direitos e seus pleitos?

- Desde 2013, crescem mobilizações e greves: por melhor transporte coletivo, de professores, de garis, de trabalhadores na saúde, de rodoviários, de metroviários, da polícia civil, de bombeiros, dos sem teto, dos PMs, dos sem terra, dos *black blocs*, de saqueadores, de depredadores e, em 2014 e 2015, da participação de segmentos conservadores, reacionários e golpistas. Sejam espontâneas ou organizadas, pacíficas ou violentas, sindicais ou de dissidências, manipuladas ou não, podem ser sintoma de tensão e mal estar social pela desigualdade e de esgotamento da política de Estado voltada quase que somente para a elevação da capacidade de compra do mercado. Constam nessas mobilizações bandeiras de maior responsabilidade para as políticas públicas de saúde, educação, transporte coletivo, segurança pública dentre outras. Estão consideradas para a XV Conferência?

### III. Um olhar ‘acima’ do SUS

Efetivamente, as políticas e estratégias nacionais implementadas a partir de 2003 realizam:

- a) impactante inclusão social, corrigindo o salário mínimo acima da inflação, desenvolvendo o Bolsa Família e interrompendo o desmanche, iniciado nos anos 1990, dos direitos trabalhistas e previdenciários (conquistados socialdemocratas do século XX);
- b) reativação do mercado interno (ainda que predominando os ramos de baixa agregação de valor), que atenuou os efeitos da crise econômica global; e
- c) expressivo impulso diplomático autônomo na política externa (2003 a 2010).

Essas políticas e estratégias acertadas compuseram os debates e bandeiras do amplo arco social e político debatido e articulado no decorrer do ano eleitoral de 2002 em torno de expectativas e esperanças de amplos segmentos excluídos, de trabalhadores, de grande parte das camadas médias e tendências sociais no espectro majoritário centrista e do centro-esquerda. Nesse cenário, constavam também expectativas sobre:

- 1) resgate das políticas públicas universalistas de qualidade (saúde-SUS, educação, segurança pública, transporte coletivo e demais direitos de cidadania);

- 2) redução e controle da insaciável transferência de recursos públicos em função dos juros elevadíssimos aos credores da dívida pública, como também do câmbio e do desenfreado desvio de recursos empresariais, do reinvestimento para o mercado de capitais, fatores da perniciosa desindustrialização em curso;

- 3) efetivo investimento de infraestrutura (energia, estradas, portos etc.) na industrialização com agregação de valor na qualificação das exportações (não dependência só de produtos primários); e

- 4) efetiva adoção, pelo Estado, de condutas claramente éticas e republicanas de valores e práticas e sem a relação patrimonialista e venal entre o Executivo, Legislativo e o grande capital.

Ousamos sintetizar a imagem de que o conjunto das referidas políticas e estratégias, ainda que não debatidas em maior detalhe de projetos específicos no decorrer de 2002, indicava a clara vontade política da maioria da sociedade, no rumo da inclusão social com políticas públicas baseadas nos direitos de cidadania, e do desenvolvimento, no rumo de ruptura gradual com o capitalismo

periférico dependente, refém da especulação financeira. Mais uma concepção e projeto de nação do que projeto de poder; mais um ‘salto civilizatório’ no rumo do Estado de Bem-Estar Social de cunho socialdemocrata, construído no século passado pelas sociedades da maioria dos países europeus, Canadá e outros, obviamente calcando em nossas realidades históricas, sociais e políticas. Diria que esse projeto, expectativa, esperança e a própria sociedade foram os grandes vencedores da eleição em 2002, sob a liderança e representação do PT, partidos coligados e do ex-presidente Lula.

Contudo, a partir de 2003, ano a ano, com as políticas e estratégias citadas que integraram os debates e expectativas em 2002, verificou-se a implementação de a), b) e c), e a não implementação de 1), 2), 3) e 4). Em relação às quatro últimas, houve a reprodução das graves distorções herdadas dos anos 1990 e, em alguns aspectos, sua agravação, o que, por si, alimenta o crescente mal estar na sociedade, após vários anos de positiva sensação de rumo ao bem-estar conferida pelo sucesso da implementação das três primeiras. O orçamento da nossa Previdência Social continua superavitário, apesar da forte renúncia fiscal para 56 ramos empresariais, mas continua confiscado em 20% pela DRU, para fazer frente aos compromissos com os credores da dívida pública. Esse retorno real ao mal estar não pode nem deve ser minimizado pelo fato de estar sendo explorado e ‘ampliado’ midiaticamente pela militância e poder conservador neoliberal: não são necessárias maiores sofisticadas análises social, política e institucional para constatar, em crescentes segmentos sociais, a genuína frustração e decepção com a não implementação das quatro últimas políticas e estratégias citadas. É oportuno lembrar o estudo realizado em 2008 pelo Instituto Brasileiro de Planejamento Tributário comparando o Brasil, de elevada carga tributária, com a Inglaterra, França, Dinamarca, Espanha e Portugal, de cargas tributárias médias

maiores ainda. No Brasil, a população trabalhava em média 117 dias no ano para poder comprar serviços privados de saúde, educação, previdência social, segurança pública e pedágio, e havia grande reação contra ‘excesso de impostos’. Naqueles cinco países, os cinco serviços citados eram públicos e de qualidade e não havia reação da população contra impostos. Eram efetivamente mais republicanos e socialdemocratas. Cremos não exagerar ao lembrar que a geração que atuou para o fim da ditadura e nos debates constitucionais estava ainda presente e atuante nos debates eleitorais de 2002 junto à geração mais jovem e, por isso, contribuindo para o resgate da participação democrática em projeto de nação. Para melhor refletir sobre a não implementação de 1), 2), 3) e 4), ousamos tomar como uma das raízes determinantes o ‘Presidencialismo de Coalisão’, uma das imposições na transição da ditadura para a democracia no início dos anos 1980, que implicou o fortalecimento legislativo do Poder Executivo, submetendo o Poder Legislativo à condição predominantemente homologatória. Nos anos 1990, a aprovação do 2º mandato governamental do Executivo, o instituto da Medida Provisória e a maioria das Emendas Constitucionais são alguns exemplos. Em troca da maioria governista no Congresso Nacional, ficou pactuada a prerrogativa do Legislativo, suas lideranças e partidos, para indicar a maioria dos ministros, direções das estatais, das agências reguladoras e operadores nos vários escalões da execução orçamentária federal. O perfil do Legislativo adequou-se ao número crescente de partidos (hoje, 32) sob a tutela do bloco majoritário (herdeiro da estrutura de apoio à ditadura) ou de arraigado clientelismo e fisiologismo, denominado ‘centrão’. As coligações partidárias passaram a ser fortemente atreladas à cessão (venda) de tempo de rádio e TV, acesso ao fundo partidário e participação nos resultados (benesses) da execução do orçamento público para a compra de bens e serviços de empresas privadas, com

poderosos *lobbies* atuando no Executivo e Legislativo. Um retrocesso, em aspectos básicos, ao patrimonialismo e clientelismo pré-republicanos. Esse presidencialismo de coalisção que perdura até hoje, como bem lembra Roberto Amaral,

vem impedindo a realização dos programas de campanha e de governo apoiados pelos eleitores e sociedade; levou a cidadania à orfandade político-partidária, esvaziou os partidos de valores e ideias-forças voltadas para um projeto de sociedade e aviltou o perfil do Legislativo e dos candidatos ao Legislativo. E acabou por revelar seu próprio esgotamento: mais que uma grave crise política, a sociedade está diante de uma crise republicana, que requer transformações na organização do Estado e do processo eleitoral. (AMARAL, 2015).

É nesse contexto do ‘Presidencialismo de Coalisção’ que a implementação de 1), 2), 3) e 4) foi sendo postergada, com perdas para a sociedade e nação, a meu ver, inicialmente ofuscadas pelo sucesso da implementação de a), b) e c), com um ufanismo que se mostrou inconsequente. Com a crise internacional, em 2008, nosso governo adotou as mesmas medidas anticíclicas em 2009 e 2011 de reduzir, ainda que discretamente, a taxa Selic e os juros do BNDES e Caixa Econômica Federal (CEF) para manter o crédito, o que levou à forte reação do mercado rentista especulativo a partir de 2010, que, em aliança com o alto empresariado, aprofundou sua hegemonia e os altíssimos juros e lucros. De 2013 para 2014, enquanto estancavam a produção, os gastos públicos na área social e o PIB, o lucro das ações das grandes empresas na Bovespa quase dobrou, o lucro dos bancos cresceu perto de 30%, o mesmo acontecendo para os rentistas da dívida pública.

Apesar do evidente acerto do ato governamental em reduzir a taxa de juros (2009 e 2011), perguntaríamos: por que só aplicado em 2009, como medida isolada de outras

medidas políticas de um projeto de nação, ilustrados nos referidos 1), 2), 3) e 4)? Por que uma medida centralizada e vertical, sem debate, mobilização e suporte de amplos setores da sociedade? Perdeu-se o momento mais oportuno?

José Luis Fiori (2015A), em recente análise, se referiu com a acuidade e consequência de sempre ao novo projeto brasileiro no atual século, que alguns chamaram ‘social-desenvolvimentista’, formulado com base em coalisção liderada por forças progressistas, mas que foi se alargando até se tornar verdadeiro caleidoscópio ideológico e oportunista, visto que, na hora da desaceleração cíclica e do ajuste econômico a favor do sistema financeiro, a maioria dos ‘aliados’ desembarca da canoa com a mesma rapidez com que desembarcou do regime militar nos anos 1980 e da coalisção neoliberal nos anos 1990. E termina considerando que é também nessas horas de crise que podem ser tomadas decisões que mudem o rumo da história: com coragem, persistência e visão estratégica. Provocamos: o referido alargamento da coalisção liderada por forças progressistas terá produzido no seu interior, além da desaceleração do novo projeto brasileiro, também a cooptação de parte decisiva de lideranças e dirigentes dessas forças? Se parte das lideranças e dos dirigentes progressistas foi cooptada, onde está a maior parte que não se deixou cooptar, onde estão suas vozes e ações contra os cooptados e cooptadores?

#### IV. Alertas nas reações da sociedade

Interessante ângulo para análise e reflexão sobre as expectativas e mobilizações na sociedade são a estratificação e a grande amplitude em nosso país das chamadas classes médias. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), do IBGE, de 2012 para 2013 a alta classe média caiu de 8,9% para 8,5% da população, a média classe

média caiu de 15,6% para 14,3% e a baixa classe média subiu de 43,0% para 44,2%; a massa trabalhadora caiu de 25,1% para 24,9% e os miseráveis subiram de 7,4% para 8,1%. Waldir Quadros (2015) destaca a mobilidade descendente em cascata que afetou, em um ano, 5,7 milhões de pessoas, parecendo indicar o início de reversão do auspicioso ciclo de inclusão social iniciado em 2004. É uma complexa dinâmica que envolve as aspirações, o trabalho, os resultados e as frustrações dos assalariados dos setores público e privado, dos micro e médios empresários e dos profissionais autônomos (terceirizados ou não), dos estudantes e até de pequenos e médios rentistas: a grande maioria da população. Álvaro G. Linera (2003) alude à ultrapassagem da tradicional extração de mais valia na produção assalariada com o advento do neoliberalismo e o surgimento de uma ‘proletarização difusa’ entre assalariados dos setores público e privado, profissionais autônomos liberais, mini e micro empresários e empreendedores (terceirizados ou não), cientistas, pesquisadores, analistas, professores etc.

Outro interessante ângulo é o oportuno comentário de Clovis Rossi (2015), lembra-nos que as grandes manifestações de rua em nossa história recente tiveram forte predominância das classes médias: a marcha com Deus, Família e Propriedade em 1963, a marcha dos 100 mil no Rio de Janeiro em 1968, as manifestações dos trabalhadores no ABC paulista na dobrada dos anos 1970/1980, os atos pela anistia e as diretas já em 1983/1984, manifestações anti-Collor em 1992, posse do Lula em 2003, e as manifestações de 2013, 2014 e 2015 (completamos os exemplos). A grande fragmentação da sociedade e seus movimentos amplos desde 1990 até nossos dias, com a emergência do individualismo e corporativismo na ascensão social, e da consciência dos direitos do consumidor sobre a dos direitos de cidadania, justificam a assertiva que os manifestantes de 2013, 2014 e 2015 são ‘filhos do atual capitalismo neoliberal

de forte aspiração consumista individual’. Mas a grande amplitude, a heterogeneidade e o histórico das manifestações das nossas classes médias indicam que o seu conjunto responde por omissão, conivência, pró-ação ou reação às ações de uma parte que se mobiliza. Essa parte, em 1963 e na Av. Paulista (São Paulo) em 15 de março e abril, foi tipicamente conservadora, reacionária e golpista, e nos demais exemplos acima ilustrados foi tipicamente republicana e democrática. Há que serem consideradas a relação de forças econômicas, sociais e políticas, a trajetória e hegemonia da elite, as estratégias e rumos delineados na campanha de 2002, os reflexos recentes do nosso presidencialismo de coalisão, as influências conservadoras indutoras de movimentos trabalhistas menos sociais e mais corporativos, assim como o oportunismo de grupos, corporações e lideranças partidárias no seio do atual mal estar social.

Em junho de 2013, fortes manifestações de vários segmentos da sociedade surpreenderam pela expressa desconfiança nos políticos, partidos e governo estabelecido, da situação e oposição. Na repleta Av. Paulista, as principais bandeiras foram o transporte coletivo (passe livre) e os direitos básicos à saúde, educação, segurança pública e outros: com predominância dos jovens. Pesquisas de opinião revelam que 78% dos respondentes possuíam nível superior e 20%, nível médio, e que 6% da população participaram das manifestações. Em 2014, no 2º turno da acirrada campanha eleitoral, pesquisas de opinião revelavam que a grande maioria dos eleitores de cada uma das duas candidaturas finais coincidia os mesmos pleitos e bandeiras para o governo entrante: sem corrupção no Executivo e Legislativo e prioridade para os direitos básicos: emprego, salário mínimo, saúde, educação, segurança pública e outros. Eram também as bandeiras dos que votaram em branco ou anularam os votos, que, na apuração, somaram 37 milhões de eleitores. Em junho de 2013 e 2º semestre de 2014,

pensamos que importantes segmentos da sociedade e os eleitores estavam emitindo eloquentes sinais e alertas sobre o mal estar social, ‘dando um recado’ às representações políticas e ao governo. A reação a esse ‘recado’ foi de insensibilidade e desatenção: já no debate eleitoral, os marqueteiros de ambas as candidaturas concentraram-se só na radical desconstrução da imagem do (a) candidato (a) adversário (a) na mídia e redes sociais. Os temas centrais para a sociedade e eleitores, de ideias, valores, direitos e desenvolvimento de um projeto de nação ficaram em segundo plano ou foram desprezados. É bem possível que essa insensibilidade aos sinais e alertas da sociedade e eleitorado muito tenha contribuído para a manipulação pela mídia e redes sociais de uma polarização na sociedade, que, na verdade, encontra-se muito mais nos projetos de poder dos atuais políticos, partidos e governos, apesar da dispersão e despolarização processadas nos últimos 25 anos. De um lado pelos setores mais conservadores, reacionários e de sua mídia, que multiplicam o volume dos desmandos, corrupção e irresponsabilidade fiscal nos governos petistas, inclusive insinuando a privatização da Petrobrás, e, de outro lado, o *establishment* do PT, governo e quadros centrais de ambos, não reconhecendo: a) a continuidade dos desmandos e corrupção e de seu tamanho, doa a quem doer, e b) a desatenção aos pleitos e bandeiras da maioria da sociedade expressos nos sinais e alertas da sociedade em 2013 e 2014, que remontam às expectativas geradas na campanha de 2002.

Nas manifestações de 13 de março do corrente ano contra as medidas de mais cortes nos gastos sociais e de 15 de março contra os desmandos e corrupção, pesquisa de opinião (FERRAZ, 2015) mostrou que a ‘polarização’ assim expressou-se em cada uma:

- Democracia é sempre melhor: 86% e 85%;

- Ditadura tanto faz ou em certos casos: 11% e 13%;
- Congresso Nacional ruim ou péssimo: 61% e 77%;
- Governo Dilma ruim ou péssimo: 26% e 96% (27%, *impeachment*);
- Nível superior: 68% e 76%;
- Preferiam o PT: 39% e preferiam o PSDB: 37%;
- Eleitores de Dilma: 71% e eleitores de Aécio: 82%;
- Renda até cinco salários mínimos: 62% e renda maior do que cinco salários mínimos: 68%.

Na manifestação seguinte, em abril na Av. Paulista, 19% dos manifestantes tinham renda acima de 20 salários mínimos, quando foram potencializadas as posições da manifestação de 15 de março.

Por final, seguem comentários sobre a nossa elite social, acima das classes médias, cujas reações como classe são menos visíveis, porém mais efetivas no conjunto da sociedade. A expressão absoluta da elite é do 1% mais ricos da população, objeto da impactante pesquisa de Thomaz Piketty (KRUGMAN, 2015), e, neste artigo, incluímos parte da alta classe média. Em meio à grave crise econômica e política do desvio criminoso, antissocial e antinacional de vultosos recursos públicos em nosso presidencialismo de coalisão, com divulgação de mais de R\$ 6 bilhões desviados e mais de R\$ 20 bilhões de prejuízo na Petrobrás, não podemos nem devemos atenuar a evidência do maior foco da crise nacional econômica e política. Referimos à galopante acumulação financeira especulativa que gera nossa monumental dívida pública, cujos juros, por volta de R\$ 220 bilhões,



amortização e refinanciamento, consomem 46 a 47% do Orçamento Geral da União, restando porcentagens irrisórias em orçamentos como: 3,8% para a Saúde, 2,7% para a Educação e abaixo de 1% para Transporte, Energia e Segurança Pública. É dívida ao mesmo tempo assombrosa e blindada contra auditoria interna, externa, independente e revisão: seus poderosos detentores inculcam na sociedade que os gastos públicos com os credores e rentistas da dívida pública são um dogma virtuoso, mas os gastos públicos com direitos sociais e desenvolvimento são gastos perdulários a serem reduzidos. Esse foco central da crise está intimamente ligado à concentração da nossa riqueza e renda. Dados do Consórcio Internacional dos Jornalistas Investigativos sobre a Agência do HSBC na Suíça, ligada a paraísos fiscais (*SuissLeaks*), do Sindicato Nacional dos Procuradores da Fazenda Nacional ('Sonegômetro'), do Relatório de 2014 do Banco *Credit Suisse*, do Conselho Administrativo da Receita Federal (Carf), Conselho Administrativo da Receita Federal-Operação Zelotes, das Revistas *Forbes* e *Exame*, revelaram:

- 225 mil brasileiros possuem patrimônio acima de US\$ 1 milhão (R\$ 2,39 milhões);
- 230 mil brasileiros aplicam, cada um, acima de US\$ 1 milhão no mercado financeiro internacional;
- Era de brasileiros, em 2010, a quarta maior fortuna nos paraísos fiscais, estimada em US\$ 520 bilhões, (R\$ 1 trilhão);
- É de brasileiros o quarto lugar de compradores de móveis em Miami, EUA;
- As 15 famílias mais ricas no Brasil concentram R\$ 270 bilhões, correspondentes a 5% do PIB;

- Havia, em 2006 e 2007, na filial suíça do HSBC, ligada a paraísos fiscais, 8.000 contas brasileiras, com desvios em 342 delas estimados em US\$ 7 bilhões. Não estão computados os valores muito maiores de empresas *offshore* montadas por brasileiros;
- Vultosos desvios de dívidas fiscais de grandes empresas brasileiras operados no Carf vêm sendo estimados em até R\$ 19 bilhões: Santander, Bradesco, Ford, Gerdau, Boston Negócios, Safra, Fiat e outras (A Gerdau já tem recurso contra a reposição de R\$ 5 bilhões ao Tesouro Nacional); e
- Dados da Secretaria da Receita Federal – Ministério da Fazenda (MF) revelados no 'Sonegômetro' indicam dívida fiscal de R\$ 415 bilhões em 2013, estimados em R\$ 500 bilhões para 2015.

Importante pesquisa do Instituto Federal Suíço, em 2011, revelou crescimento geométrico da concentração do capital: 147 superconglomerados com predominância do capital especulativo controlavam 1.318 conglomerados, detendo 40% da sua riqueza. Tais conglomerados, por sua vez, controlavam as 43 mil maiores corporações empresariais do mundo.

Esses dados, certamente sujeitos a variação a maior ou a menor, formam um conjunto que reflete o modo de participação de 296 mil brasileiros nos 1% mais ricos do mundo e de cinco milhões nos 10% mais ricos do mundo. Reflete a manutenção de 17% da renda nacional nas mãos do 1% mais ricos do País, assim como 75% da riqueza contabilizada com os 10% mais ricos. Reflete também, mais que a imunidade contra os efeitos da crise econômico-financeira, a sua própria gênese: basta observar quais estratos sociais e orçamentos públicos setoriais estão sendo tratados como perdulários e 'enxugados' pelo

ajuste fiscal ora em andamento, entre R\$ 60 e R\$ 80 bilhões para bancar o superávit primário intocável da intocável dívida pública ‘não perdulária’. Reflete ainda o recente encontro realizado no *Waldorf Astória* (Nova York), do qual participaram Bill Clinton, Fernando H. Cardoso, banqueiros, altos empresários e políticos, sobre o qual José Luis Fiori (2015B) refere plausível atualização do Consenso de Washington dos anos 1990. Reflete, enfim, a grande dificuldade de taxação das grandes fortunas e heranças, incluindo os valores mais tangíveis, como imóveis, ações e aplicações financeiras.

## V. O leite que derramou e busca de luzes

Investigações oficiais comprovam que o destino criminoso, antissocial e antinacional de vultosos recursos públicos arrecadados (além dos sonogados), vem sendo impulsionado sob o ‘presidencialismo de coalisão’. Revelam também que os correspondentes desmandos governamentais e corrupção continuam até nossos dias, ainda que sua divulgação venha sendo multiplicada, em relação aos governos do PT e coligados, pelos setores mais reacionários da sociedade e sua mídia. Essa continuidade é inadmissível, e sua avaliação, reconhecimento e enfrentamento são inabdicáveis e inadiáveis, sob pena de dispersão e esvaziamento da maior militância partidária da nossa história, o PT, além da massa de eleitores sem partido que aderiu ao debate de um projeto de nação na campanha de 2002.

A nosso ver, vai ficando claro que a exacerbção das reações pelos setores mais conservadores e reacionários da sociedade, políticos e mídia pode significar a revanche desses setores ante sua aparente defensiva e enfraquecimento perante uma ‘onda petista’ que se supunha mais consistente e consequente no governo nacional. É sabido que essa ‘onda’ crescia na oposição nos anos

1980 e 1990, assumindo radicalidade na denúncia e mobilização contra os desmandos éticos, econômicos e financeiros dos governos e partidos da situação. Repudiava, inclusive, a articulação de ampliação de forças políticas progressistas em direção a setores integrantes do ‘centrão’. O apogeu da ‘onda petista’ iniciou-se na campanha eleitoral de 2002: o ‘sonho petista’ ampliou-se para o ‘sonho das maiorias’ na sociedade por outro projeto de nação com mais desenvolvimento e distributivismo. No tópico anterior, resumimos as expectativas e compromissos do ideário de 2002 em seus itens a), b) e c), cujo cumprimento repercute positivamente até hoje, e também nos itens 1), 2), 3) e 4), cujo descumprimento vem gerando mal estar social por si mesmo. Alguns analistas estendem sua preocupação a um provável peso negativo desse descumprimento, que, no médio prazo, certamente fragiliza o suporte político ao cumprimento dos itens a), b) e c), reduzindo-os, perante uma crise fiscal maior, a uma ‘bolha de consumo’ ou mera exploração de brechas nos espaços neoliberais do capitalismo dependente. Outros analistas lembram que, além do ‘presidencialismo de coalisão’, outro engendramento constou como imposição pétrea na transição da ditadura para a democracia: a canalização do movimento trabalhista e da estrutura sindical para uma alternativa exclusivamente ‘trabalhista’ imune a eventuais resquícios do ‘pré-1964’, o socialista e o ‘brizolista’. Pensamos que esse engendramento, desenvolvendo-se nos anos 1990 e até nossos dias, exagerou a dose ajudando a descumprir os itens 1), 2), 3) e 4), abortando o projeto de nação. Mais recentemente, surge outra origem do mal estar social, que foi a continuidade do destino criminoso e antissocial de vultosos recursos públicos arrecadados além dos sonogados, comprometendo lideranças e dirigentes centrais de um partido de massas que sugeria imunidade ao fisiologismo, patrimonialismo, corrupção e projeto de poder pelo poder.

Celso Barros (2015), em análise do recente congresso do PT, afirma que a recusa do afastamento dos dirigentes acusados de corrupção e consequente prestação de contas à população limitou drasticamente a possibilidade de o partido reconquistar o centro do espectro político para, então, rever e ampliar alianças, inovar estratégias perante as novas demandas da população emergente (dezenas de milhões) que as reformas pós-2003 fizeram aparecer na sociedade brasileira. Afirma, também, que, além da intocabilidade na aplicação regressiva dos impostos, dos esquemas políticos tradicionais e outras ‘tradições’ governamentais, os acordos de 2002/2003 mantiveram intocável o esquerdismo no PT na sua característica oposicionista dos anos 1990. Refere, ainda, que a recente Carta de Salvador daquele congresso, em seu ponto 44, abre espaço de diálogo político entre as novas ‘classes emergentes’ com propostas do centro do espectro político, como: fundo público com forte progressividade na tributação e nos gastos, que ofereça acesso ao crédito, formação, tecnologia etc. para o mar de micros e pequenos negócios, assim como a volta à militância de base, à formação de frente com os aliados da esquerda etc. Ao que julgamos fundamental acrescentar o resgate das políticas públicas universalistas para os direitos sociais básicos expressos na Constituição de 1988.

Para o campo de conhecimento de políticas públicas e ciências políticas e sociais, penso caberem as questões: (i) até onde o histórico topo ou ápice da pirâmide de poder patrimonialista e colonizado dominante do Estado brasileiro combina-se em promiscuidade com os topos ou ápices das pirâmides do governo e partidos no Executivo e Legislativo? (ii) até onde essa combinação permeia a reprodução da hegemonia do capital financeiro desde os anos 1990 até hoje? (iii) há perspectivas de retomada do consenso construído em 2002, preferencialmente ampliado e mais explicitado?

Objetivando:

- A efetiva formulação de alternativas ao nosso capitalismo dependente periférico e ao jugo ilimitado e insaciável da acumulação especulativa do capital tem cabimento e espaço político potencial em nossos dias?
- Na atual conjuntura social e política, há espaço político potencial para a formulação de uma imagem-objetivo efetivamente socialdemocrata e de Estado de Bem-Estar Social desenvolvimentista?
- Na construção conjunta e pluralista desse espaço político, com a imprescindível transparência e ampliação nos debates, quais tendências partidárias, políticas, entidades e movimentos sociais, pensadores e intelectuais orgânicos, efetivamente comprometidos com a democratização do Estado reuniriam condições e estariam dispostos à implementação?
- Estando essa implementação voltada para a formulação e pactuação de um projeto de sociedade e nação, e, inevitavelmente, de poder, o pluralismo já mencionado teria condições de assumir efetivamente os poderes conquistados somente como meio de realização do projeto de sociedade e nação? E, precipuamente, de manter a continuidade do debate do projeto entre si e com a sociedade, com as imprescindíveis verificações dos objetivos, meios e correções de percurso, ampliando e enriquecendo as pactuações?
- Na implementação da imagem-objetivo levantada na segunda indagação, por óbvio, todas as tendências alinhadas manteriam a prerrogativa democrática da disputa de poder na estrutura do Estado? E o próprio desenvolvimento

do projeto de sociedade e nação, com participação direta da sociedade, balizará a dinâmica do papel e espaços de cada componente e tendência?

- Sob um espectro de valores e expectativas na sociedade, assim como ideias-força desde o centro até a esquerda, passando pelos vários matizes (mais plurais ou sectários) – corporativos, classistas, consumistas, religiosos e esquerdistas –, as maiorias estão interessadas no disposto na segunda e terceira indagação?
- O debate amplo e a implementação por etapas pactuados no disposto nas duas primeiras indagações são alternativas para reverter a hegemonia conservadora da direita, ilegitimamente implementada na mídia, Estado e sociedade? Apesar do domínio de nossa mídia por valores do individualismo, consumismo e especulação financeira, que embaçam e cerceiam o conhecimento do futuro real da sociedade e da nação, é possível disputar e furar esse bloqueio, visando disponibilizar para as massas sociais as informações e conhecimentos do que lhes diz respeito nos seus direitos, seu futuro e alternativas reais de desenvolvimento social?
- Que mudanças podem e devem ser implementadas desde já na reforma política, no quadro partidário, na democracia interna dos partidos e nos congressos de cada partido? Incluem a refundação de partidos e coligações?
- Nessa aliança ou coligação heterogênea, cada componente ou tendência em sua legítima militância, no seu espaço próprio, até onde manterá as pactuações e repactuações para o projeto comum de sociedade e nação avançar?

Multiplicam-se ‘sinais’ globais de esgotamento da atual hegemonia liberal especulativa, por exemplo:

- a) James Galbraith, Universidade do Texas, acaba de lançar o livro *‘The End of Normal the Great Crisis and the Future of Growth’*, onde denuncia o “uso excessivo de expressões matemáticas nos argumentos dos neoliberais sobre a perfeição dos mercados: usam a matemática para intimidar e não para esclarecer” (LUCENA, 2015A), e mostra alternativas para nova forma de o capitalismo manter sua sustentabilidade: substancial encolhimento do sistema financeiro, uso intensivo de mão de obra, robusto sistema de proteção trabalhista e social, custos fixos menores, baixas taxas de retorno e descentralização;
- b) Martin Wolf, chefe do editorial do *Financial Times*, Londres, apologista nos anos 1980 e 1990 de Thatcher e Reagan, expõe que a austeridade fiscal falhou, a estabilidade financeira desapareceu, o atual modelo é ideal somente para os banqueiros e deve-se voltar à visão de Keynes (LUCENA, 2015B);
- c) Rosa Maria Marques (2015), titular de economia na PUC-SP, defende que, no Brasil, fatias crescentes do lucro empresarial deixam de ser reinvestidas, passando a ser desviadas para a rentabilidade extraordinária do mercado financeiro (títulos, ações e derivativos), e que o investimento público, que sempre foi importante, é crescentemente desviado para os credores da dívida pública. Em escala mundial, o mercado financeiro já perfaz vários PIBs mundiais; e
- d) A conhecida pesquisa e projeções de Thomaz Piketty em escala mundial mostraram que, a partir do ano de 2016, os ganhos do 1% mais ricos no mundo

superarão os dos restantes 99%, o que acaba de ser confirmado pela respeitável ONG Oxfam (MELO, 2015).

Pensamos ser impossível visualizar a real diferença nos segmentos da nossa sociedade, desde os miseráveis à alta classe média, quanto às tensões das desigualdades, frustrações, revisões ou afirmações na conquista das aspirações, às confianças nas representações eleitas, e até mesmo nas diferenças entre os movimentos de rua desde 2013 e dos mais de 90% que ficaram em casa ou no trabalho etc. Mas somamos aos alertas e recados da sociedade: nas ruas em 2013, pelos eleitores (pesquisas de opinião) em 2014 que elegeram e os que votaram em branco ou anularam, e grande parte dos movimentos de 2015: emergem com força os não alinhados à situação e à oposição nos governos, nem às lideranças e partidos políticos, ou os mais céticos ou os mais esperançosos, os indignados em número crescente, e mesmo entre os alinhados, aqueles com crescentes reservas. Diríamos que se esgotaram os cenários e esperanças de disputa e exercício de poderes com base em promessas de que usaria o poder para o bem comum; crescem, paralelamente, as buscas de luzes e formulações de como o exercício do poder pode e deve ser reestruturado, democratizado e compelido a ser efetivamente controlado pela sociedade, e, nesse espaço, aí sim, se dar a disputa do poder.

Na Espanha, o movimento apartidário ‘Indignados’ cresce desde 2011, agora reforçado com o movimento ‘Podemos’, que já registrou para disputar eleições, entre várias bandeiras, a tolerância ‘Zero’ para corrupção e para os cortes orçamentários públicos orientados pelos objetivos da ganância e da especulação financeira. Nas recentes eleições municipais, ganharam a prefeitura de Madri (capital) e Barcelona (2ª cidade). Cabe citar Juca Kfoury (2015), referindo-se a um dos *Odebrecht*: “*Preferia que fosse diferente, mas o jogo é o jogo, não posso mudar o mundo*”, e Juca: “*Todos podemos*”. Na Grécia, o Syriza

foi fundado como movimento contra endividamento especulativo do País, registrou-se como partido e venceu eleições em oposição à coligação partidária que cumpria à risca a submissão a uma dívida pública crescente, juros altos, desestruturando a nação e regredindo a sociedade. Hoje é travada verdadeira guerra financeira do Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Central Europeu, o gigante Gulliver, contra o governo e a população grega, o Pequeno Polegar. Junho passado, venceram 1,6 bilhões de euros de dívida que só pode ser paga com os salários e aposentadorias dos servidores. Além da Espanha e Grécia, correm em nossos dias buscas intensivas de alternativas ao domínio insaciável do capital financeiro especulativo, objetivando a construção de projeto de nação, a Noruega, Islândia, Irlanda e Bolívia. Itália e França estão no limite. É um conjunto diversificado de países em sua história, cultura e estrutura socioeconômica, porém, em comum, forçam uma relação mais participativa e reestruturante da sociedade em relação ao Estado na busca de um projeto de sociedade e nação não submisso à ditadura neoliberal financeira especulativa. Variam as composições no espectro centro-esquerda. Se há potencial de revés ou distorção, também haverá de adesão de mais sociedades e países a essas buscas.

A retomada do rumo inicial constitucional do SUS encontra-se sabidamente vinculada à reversão da atual política de Estado e também ao contexto macroeconômico nacional e global. Nessa reversão, a militância, somente no setor saúde, já se tornou quixotesca, mas, mesmo assim, imprescindível. Contudo, esse vínculo de solidez aparentemente incontornável pode, historicamente, diluir-se e revelar insustentabilidade. Referimos a possível vínculo com a práxis política da sociedade há quase 30 anos, informada, consciente e mobilizada para a possibilidade real de satisfação dos direitos humanos e sociais, que foram contemplados na Constituição cidadã de 1988. Essa possibilidade real encontra-se hoje espelhada na implantação da diretriz da

Regionalização vinculada à elevação do financiamento federal e às formulações e pactuações dos gestores descentralizados, dos conselhos de saúde, das entidades ligadas ao Movimento da Reforma Sanitária e da população consciente e mobilizada, conforme já assinalado no segundo tópico deste artigo. Não é demais lembrar que a conscientização da população passa pela compreensão e postura de que os recursos públicos, após sua arrecadação, permanecem pertencendo à população, cabendo ao Estado administrá-los, investindo e custeando em benefício

da população e nação. Esta obviedade vem, há décadas, sendo, na prática, obscurecida a favor de que só o que é comprado no mercado pertence ao consumidor. Ora, a consciência de que o SUS pertence a cada cidadão, e de que, sem consultá-lo, o Estado avilta o financiamento do SUS e subsidia fortemente os planos privados com os recursos públicos do cidadão, compelindo-o a satisfazer seus direitos consumindo no mercado, aí está um debate para cada segmento da sociedade: o do pertencimento. Daí, a bandeira 'Democratização do Estado'.

---

## Referências

AMARAL, R. A Falência do Presidencialismo. *Folha de S. Paulo*. 30 abr. 2015. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2015/04/1622917-roberto-amaral-a-falencia-do-presidencialismo.shtml>>. Acesso em: 30 jul. 2015.

BARROS, C. Um adeus ao lulismo. *Folha de S. Paulo*. [2015]. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/ilustrissima/223377-um-adeus-ao-lulismo.shtml>>. Acesso em: 30 jul. 2015.

FERRAZ, L. Maioria foi às ruas contra corrupção, diz Datafolha. *Datafolha*. 17 mar. 2015. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/poder/2015/03/1603885-maioria-foi-as-ruas-contracorrupcao-diz-datafolha.shtml>>. Acesso em: 7 ago. 2015

FIORI, J. L. Ciclos e Crises. *Carta Maior*. 4 maio 2015a. Disponível em: <<http://cartamaior.com.br/?/Coluna/Ciclos-e-crisis/33403>>. Acesso em: 30 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. O caos ideológico. *Carta Maior*. 31 maio 2015b. Disponível em: <<http://cartamaior.com.br/?/Coluna/O-caos-ideologico-/33618>>. Acesso em: 30 jul. 2015.

KFOURI, J. A tal da 'Neymardependencia'. *Folha de S. Paulo*. 18 jun. 2015. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/colunas/jucakfour/2015/06/1644371-a-tal-neymardependencia.shtml>>. Acesso em: 30 jul. 2015.

KRUGMAN, P. Livro 'O Capital no Século 21' revoluciona ideias sobre desigualdade. *Folha de S. Paulo*. 26 abr. 2014. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/mercado/2014/04/1445830-livro-o-capital-no-seculo-21-revoluciona-ideias-sobre-desigualdade.shtml>>. Acesso em: 30 jul. 2015.

LINEIRA, A. G. Álvaro Garcia Linera: às esquerdas da Europa e do mundo. *Carta Maior*. 25 dez. 2003. Disponível em: <<http://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Internacional/alvaro-Garcia-Linera-as-esquerdas-da-Europa-e-do-mundo/6/29876>>. Acesso em: 30 jul. 2015.

LUCENA, E. Crítica: Economista defende salários maiores e redução dos bancos. *Folha de S. Paulo*. 4 abr. 2015a. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/mercado/2015/04/1611278-critica-economista-defende-salarios-maiores-e-reducao-dos-bancos.shtml>>. Acesso em: 30 jul. 2015.

———. Crítica: Jornalista pede ‘radicalismo’ no combate à crise global. *Folha de S. Paulo*. 24 jan. 2015b. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/mercado/2015/01/1579582-critica-jornalista-pede-radicalismo-no-combate-a-cri-se-global.shtml>>. Acesso em: 30 jul. 2015.

MARQUES, R. M. ‘O governo Dilma é totalmente refém do mercado’. *Correio Cidadania*. 30 jan. 2015. Entrevista concedida a Gabriel Brito. Disponível em: <[http://www.correiocidadania.com.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10464:manchete300115&catid=34:manchete](http://www.correiocidadania.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=10464:manchete300115&catid=34:manchete)>. Acesso em: 30 jul. 2015.

MELO, R. O bruxo está solto. *Folha de S. Paulo*. 26 jan. 2015. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/>

[paywall/login-colunista.shtml?http://www1.folha.uol.com.br/colunas/ricardomelo/2015/01/1580333-o-bruxo-esta-solto.shtml](http://www1.folha.uol.com.br/colunas/ricardomelo/2015/01/1580333-o-bruxo-esta-solto.shtml)>. Acesso em: 7 ago. 2015.

QUADROS, W. A regressão social que ameaça o Brasil. *Le Monde Diplomatique*. 3 maio 2015. Disponível em: <<http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=1864>>. Acesso em: 30 jul. 2015.

ROSSI, C. Classe média à la carte. *Folha de S. Paulo*. 14 abr. 2015. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/colunas/clovisrossi/2015/04/1616221-classe-media-a-la-carte.shtml>>. Acesso em: 7 ago. 2015

# Avaliação de uma experiência de gestão hospitalar participativa no âmbito do SUS: produção de saúde, sujeitos e coletivos

*Evaluation of a participatory hospital management experience in the national health service SUS: production of health, individual and collective*

Adriana Diniz de Deus<sup>1</sup>, Elza Machado de Melo<sup>2</sup>

**RESUMO** O presente artigo trata-se de estudo de caso com objetivo de avaliar a experiência de gestão da Maternidade Pública Municipal de Betim (MG), de 2009 a 2011, por meio de análise de intervenção, que investiga se objetivos e metas propostos pela experiência foram alcançados. A metodologia consistiu de análise documental e grupos focais. A análise pautou-se na hermenêutica crítica. A Maternidade adotou, no período estudado, um modelo de gestão entrelaçado ao modelo de cuidado, com criação de espaços de escuta e de responsabilização pelos processos de trabalho. Este estudo mostrou que, apesar dos limites, conseguiu-se implantar e conduzir estruturas e processos, revelando tendência para alcançar o que foi proposto.

**PALAVRAS-CHAVE** Administração hospitalar; Avaliação em saúde; Humanização da assistência.

**ABSTRACT** *This article is a case study to evaluate the management experience of Municipal Public Motherhood of Betim (MG), between 2009 and 2011, by means of intervention analysis, that investigates whether objectives and goals proposed by the experience were achieved. The methodology consisted of document analysis and focus groups. The data analysis was guided on critical hermeneutics. The Motherhood adopted, during the study period, a management model interlaced to the care model, generating spaces of listening and accountability for the work processes. This study showed that, despite the limitations, it was found that deploy and conduct structures and processes, revealing a tendency to reach goals.*

**KEYWORDS** *Hospital administration; Health evaluation; Humanization of assistance.*

<sup>1</sup>Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas) - Betim (MG). Prefeitura Municipal de Betim - Betim (MG), Brasil. [adrianededeus@oi.com.br](mailto:adrianededeus@oi.com.br)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Medicina - Belo Horizonte (MG), Brasil. [elzamelo@medicina.ufmg.br](mailto:elzamelo@medicina.ufmg.br)



## Introdução

Ao longo dos últimos anos tem se observado grandes mudanças nas orientações políticas, nas formas de financiamento e nas diretrizes em relação à organização das redes de serviço e do modelo de gestão e atenção adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Tal modelo entendido como identificação dos traços principais de uma racionalidade que combina estruturas e tecnologias orientadas para as ações de saúde (PAIM, 2008).

Acompanhando o processo de organização de um novo modelo de atenção à saúde, fundado na concepção de um sistema integrado de serviços que deve interligar ações de prevenção, promoção e reabilitação com a atenção curativa e ter na atenção básica de saúde o centro deste sistema e a porta de entrada preferencial (PAIM, 2008), o hospital tem sido alvo de notórias mudanças, tanto nos aspectos referentes à redefinição do seu papel neste sistema de atenção à saúde, como na sua reorganização interna de trabalho, com o surgimento de novos modelos de gestão hospitalar (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

Existe consenso em relação à necessidade do aprimoramento da gestão, da organização e do modo de funcionamento dos hospitais brasileiros, porém há uma variedade de caminhos sugeridos. A maioria das experiências é balizada por teorias, metodologias e técnicas administrativas que visam à eficiência e eficácia com utilização de mecanismos poderosos de controle dos processos de trabalho, avaliação de resultados com base na acreditação hospitalar e separação entre quem planeja e quem realiza as atividades com nítida centralização normativa e descentralização executiva (AZEVEDO ET AL., 2010).

Porém, vários autores como Campos (2007), Merhy (2007), Cecílio e Merhy (2003), dentre outros, reconhecem que esse pensamento gerencial hegemônico apresenta dificuldades para dar conta dos complexos desafios da gerência hospitalar, principalmente por

tentar controlar o trabalho com métodos disciplinares, que não consideram as questões subjetivas e intersubjetivas que o permeiam e o constituem como “espaço de relação que se produz no encontro de sujeitos” (MERHY; ONOKO, 1997, P. 132).

Nesses espaços de interação, nos quais o profissional de saúde detém um alto grau de capacidade decisória, sustentada no saber técnico e onde o desempenho do gerenciamento disciplinar mostra-se insuficiente, abrem-se possibilidades para a adoção de outras estratégias pautadas na construção de novos valores e no estabelecimento de novas relações entre trabalhadores e usuários, que resultem na defesa da vida dos indivíduos e das populações (MERHY, 2007). A gestão, portanto, além de utilizar ferramentas e metodologias administrativas, passaria a considerar as relações e os interesses do conjunto de indivíduos e grupos envolvidos nos serviços de saúde (AZEVEDO ET AL., 2010).

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2008) propõe, por um lado, a utilização de dispositivos como as Linhas de Cuidado (CECÍLIO; MERHY, 2003), que valorizam a integração do hospital na rede de atenção e aprimoram a integralidade do cuidado e, por outro, a clínica ampliada, com a organização de equipes de referência e de matriciamento, e a elaboração de projetos terapêuticos interdisciplinares (CAMPOS; AMARAL, 2007). Propõe, também, um modelo de gestão estratégica pautado na gestão colegiada em todos os níveis de serviços, que, seguindo o conceito de cogestão (CAMPOS, 2007), amplia a capacidade dos trabalhadores, usuários e gestores para instituírem compromissos e atuarem na micro e macropolítica existentes na complexa tarefa de gerenciar o hospital (AZEVEDO ET AL., 2010).

Inúmeras dificuldades são encontradas no cotidiano do gerenciamento dos serviços hospitalares, devido a sua complexidade e ao enraizamento das práticas constituídas. Implantar modelos, programas ou ações condizentes com as diretrizes políticas e

dispositivos preconizados pelo SUS, principalmente aqueles relacionados à efetividade do serviço, à gestão participativa e à valorização dos sujeitos envolvidos, são alguns dos desafios encontrados (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008). Portanto, torna-se importante avaliar e analisar práticas dentro dos serviços de saúde que resultem no conhecimento dos limites, desafios e potencialidades, que consolidem modos de organizar tanto a atenção como a gestão e contribuam para o projeto democrático do SUS. “A construção conceitual e prática de um novo modelo é um desafio estratégico, diz respeito à viabilidade tanto econômica e política quanto sanitária do SUS” (CAMPOS, 2003, p. 109).

Este trabalho teve por objetivo avaliar a experiência de gestão da Maternidade Pública Municipal de Betim (MPMB), nos anos de 2009 a 2011, cuja escolha se deu pelo fato de que, neste período, a direção se propôs a implantar um novo modelo de gestão, orientado por objetivos que traduzissem para o cotidiano das organizações hospitalares as diretrizes e políticas do modelo de atenção e gestão hospitalar do SUS e da PNH, segundo as proposições da teoria elaborada por Campos (2003) e outros autores (CECÍLIO; MERHY, 2003; MERHY; ONOKO, 1997).

A cidade de Betim, que em 2010 contava com uma população de 378.089 habitantes (IBGE, 2010), localiza-se na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. A Maternidade Pública Municipal de Betim Haideé Espejo Conroy é uma instituição pública de administração direta em funcionamento desde 08/05/1994, destinada ao atendimento do parto de risco habitual. Possui 55 leitos e, em 2010, com um quadro de 280 trabalhadores, realizava 896 atendimentos e 341 internações por mês (BETIM, 2010).

## Metodologia

Trata-se de pesquisa avaliativa com enfoque teórico metodológico da pesquisa qualitativa

em saúde, numa perspectiva crítico-reflexiva (MINAYO, 2008). Constitui estudo de caso, cujo objetivo foi avaliar a experiência de gestão da Maternidade por meio de análise da intervenção, isto é, analisar se os recursos e as atividades realizadas alcançaram seus objetivos planejados ou demonstraram tendências para alcançá-los, sendo adequadamente conduzidos (HART, 2002). A pesquisa qualitativa foi escolhida por ser coerente com a natureza do objeto em questão e por possibilitar a compreensão das diferentes maneiras pelas quais os trabalhadores e gerentes revestiam de significado e formavam seus pontos de vista em relação aos vários aspectos da experiência vivida (FLICK, 2009).

Os procedimentos metodológicos utilizados para a obtenção do material empírico foram: a análise de vinte e sete documentos institucionais que “devem ser vistos como uma forma de contextualização da informação e analisados como dispositivos comunicativos metodologicamente desenvolvidos na construção de versões sobre eventos” (FLICK, 2009, p. 234); e a realização de grupos focais, pois além de possibilitarem as técnicas individuais, propiciam, na perspectiva do interacionismo simbólico, a valorização da comunicação e interação grupal (FLICK, 2009).

Foram organizados quatro grupos focais, com duração em média de uma hora e meia cada um, realizados na própria instituição, em novembro de 2012, com o total de trinta participantes. Dois grupos (G1, G2) foram formados por trabalhadores das diversas categorias profissionais. Outro grupo (G3) foi formado por trabalhadores que participam do Colegiado Ampliado. Por último, formou-se um grupo (G4) de gerentes da Maternidade, integrantes do Colegiado Gestor.

A escolha dos integrantes dos grupos, realizada de maneira intencional, considerou a habilidade do indivíduo de participar e contribuir com o conteúdo da discussão (FLICK, 2009). Foi utilizada a saturação teórica como fundamento para definição do número de grupos focais, tendo por

referência o estágio em que o acúmulo subjetivo em relação aos objetivos já possibilitava a compreensão do objeto pesquisado, dentro dos limites do estudo.

Para análise dos dados dos grupos focais trabalhou-se com base nos pressupostos da hermenêutica dialética por possibilitar interpretar os dados, buscando a lógica interna dos fatos e dos relatos, situando-os no contexto dos atores e articulando-os com os objetivos do estudo, com a base teórica adotada (MINAYO, 2008).

Essa associação de procedimentos metodológicos com a utilização da análise documental e dos grupos focais com olhares de diferentes sujeitos aprimora a fidedignidade da pesquisa e permite abordar o objeto em seus diversos ângulos, ou seja, incorpora “os vários pontos de vista, garantindo a diversidade de sentidos expressos pelos interlocutores, fugindo à ideia de verdade única” (MINAYO, 2012, P. 625).

Cumpriram-se os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos conforme o parecer número CAE 04784312.1.0000.5149 da comissão julgadora do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente deste estudo, como determinado pela Resolução nº 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

## Resultados e discussão

Após estudo dos dados coletados na pesquisa, emergiram três categorias de análise: qualidade do cuidado, gestão participativa e produção de sujeitos, a partir das quais se fez a discussão.

### Qualidade do cuidado

O modelo de cuidado foi implementado em março de 2010 com suas diretrizes, ferramentas e ações centradas nas usuárias (figura 1).

Figura 1. Modelo assistencial da Maternidade Pública Municipal de Betim



Fonte: Betim (2010)

A Maternidade possui uma história de caminhada na perspectiva da qualificação da assistência, portanto, coube à gestão estudada retomar e aprimorar algumas propostas que foram perdidas nos últimos anos e implantar outras novas, sistematizando-as em um modelo único (BETIM, 2010).

Os participantes da pesquisa foram unânimes em reconhecer a qualidade do cuidado oferecido pelas equipes multiprofissionais, tanto no que diz respeito à competência técnica, aos programas da política de humanização implantados (BRASIL, 2008) e ao acolhimento respeitoso e atencioso. “*É um tratamento excelente, a equipe é muito bem preparada, muito boa*” (G1). “*Em termos de humanização, eu não tenho nada a reclamar daqui, eu acho o projeto de atendimento muito bom. A Maternidade é nota 10 em relação a isto*” (G1).

As falas revelam uma concepção de que o cuidado com a saúde da usuária é responsabilidade de todas as categorias, ou seja, todos os trabalhadores de saúde fazem clínica, entendida aqui no seu conceito amplo (MERHY, 2007), como espaço onde se opera o ‘trabalho vivo em ato’, ligado ao campo das relações, no qual o vínculo, a responsabilização e o acolhimento fazem parte do arsenal terapêutico (CAMPOS, 2003).

*Quando ela [usuária] é bem recebida ali, ela passa daqui pra lá mais tranquila, né. E também aqui dentro com as meninas da enfermagem e com as doulas que dão um grande apoio, em um ambiente acolhedor.* (G2).

*Às vezes você chega lá na enfermaria, já me aconteceu, da paciente estar chorando e eu saí da copa e perguntei: o que é que aconteceu? E houve um desabafo ali, sabe? Então, não tem muita diferença de ser médico, enfermeira não. Acho que isso é qualidade, né?* (G2).

Essa confiança dos trabalhadores na qualidade do cuidado oferecido é demonstrada quando eles utilizam os serviços oferecidos

ou os indicam a parentes e amigos. “*Eu trabalho aqui há dezesseis anos. Fui mãe e fui avó aqui, posso falar como funcionária e como usuária. Eu acho que melhorou muito sim o atendimento*” (G1). “[...] *quando um colega vem ganhar neném com a gente, é porque confia no trabalho da gente. Ele confia no trabalho que ele faz*” (G2).

Segundo os profissionais, a população reconhece a qualidade da atenção oferecida na Maternidade, uma vez que procura o atendimento mesmo sendo de outros municípios e de outra área de abrangência.

*[...] tanto que, às vezes tem paciente que nem é pra vir pra cá, que é de Contagem, que é de Belo Horizonte, que é do Regional, que é paciente de alto risco, né, mesmo assim querem vir pra cá porque alguém falou. É referência.* (G1).

Vem crescendo, nesses últimos anos, a opinião de profissionais e gestores da área da saúde de que o gerenciamento de um hospital, em virtude de sua característica e complexidade, deva ser balizado por teorias, metodologias e técnicas administrativas, com a finalidade de qualificar os processos de trabalho e a atenção (BRAGANETO; BARBOSA; SANTOS, 2008). Os documentos e os depoimentos evidenciam um gerenciamento mais profissionalizado, que utiliza estratégias e dispositivos originários de diversas abordagens conceituais, porém imersos em processos coletivos capazes de envolver gerentes e trabalhadores.

Foram elaborados a partir de 2009: os fluxos descritivos analíticos (MERHY; ONOKO, 1997, p. 73), os produtos, as metas, os indicadores de resultados e as tabelas de gerenciamento com indicadores de processos de todos os setores das Linhas de Cuidado e de Apoio; as Instruções Técnicas de Trabalho (ITT); os protocolos clínicos; os kits de medicamentos, de procedimentos e de rouparia; o ‘Manual de normas internas dos direitos e deveres dos trabalhadores’; o ‘Regimento interno da Maternidade’; a

organização das comissões hospitalares; a Semana da Organização com investimentos na melhoria da ambiência em todos os setores; a implantação do censo hospitalar com a reorganização do 'Boletim informativo de indicadores' e sua divulgação para trabalhadores e usuários (BETIM, 2010).

*Eu entendo que nesse período houve uma preocupação com a qualidade na saúde. Teve toda uma discussão e eu vi muito avanço [...] os serviços pararam para pensar cada processo de trabalho em fluxos. E a gente montou o caminho que a gestante faz dentro da Maternidade para que desse caminho a gente pudesse detectar tudo o que precisava melhorar, o que estava bom, o que tava ruim; foi quando a gente fez o curso de formação gerencial. [...] hoje tem controle maior e as pessoas usam mais os dados para avaliar e planejar. Hoje tem essa monitoria. (G3).*

Em 2009, a Vigilância Sanitária Municipal elaborou o Termo de Obrigação a Cumprir (TOC), com sessenta e quatro irregularidades apontadas, assim, a diretoria da Maternidade construiu um 'plano de ação e monitoramento por cores' para realizar e acompanhar o cumprimento das correções necessárias. Em dezembro de 2010, a Maternidade conquistou seu alvará sanitário entregue em solenidade específica (BETIM, 2010).

Os trabalhadores da Maternidade reconhecem o empenho da gerência no

investimento em infraestrutura, o que, para eles, resultou na melhoria das condições de trabalho e gerou um sentimento de valorização por parte do trabalhador.

*[...] duas coisas positivas foram o empenho de conseguir os materiais, os instrumentos pra gente trabalhar e nossa gerente ter essa garra de estar buscando as melhores maneiras e condições da gente trabalhar. (G1).*

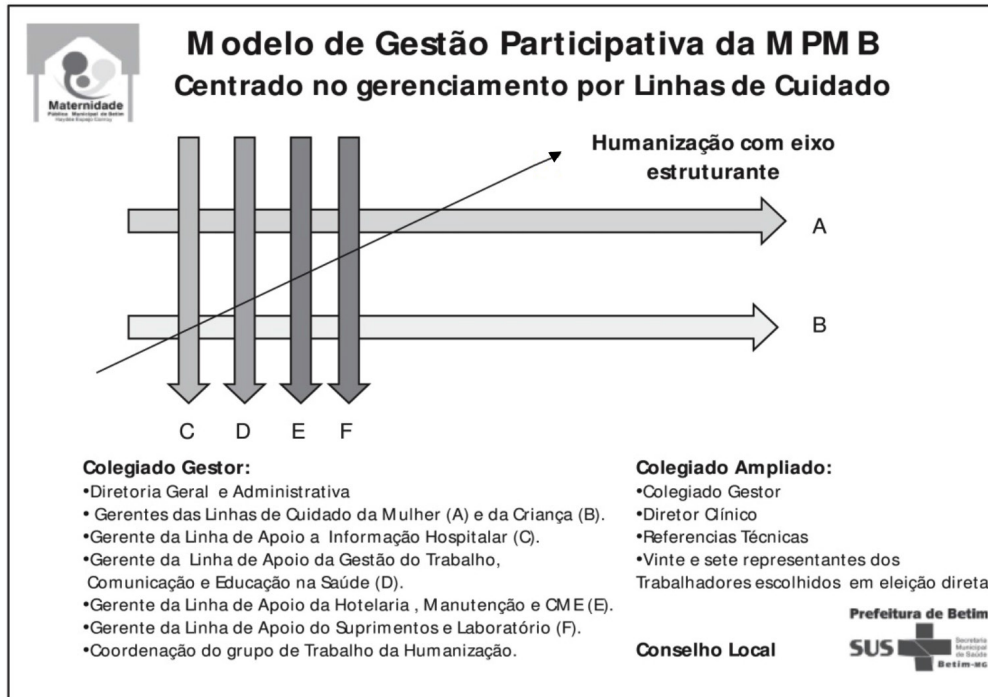
No entanto, frequentemente, esse empenho perdia potência na lentidão dos processos de compras. Muito se tem discutido sobre a inadequação dos modelos de administração direta para gestão de hospitais (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008; CAMPOS, 2007). A rigidez na execução orçamentária, a burocracia dos processos de investimentos e as grandes dificuldades na administração de pessoal foram alguns dos problemas encontrados.

Segundo os trabalhadores, houve melhorias na organização interna da gestão do trabalho.

*Um ponto positivo foi a clareza nas definições das funções das Linhas de Cuidado, da função de cada funcionário. [...] Então assim, esse apoio, esse suporte, em função da organização [da gestão do trabalho] foi um ponto positivo. (G1).*

## Gestão participativa

Figura 2. O modelo de gestão participativa foi implantado na Maternidade no início de 2009



Fonte: Betim (2010)

Os gerentes das Linhas de Cuidado da Mulher e da Criança se responsabilizavam pelo trabalho de assistência, pela gestão dos profissionais que atuavam na respectiva Linha e pela interligação com a assistência realizada fora da Maternidade. Os gerentes das Linhas de Apoio coordenavam as atividades dos profissionais da sua Linha assegurando a infraestrutura necessária. O Colegiado Gestor, com suas reuniões semanais de caráter deliberativo, tinha como atribuição a negociação permanente, possibilitando contratos entre os gerentes das Linhas de Cuidado e de Apoio e a diretoria. O Colegiado Ampliado, de caráter consultivo e deliberativo, realizava reuniões mensais e era responsável por elaborar o planejamento de gestão da MPMB, discutir problemas, organizar estratégias para suas soluções e acompanhar sua execução. Gerentes e representantes dos trabalhadores e usuários participavam do Conselho Regional de Saúde,

no qual discutiam soluções para os problemas de saúde da região (BETIM, 2010).

A metodologia elaborada para a formação do Colegiado Ampliado, por votação direta de representantes por setores, foi considerada como um fator que motivou os trabalhadores, ampliou a participação e distribuiu responsabilidades.

*Houve uma votação, cada setor elegeu um funcionário que queria que fosse o seu representante [...] foi uma das coisas muito bonitas que aconteceu aqui, porque deu voz ativa, colocou todos os funcionários num mesmo nível de responsabilidade. (G2).*

*Na verdade, eu trabalho aqui há muito tempo, tinha coisas que aconteciam e que eu nem sabia que tinha. E foi através dos colegiados, dos trabalhos em grupo, misturando os colegas, que as coisas passaram a acontecer. (G3).*

Para os gerentes, o Colegiado Gestor possibilitou o compartilhamento dos problemas e a proposição de soluções conjuntas. Os momentos frequentes de avaliação e a metodologia das reuniões semanais colaboraram para formação, entrosamento da equipe e para o crescimento pessoal.

*O que ajudou muito esse grupo foi a união. Mesmo nos momentos difíceis, mesmo nas discussões, às vezes um não concordando com o que o outro queria, no final, a gente estava unido. (G4).*

*Pessoalmente, eu vi que a gente cresce muito com o grupo. É muito bom porque você vai percebendo as qualidades de cada um e você vai tendo coragem também pra colocar em prática as coisas, isso é bom e vê que você dá conta também. (G4).*

A participação dos trabalhadores no Colegiado Ampliado foi diminuindo a partir de 2011. Vários foram os motivos apontados nas falas dos trabalhadores: dificuldade em participar das reuniões marcadas fora do horário de serviço; impossibilidade de sair do plantão devido à alta demanda ou por falta de apoio dos colegas; falta de uma política de incentivo aos participantes; insuficiente implicação de alguns representantes dos trabalhadores com o projeto proposto; desapontamento com os cortes realizados pela Secretaria de Saúde; não valorização das falas dos trabalhadores durante as reuniões; frustração devido a não realização de todas as atividades planejadas e falta de objetividade e de encaminhamento das decisões discutidas (BETIM, 2011A). Como observado também em outros estudos (CECÍLIO, 2010), alguns trabalhadores não reconheciam os colegiados como espaços efetivos de participação e decisão. Houve dificuldades de articulação entre os trabalhadores representantes que participavam do Colegiado Ampliado e seus representados, além da

difícil comunicação das decisões tomadas tanto no Colegiado Ampliado quanto no Colegiado Gestor, para o conjunto dos trabalhadores. Apesar das tentativas de construir análises e soluções compartilhadas, os gerentes e trabalhadores consideram que o Colegiado Gestor não foi capaz de articular estratégias que possibilitassem solucionar esses problemas e manter a participação desses integrantes (BETIM, 2011A).

*Teve uma avaliação do colegiado em 2011. Foram discutidos os maiores problemas que nós encontramos, né, o problema de comunicação, da representatividade, da informação. Aí faltou prosseguimento do trabalho, faltou reunião pra tratarmos destes assuntos de maior relevância. (G3).*

Um Curso/Oficina de Formação Gerencial, de 14 meses de duração, foi oferecido pela diretoria em 2009, para os quarenta e sete membros do Colegiado Ampliado, utilizando-se de metodologias diversificadas e criativas. Com essa iniciativa, pretendia-se aprimorar os conhecimentos teóricos em gestão hospitalar dos participantes, motivar os trabalhadores para uma participação efetiva no gerenciamento, elaborar coletivamente as principais ferramentas de gestão e aperfeiçoar a organização dos processos de trabalho (BETIM, 2010). Na construção da democracia institucional é fundamental que se amplie a capacidade de gestão para o conjunto de pessoas e não a restrinja à alta direção. A socialização dessa habilidade diminui a distância entre gestores e trabalhadores e favorece a pactuação de compromissos (CAMPOS, 2007).

*Ela [diretora] fez os cursos pra uma maior orientação, pra que essas pessoas fossem capacitadas, uma preparação pra que aqueles que estavam começando a participar, tivessem noção do que ia discutir. (G2).*

O Planejamento Estratégico e Operacional foi elaborado pelo Colegiado Ampliado durante o curso de Formação Gerencial, aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e, posteriormente, discutido com os demais trabalhadores em Rodas de Conversa por plantão (BETIM, 2010). A elaboração conjunta do planejamento contribuiu com o diálogo e com o compartilhamento das ideias e propostas, consolidando o senso de pertencimento e de corresponsabilidade e gera maior satisfação e realização pessoal (CAMPOS, 2007).

*O Colegiado Ampliado soube fazer discussões dos principais problemas pra que a gente depois, junto com eles, criasse propostas. Claro que com isso a gente foi entendendo no mesmo instante as etapas de gerenciamento, né, de como fazer isso, ensinando a eles também. E implicando a todos na questão da construção do Planejamento Estratégico que iria ser cumprido ao longo desses anos. (G4).*

Ser reconhecida pelos usuários, funcionários e nacionalmente como uma maternidade que valoriza o trabalhador, realiza gestão participativa e possibilita à família vivenciar uma experiência feliz e segura do parto/nascimento (BETIM, 2010) foi a visão que norteou a elaboração das sete Diretrizes da Maternidade: a) implantar a gestão participativa; b) oferecer atendimento de qualidade e humanizado às usuárias e sua rede social; c) valorizar o trabalhador; d) organizar os processos de trabalho; e) adequar a infraestrutura conforme as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); f) integrar efetivamente a Maternidade na rede assistencial; g) otimizar os recursos financeiros. A partir dessas diretrizes foram planejadas trinta objetivos estratégicos e cento e cinquenta e quatro atividades (BETIM, 2010).

Avaliações periódicas das atividades do Planejamento Estratégico 2009/2012 foram realizadas por meio do monitoramento de indicadores e análises de cumprimento das tarefas programadas. Em dezembro de 2011:

66% das atividades planejadas tinham sido cumpridas, 20% estavam em andamento e 14% estavam programadas. Estas avaliações foram discutidas e analisadas no Colegiado Ampliado e em seguida divulgadas entre os trabalhadores (BETIM, 2011B).

A democracia institucional depende da capacidade de se construir espaços de poder compartilhado, que produzam tanto compromisso e solidariedade com o interesse público quanto capacidade reflexiva e autonomia dos trabalhadores (CAMPOS, 2007). Foram implantados dispositivos de participação para possibilitar encontros entre sujeitos, melhorar a integração interpessoal e incentivar análises da realidade. Dentre estes: A Hora do Encontro; Ginástica Laboral; Passeio Familiar; Alimentação Saudável: Saúde e Qualidade de Vida; Saúde e Coerência; Fala Cidadão; Grupo de Teatro; Grupo de Educação Ambiental; Grupo de Eventos; Núcleo de Educação Permanente; Aprimoramento na comunicação interna; Gestão porta aberta e o Grupo de Trabalho da Humanização (BETIM, 2010).

Os trabalhadores reconhecem que essas atividades melhoraram o relacionamento entre colegas, o entusiasmo e a motivação.

*Foi um período de muita participação. E isso deu muita movimentação interna, pôs muitas meninas pra frente, então foi importante. A gente aprendeu muita coisa, a gente conseguiu passar muita coisa. (G1).*

Porém, a partir de 2011, quando a SMS determinou cortes de pessoal, alguns desses grupos de trabalho foram extintos.

*Começou muito bem, todo mundo empolgado. Mas com o tempo, eles foram cortando as horas extras, as extensões de jornada, então não tinham mais como promover aquilo. (G1).*

Para além dos arranjos institucionais e dispositivos de participação, a gestão participativa acontece principalmente na capilaridade



das relações e atitudes cotidianas. Gerenciar de um modo mais amplo do que o pautado no saber técnico administrativo e na atuação em resposta a demandas urgentes, pressupõe uma postura de incentivo à formação de coletivos, de escuta, de valorização do saber do outro, logo, a habilidade em manejar relações de conflito, mediar desejos e necessidades e, obviamente, exercer adequadamente a autoridade (CAMPOS, 2007).

*[...] essa é uma gestão mais trabalhosa. Você fazer uma gestão participativa é uma gestão que você tem que saber lidar com visões diferentes, com opiniões diferentes, ter que lidar com o gerenciamento de conflito. (G4).*

Os trabalhadores e gerentes reconhecem que houve dificuldades no desempenho dessas funções por parte de alguns gerentes (BETIM, 2011A) “Cada gerente é de uma forma, uma te recebe, outra te escuta, outras não querem nem saber do seu problema” (G1). Ao longo do tempo, alguns gerentes se tornaram líderes das equipes que coordenavam. “Então, depois dessa questão da gestão participativa, a nossa gerência mudou. Ela tem boa vontade de nos ouvir e tá trazendo a discussão feita no colegiado” (G1).

O gerenciamento se tornou um aprendizado diário, um esforço cotidiano de reflexão da prática.

Como em outros trabalhos (CECÍLIO; TANIELLA, 2004), aqui também se observa que os gerentes dispõem a maior parte do tempo na solução de problemas, ‘apagando incêndios diários’, restando pouco tempo para o planejamento e o monitoramento das ações na unidade sob sua responsabilidade, como também para o incentivo ao trabalho coletivo (BETIM, 2011A).

Na trajetória desta experiência em análise, notam-se duas etapas distintas: a primeira durante os anos de 2009 e 2010 de intensa participação e construção coletiva; a segunda, a partir de 2011, quando ocorreram mudanças conjunturais que interferiram

na gestão interna da Maternidade, inclusive, a saída da diretora geral, que assumia também a função de apoiadora, e sua substituição por um dos gerentes do Colegiado Gestor. Segundo Campos (2007), o apoiador da gestão participativa exerce função gerencial complementar de coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe, que deve ser realizada de uma maneira interativa e democrática, reconhecendo a diferença de papéis, de poder e de conhecimento, procurando estabelecer relações construtivas, articulando os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores, gerentes e usuários. Pelos depoimentos dos participantes, essa mudança trouxe impacto inicial para o processo em curso.

*Eu acho que o grupo estava indo, mas não estava maduro suficiente para andar sozinho. Então, a saída dela [diretora] aconteceu na adolescência do grupo, sabe, que não tinha ainda uma maturidade pra dar continuidade e manter a atividade. (G3).*

No início de 2011, a Prefeitura Municipal enfrentou a insatisfação dos trabalhadores com a reestruturação do Plano de Cargos, Contribuições e Vencimentos (PCCV), além de ter passado por restrições financeiras e dificuldades com o cumprimento da lei de responsabilidade fiscal. Portanto, foi preciso realizar cortes de pessoal na MPMB, cortes de serviços, diminuição das horas extras e das extensões de jornada, ocasionando desfalques de profissionais nas escalas de serviço, afetando a qualidade da assistência e do ambiente organizacional e consequentemente a gestão participativa (BETIM, 2011A).

*Acabaram com as extensões, muita gente ficou muito chateada com os cortes do PCCV. Levamos um choque grande. Estas atitudes da prefeitura repercutiram muito aqui dentro. Ficamos muito desmotivados e atrapalhou a participação dos funcionários nas atividades. (G3).*

Algumas ações planejadas não puderam ser executadas e outras tiveram que ser desativadas, gerando sentimento de frustração nos trabalhadores e nos gerentes.

*As pessoas esperavam que nós pudéssemos cumprir tudo aquilo que a gente tinha acordado com o colegiado [...] elas tiveram muita expectativa no início e a gente teve problema ao caminhar. (G4).*

A SMS tinha como uma das suas diretrizes a gestão participativa, oferecendo, inclusive, apoio e estímulo à direção da Maternidade, durante a fase inicial da organização do modelo de gestão (BETIM, 2010). Porém, segundo a opinião dos gerentes, a SMS não conseguiu, principalmente a partir de 2011, acompanhar o trabalho interno da Maternidade, não soube lidar com as suas especificidades, como também não aprimorou metodologias capazes de atuar mais democraticamente nas decisões cotidianas.

*A gente estava sendo muito desrespeitado [pela SMS] enquanto gestores. E no momento que a gente mais precisou, veio determinações de cortes de cima pra baixo. (G4).*

Isto dificultou o trabalho do Colegiado Gestor que, por sua vez, não teve a habilidade de encaminhar aos trabalhadores e ao Colegiado Ampliado as discussões sobre esses conflitos com a SMS e sobre as decisões referentes aos cortes financeiros, o que, posteriormente, foi considerado pelos próprios gerentes um erro estratégico, pois desestimulou os trabalhadores e desacreditou a gestão participativa (BETIM, 2011A).

*Mas tomar certas decisões da forma que a gente fez [sem discutir com o Colegiado Ampliado] ficou parecendo que a gente é que estava sendo desrespeitoso com eles [trabalhadores]. Então assim, muito difícil esse momento pra gente, foi muito dolorido. (G4).*

*Acho que isso foi um erro nosso, a gente ficou uns quatro meses sem reunir, a gente não tinha coragem de reunir porque a gente não dava conta de encarar o grupo de novo. (G4).*

O gerenciamento tem a difícil função de articular as questões de governo, com a condução da organização e as necessidades e desejos dos vários atores em cena (AZEVEDO ET AL., 2010). Como observado, em muitas situações essa função ‘sanduíche’ é geradora de angústia.

*Eu acho que a coisa mais difícil foi que a gente tava sendo cobrado pelos trabalhadores, e sendo cobrado pela Secretaria. Então, eu acho que o grupo se sentiu assim, encurralado. (G4).*

Além disto, gerenciar os diversos interesses, afetos e poderes que se embaralham no cotidiano da instituição não é uma tarefa fácil e o desgaste torna-se maior quando os gerentes e diretoria são antigos trabalhadores da mesma instituição, como observado nesta experiência.

*E às vezes, você atendia um, mas tava prejudicando o outro. Então, a gente tinha que explicar as nossas atitudes e mostrar de uma forma respeitosa como resolver em favor de um bem comum, porque a nossa visão às vezes era diferente do trabalhador. (G4).*

Uma parcela de trabalhadores, desde o início da gestão, não se apropriou dos espaços de participação, alguns por pertencerem ao grupo político de oposição à gestão municipal; outros, por indiferença, desinteresse, comodidade, incredulidade na proposta ou descrença na sua própria capacidade de colaborar com a gestão. “Então eu dizia, não vou entender o que eles estão falando, essas coisas lá de nível superior e tal, então eu não quis participar” (G2). “Tinha pessoas que poderiam ter participado mais, mas por causa da questão política não iam, isso também dificultou” (G2). “A gente acha muito mais tranquilo

*que a pessoa que está na direção traga tudo pronto. Acatar do que tomar decisão. Porque aí depois de qualquer coisa a gente fala: está vendo, foi ela” (G2).*

Vários autores (CECÍLIO; TANIELLA, 2004; CARAPINHEIRO, 1998) abordam as dificuldades da categoria médica em realizar trabalho interdisciplinar e de ocupar espaços de participação na gestão dos serviços de saúde. Na MPMB não foi diferente.

*A representatividade que a gente tem de médicos no colegiado ampliado é mínima. É uma equipe difícil de ser atingida. Os médicos não sabem o que e como estamos trabalhando. Existe um mundo além daquele quarto que os médicos não conhecem, não conhecem o resto da Maternidade. Eles só ficam ali, só se concentram ali, festejam ali, não sabem que tem um mundo aqui fora. É uma coisa impressionante! Tanta coisa acontecendo aqui e eles simplesmente não se importam. [...] a gente não conseguiu atingir efetivamente a equipe médica, mostrar a que viemos. A [diretora] fez reunião até dentro do quarto dos médicos com o cavalete [risos], já que eles não saem do quarto, nós fomos até o quarto deles, né? (G4).*

Os depoimentos dos trabalhadores apontam qualidades na gestão participativa, qualificando-a inclusive como direito de cidadania. Para eles, a participação propicia um sentimento de pertencimento, aumenta o grau de adesão e execução das atividades planejadas e qualifica o trabalho. “A gestão participativa eu acho que é uma questão de educação, que começa lá na escola [...] É uma questão de cidadania” (G2).

*E isso teve efeito pro usuário, por que quando a gente sente fazendo parte, a gente acolhe melhor o usuário, tem mais vontade de fazer as coisas. Eu quero fazer o melhor porque eu também faço parte. (G2).*

Para os gerentes, a gestão participativa possibilita a diversidade de pontos de

vista, provocada pelos espaços de escuta, nem sempre tranquilos, entre pessoas que ocupam diferentes postos de trabalho, ampliando o diagnóstico da situação e apontando melhores soluções para os problemas.

*Quem está lá atendendo, tem uma visão diferente de quem está gerenciando, de quem está na portaria e às vezes aparecem soluções de problemas de pessoas que você não imaginava, por isto assim, tem um lado muito bom, muito gratificante. (G4).*

## Produção de sujeitos

Na racionalidade gerencial hegemônica observa-se uma nítida separação entre o trabalho criativo, intelectual, de planejar, de conceber ideias e de decidir, realizado pela alta direção; e o trabalho alienado de mera execução das atividades, exercido pelos trabalhadores.

Essa racionalidade apoia-se em arranjos organizacionais de disciplina e controle, que educam os trabalhadores para submissão, conformismo, e para suposição de que não detêm saber e capacidade suficiente para contribuir na gestão das instituições, restringindo espaços de manifestação das subjetividades, aproximando as pessoas à condição de objeto (CAMPOS, 2007).

*Ah, mas eu dizia: não vou dar conta disso, é muito assunto que eu não vou entender. Muitos pensaram assim, e muitos não acreditaram nessa capacidade, nesse poder de ser sujeito, né, acabam muitas vezes na crítica, porque as pessoas não entendem, ou entendem, mas não acreditam que isto pode fazer a diferença. (G2).*

Esta experiência de gestão propôs reorganizar, de modo participativo, as práticas gerenciais, contribuindo dessa forma para a produção de sujeitos (CAMPOS, 2007; CAMPOS, 2003), aqui entendidos como aqueles capazes de descobrir significados, criar sentidos,

elaborar conceitos, ideias e atuar no mundo de maneira ativa e reflexiva (CHAUI, 1994).

*[...] teve um momento de reflexão sim. Pra todo mundo teve essa marca, que teve alguém que fez você pensar que as coisas podem ser vistas por outra forma, que você pode contribuir e se quiser pode fazer. (G2).*

Nota-se que houve um grande esforço por parte da gerência em propiciar práticas voltadas para ampliar a capacidade de análise das pessoas e sua compreensão da realidade, promovendo autonomia na gestão das suas próprias vidas e das instituições onde atuavam. Capacidade de análise entendida como análise do contexto, análise dos próprios interesses e desejos e análise das propostas de intervenção. Análise para possibilitar maior iniciativa e atuação no mundo, seja por meio da política, da gestão de organizações ou do cuidado com a própria saúde (CAMPOS, 2003).

*Ela [uma trabalhadora que participou do colegiado ampliado] é uma pessoa realmente importante, mas pra ela isso mexeu na autoestima, gente, isso melhorou a vida dela também, entendeu, a vida dela particular mudou pela autoestima que tudo isso levou a ela, sabe. Eu acredito que mexeu com todos nós. (G2).*

*Então isso mexe com as pessoas, mexe com essa questão de ser sujeito e você começa a pensar assim: eu posso com as minhas atitudes mudar alguma coisa. A gestão participativa faz isso, né? (G2).*

Observa-se nos depoimentos, de trabalhadores e gerentes, que este processo coletivo, para aqueles que participaram, possibilitou o exercício da *práxis*, atuar segundo finalidades, construindo o sentido e o significado para a ação, agir sobre o mundo de modo reflexivo, alterando o agente junto com a reconstrução do contexto (CHAUI, 1994), contribuindo para o crescimento pessoal.

*Acho que de uma forma indireta, as pessoas já falaram sobre isto. De como modificaram a visão das coisas e como houve enriquecimento pessoal, sobre a importância do seu trabalho e do trabalho do outro, né. Eu vejo que nessa questão do ganho pessoal é impressionante! Quem participou participando mesmo, eu não tenho dúvida que teve enriquecimento pessoal. Essa é a parte melhor. (G3).*

## Considerações finais

Este estudo avaliou a experiência de gestão da MPMB, que apostou no modelo de gestão participativa, articulado ao modelo de cuidado, gerador de espaços de escuta, troca de informações, planejamentos, decisões, compromissos e de corresponsabilização pelos processos de trabalho e seus resultados. Acreditando que nesses espaços expressam-se desejos, afetos, interesses e poderes, capazes de produzir sujeitos mais autônomos e mais comprometidos com os interesses coletivos. No curto espaço de tempo, apesar dos limites e dos inúmeros desafios, verificou-se que essa gestão conseguiu implantar e conduzir as estruturas e processos, revelando tendência de alcançar os objetivos propostos. Pode-se concluir que o modelo adotado propiciou um cuidado de saúde humanizado e de maior qualidade; ampliou a participação dos profissionais na gestão e promoveu maior interação entre eles; estimulou a *práxis* da autonomia e, por decorrência, contribuiu para o desenvolvimento da democracia institucional, todos esses sendo, sem dúvida, fatos de grande relevância para o sistema de saúde e para a população. Não por acaso, esta experiência obteve reconhecimento nacional ao ser classificada em primeiro lugar da sua categoria para o Prêmio Nacional Sérgio Arouca/Experiências Exitosas em Gestão Participativa, oferecido pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de

Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, em 2011.

Esta gestão constituiu, certamente, uma oportunidade ímpar de aprendizagem para todos que se envolveram cotidianamente no projeto coletivo. A avaliação e a sistematização dessa experiência contribuíram, por sua vez, para ampliar e divulgar o conhecimento e promover a reflexão crítica

sobre o modo de operar, 'o como fazer'. Por fim, a experiência e sua avaliação, no conjunto, representam exemplos de concretização de propostas de gerenciamento dos serviços de saúde, segundo aspectos como gestão participativa, valorização dos sujeitos envolvidos e assistência qualificada, que contribuem para a radicalização do projeto democrático do SUS. ■

## Referências

AZEVEDO, C. S. et al. Caminhos da organização e gestão do cuidado em saúde no âmbito hospitalar brasileiro. *Política, planejamento e gestão em saúde*. Rio de Janeiro. Abrasco, v. 1, n. 11, p. 95-116, 2010.

BETIM. Maternidade Pública Municipal de Betim. Colegiado Gestor. *Relatório de Gestão 2009/2010*. Betim, 2010. (documento interno).

\_\_\_\_\_. Maternidade Pública Municipal de Betim. Colegiado Gestor. *Relatório da oficina de avaliação do Colegiado Ampliado em agosto de 2011*. Betim, 2011a. (documento interno).

\_\_\_\_\_. Maternidade Pública Municipal de Betim. Colegiado Gestor. *Relatório de gestão 2011*. Betim, 2011b. (documento interno).

BRAGA NETO, F. C.; BARBOSA, P. R.; SANTOS, I. S. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. cap. 18, p. 665-704.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza Sus*. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, G. W. *Um método para análise da co-gestão de coletivos*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

\_\_\_\_\_. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

\_\_\_\_\_. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, jul./ago. 2007.

CARAPINHEIRO, G. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento, 1998.

CECÍLIO, L. C. O. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 557-566, mar. 2010.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CECÍLIO, L. C. O.; TANIELLA, C. M. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? *Saúde e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 39-55, 2004.

CHAUÍ, M. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática, 1994.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução nº196 de 10 de Outubro de 1996*. Dispõe sobre os principais documentos internacionais que emanaram declarações e diretrizes sobre pesquisas que envolvem seres humanos. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23\\_out\\_versao\\_final\\_196\\_ENCEP2012.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf)>. Acesso em: 18 maio 2013.

FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HART, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador/Rio de Janeiro: Fiocruz/Edufba, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2010. *População de Betim em 2010*. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_minas\\_gerais.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_minas_gerais.pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2011.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E. E.; ONOKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012.

\_\_\_\_\_. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-573.

---

Recebido para publicação em novembro de 2014  
Versão final em junho de 2015  
Conflito de interesse: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Inserção de um hospital de grande porte na Rede de Urgências e Emergências da região Centro-Oeste

## *Inclusion of a large size hospital in the Urgency and Emergency Network of the Center-West region*

Emanuelly Paulino Soares<sup>1</sup>, Magda Duarte dos Anjos Scherer<sup>2</sup>, Gisele O'Dwyer<sup>3</sup>

**RESUMO** Em face da exigência de se configurar as redes de cuidados, este estudo qualitativo analisa a inserção de um hospital de grande porte na Rede de Atenção às Urgências e Emergências na região Centro-Oeste do Brasil utilizando dados secundários, análise documental e entrevistas semiestruturadas aplicadas aos gestores e profissionais que atuam no Centro de Trauma. Os resultados sugerem desconhecimento dos profissionais quanto à inserção do Hospital na rede; definição de fluxos e pactos incipiente; boas práticas na regulação pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgências. Conclui-se que a inserção do Hospital acontece de forma lenta e depende da articulação dos vários níveis do Sistema Único de Saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Assistência à saúde; Serviços de saúde; Emergências.

**ABSTRACT** *In view of the demand of configuring the care networks, this qualitative study analyses the insertion of a large size hospital in Urgent and Emergency Care Network in the Center-West region of Brazil based on secondary data, documentary analysis and semi-structured interviews applied to managers and professionals that work in the Hospital's Trauma Center. The results suggest unawareness of the professionals on the insertion of the Hospital in the network; flows definitions and incipient pacts; good practices in regulation by the Emergency Mobile Care Service. It is concluded that the insertion of the Hospital takes place slowly and depends on the interaction of multi-level of the Unified Health System.*

**KEYWORDS** *Assistance to health; Health services; Emergencies.*

<sup>1</sup>Universidade de Brasília (UnB), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Brasília (DF), Brasil.  
emanuelyps@hotmail.com

<sup>2</sup>Universidade de Brasília (UnB), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Brasília (DF), Brasil.  
magscherer@hotmail.com

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp), Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
odwyer@ensp.fiocruz.com.br

## Introdução

Mudanças no cenário mundial apontam desafios para a saúde pública nos contextos epidemiológico e sociodemográfico atuais, especialmente nos países em desenvolvimento. O envelhecimento da população, a partir do aumento da expectativa de vida e da consequente queda das taxas de natalidade, é um dos fatores preocupantes, bem como o número crescente de pessoas acometidas por doenças e agravos mais comuns, em que as causas externas ocupam posição de destaque, especialmente os acidentes de trânsito e as violências, além das doenças do aparelho circulatório, com destaque para as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares.

Embora sejam reconhecidos os avanços do Sistema Único de Saúde (SUS), como inovação institucional no campo das políticas sociais (MAIO; LIMA, 2009), ao longo dos seus 25 anos, um dos grandes problemas para a sua consolidação tem sido o modelo de atenção e gestão predominantemente fragmentado e não coincidente com as necessidades de saúde geradas pela transição sociodemográfica e epidemiológica.

Nesse contexto, a implementação de redes de atenção à saúde se torna fundamental. Com essa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) publicou, em 2010, as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS. Esse normativo pode ser considerado um marco histórico no processo de organização da assistência à saúde nos estados e municípios, com ênfase na organização dos territórios em regiões de saúde, resgatando o contexto histórico que justifica a implantação, bem como conceitos, fundamentos, elementos e estratégias para constituição da RAS (BRASIL, 2010).

Do mesmo modo, em 2011, o MS instituiu a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) como estratégia fundamental para a consolidação do SUS, de modo a promover e assegurar a universalidade e a integralidade da atenção, a equidade do

acesso, além de transparência na alocação de recursos dos serviços e ações de saúde no âmbito da atenção às situações de urgência e emergência (BRASIL, 2011A).

Desde as primeiras normas sobre o tema urgência/emergência, foi proposta pelo MS a utilização do termo 'urgência' em substituição dos distintos conceitos de urgência e emergência, onde, segundo a Resolução CFM nº 1451/95, a 'emergência' exige atendimento no nível hospitalar e a 'urgência' é compatível com os níveis de atenção primária e secundária.

As primeiras portarias que compuseram a política de urgência trataram dos componentes pré-hospitalares, com destaque para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). No mesmo ano em que foi instituída a RUE, o MS apresentou o arcabouço normativo do seu Componente Atenção Hospitalar, com o objetivo de ampliar e qualificar as portas de entrada hospitalares de urgência, as enfermarias clínicas de retaguarda, as enfermarias de retaguarda de longa permanência e os leitos de terapia intensiva e de reorganizar as linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular (BRASIL, 2011B), enfrentando, entre outros, o problema crônico da superlotação. A superlotação nas emergências aumenta o risco de mortalidade em casos atendidos com atraso e causa descontentamento nos demandantes, independentemente da gravidade do caso. Outra consequência é a flexibilização dos padrões de cuidado e da ética dos profissionais de saúde que atuam na urgência (ODWYER, 2010).

O enfrentamento das situações de urgências e emergências e de suas causas requer não apenas a assistência imediata, mas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, tratamento contínuo das doenças crônicas, reabilitação e cuidados paliativos.

A RUE deve ser implementada de forma gradativa, em todo o território nacional,



respeitando critérios epidemiológicos e de densidade populacional. A organização da RUE se justifica pela necessidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral dos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2013). A implantação dessa rede de cuidados é estratégia potente para a consolidação do SUS no Brasil.

O hospital, na rede de atenção, é referência em determinadas situações de maior complexidade ou gravidade, contribuindo para a integralidade do cuidado ao fazer adequada contrarreferência após realizar o atendimento (CECILIO; MERHY, 2003).

Para compreender a inserção de um hospital de grande porte na rede, deve-se considerar o arcabouço normativo que orienta a RUE no SUS e a atividade concreta que envolve o trabalho 'vivo' dos gestores e trabalhadores da saúde na sua relação com o meio, como geradores de mudança e mobilização. Este artigo tem por objetivo analisar a inserção de um hospital de grande porte na RUE na região Centro-Oeste.

## Método

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa (MINAYO, 2008), desenvolvido num hospital de grande porte da região Centro-Oeste do Brasil, de julho a agosto de 2014, tendo como cenário o serviço de pronto-socorro e Centro de Trauma do Hospital.

A investigação foi guiada pelas seguintes indagações: Como se insere um hospital na RUE? Como são aplicados os critérios de qualificação do componente Atenção Hospitalar da RUE, à luz das diretrizes estabelecidas pelo MS no serviço de pronto-socorro deste Hospital?

Este estudo foi iniciado com a caracterização do Hospital, utilizando dados gerais

apresentados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) (BRASIL, 2014A) e informações do sistema de registros de atendimentos do Hospital. Na sequência, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com gestores e profissionais de saúde responsáveis pelos pacientes graves que chegam até o pronto-socorro, Centro de Trauma do Hospital: três médicos, quatro enfermeiras, três técnicos de enfermagem e três gestores, totalizando 13 participantes. O roteiro continha questões que buscavam traçar um breve perfil dos participantes, sobre a organização do serviço de pronto-socorro e o processo de inserção do Hospital na RUE – dirigido a todos os participantes – e sobre a aplicação dos critérios de qualificação do serviço de pronto-socorro, de acordo com normativos do MS – dirigido apenas aos profissionais da assistência.

Para preservar o anonimato dos participantes, principalmente dos gestores, que estão em pequeno número, a identidade do Hospital não é revelada. Os profissionais são identificados pela letra P e os gestores pela letra G, seguidos da ordem com que o questionário foi respondido.

Os profissionais de saúde que participaram do estudo tinham idade entre 25 e 48 anos, quatro eram pós-graduados, cinco graduados e um tinha cursado o ensino médio. Com relação ao vínculo empregatício, oito eram concursados e dois contratados. Dos dez profissionais, sete informaram que realizam cursos de aperfeiçoamento em suas áreas de atuação. Os gestores tinham idade entre 33 e 42 anos, todos pós-graduados e concursados. Apenas um gestor não possuía experiência anterior na gestão.

Os resultados foram organizados em três categorias: Breve caracterização do cenário da pesquisa; Inserção do Hospital na Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Processo de qualificação do serviço de pronto-socorro a partir dos critérios estabelecidos pelo MS.

O estudo foi aprovado junto ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Brasília, sob Nº 705.216, em julho de 2014.

## Resultados e discussão

### Breve caracterização do cenário da pesquisa

#### SOBRE O HOSPITAL

O Hospital é classificado como hospital especializado tipo II<sup>1</sup> e de ensino, justificado pela obtenção de habilitações como centro de referência nas áreas de alta complexidade cardiovascular (pediátrica, vascular e intervencionista), nefrologia, neurologia, neurocirurgia, oncologia, Aids, cuidados prolongados (enfermidades cardiovasculares, pneumológicas, oncológicas, neurológicas e provocadas por causas externas), internação domiciliar, terapia enteral e parenteral, transplantes (córnea, rim e retirada de órgãos e tecidos) e trauma-ortopedia (BRASIL, 2014A). Essa última refere-se à missão mais prioritária e fundamental para a rede de atenção às urgências e emergências, por ser referência na prestação de cuidados na área e para a região.

No que diz respeito à gestão, possui gestão estadual, esfera administrativa também estadual e natureza de organização direta. Presta atividades ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidades. Em junho de 2014, possuía 855 leitos, sendo 819 destinados ao atendimento no SUS, o que representa mais de 90% de sua capacidade total. Esses leitos se subdividem em 464 leitos cirúrgicos, 299 clínicos, 29 de

terapia intensiva e 56 de pediatria clínica e cirúrgica (BRASIL, 2014B).

#### SOBRE O SERVIÇO DE PRONTO-SOCORRO, CENTRO DE TRAUMA DO HOSPITAL

O serviço de pronto-socorro do Hospital está dividido em três clínicas de atendimento às urgências e emergências: pediatria, cérebro e cardiovascular e trauma. Na descrição de um dos profissionais

*O pronto-socorro deste Hospital é ímpar por se tratar de um hospital terciário, logo, tendo como função a realização de diagnóstico, exames e tratamentos de alta complexidade. Dessa forma, o paciente do pronto-socorro é, em geral, de alta complexidade, se tratando de doentes graves que exigem profissionais treinados e qualificados. Por ser referência em trauma, essa complexidade do pronto-socorro apenas aumenta. (P1).*

O número de atendimentos registrados no serviço de pronto-socorro, Centro de Trauma do Hospital, é crescente se observarmos os registros de atendimento mensal durante um ano. No ano de 2013, o mês de setembro se destaca com o maior número de atendimentos. Percebeu-se, ainda, que os casos por doenças e agravos relacionados a causas externas, especialmente traumas e violências, têm uma forte relação com a questão de gênero, considerando que a maior parte refere-se à entrada de homens, superior ao dobro da de mulheres (tabela 1).

O número de atendimentos por procedência Centro de Trauma – Sala Vermelha do Hospital, no ano de 2013, está expresso na (tabela 2).

<sup>1</sup>Hospital especializado, tipo II, destinado à prestação de assistência à saúde na modalidade de internação em uma ou mais especialidades, excetuando-se clínica médica e cirurgia geral, dispo de Serviço de Atendimento Diagnóstico e Terapêutico (SADT), podendo contar com serviço de Urgência/ Emergência, Unidade de Terapia Intensiva, hospital-dia, serviço ambulatorial e outros. O tipo corresponde ao número de habilitações de serviços estratégicos para urgência e emergência no Hospital, a exemplo de neurocirurgia, cardiovascular ou traumatologia (BRASIL, 2013).

Tabela 1. atendimentos realizados na Sala Vermelha do Centro de Trauma do Hospital, 2013

	ATENDIMENTOS NA SALA VERMELHA POR GÊNERO											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
HOMENS	94	120	107	88	122	107	105	121	128	131	108	108
MULHERES	44	33	38	30	32	31	34	40	48	41	48	55
<b>TOTAL</b>	<b>138</b>	<b>153</b>	<b>145</b>	<b>118</b>	<b>154</b>	<b>138</b>	<b>139</b>	<b>161</b>	<b>176</b>	<b>172</b>	<b>156</b>	<b>163</b>

Nota: Elaboração própria

Tabela 2. atendimentos realizados por procedência dos pacientes na Sala Vermelha do Centro de Trauma do Hospital, 2013

	PROCEDÊNCIA DOS PACIENTES											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
INTRA-HOSPITALAR	30	19	23	20	44	25	28	33	40	33	34	45
EXTRA-HOSPITALAR	108	134	122	98	110	113	111	128	136	139	122	118
<b>TOTAL</b>	<b>138</b>	<b>153</b>	<b>145</b>	<b>118</b>	<b>154</b>	<b>138</b>	<b>139</b>	<b>161</b>	<b>176</b>	<b>172</b>	<b>156</b>	<b>163</b>

Nota: Elaboração própria

A maior parte dos atendimentos é dirigida aos pacientes que são encaminhados pelos serviços de saúde da rede assistencial dos estados da região Centro-Oeste ou é fruto de demanda espontânea, que chega ao Hospital sem nenhum encaminhamento ou com encaminhamentos não regulados.

Com relação às características da demanda, com base em levantamentos diários dos atendimentos, os gestores fazem os seguintes apontamentos: “Alta taxa de internação na Unidade de Neurocirurgia, pois somos a única referência na região” (G1). “Urgência trauma, IAM [infarto agudo do miocárdio] e AVC [acidente vascular cerebral] e geralmente não referenciados” (G2). “Complexa e variável” (G3).

Ao discorrer sobre a situação do pronto-socorro, os profissionais destacam algumas dificuldades:

[...] a presença dos profissionais antigos pouco ativos e não abertos a mudanças e melhorias; dificuldade no acesso de medicamentos e exames de baixo custo; complexidade política em que o

Hospital está inserido; além da alta demanda. Outro problema é a vazão [saída] dos pacientes após os cuidados. (P1).

“Nem todas as equipes trabalham em harmonia [se referindo a possíveis problemas entre as equipes do pronto-socorro]” (P2). “[...] falta de material, de equipamentos, mínima estrutura” (P8).

[...] equipe rotativa demais; plantões com equipe deficiente; poucos funcionários; chefia pouco ‘capacitada’; número excessivo de pacientes, que ficam ‘internados’ nas salas de entrada do serviço esperando vagas em UTI, por exemplo; chefia pouco integrada com as equipes de entrada. (P7).

Muitas das dificuldades percebidas pelos participantes da pesquisa se assemelham ao que é relatado na literatura. Os serviços de emergência possuem como características inerentes: o acesso irrestrito; o número excessivo de pacientes; a extrema diversidade da gravidade no quadro inicial, tendo-se pacientes críticos ao lado de pacientes mais

estáveis; a escassez de recursos; a sobrecarga da equipe de enfermagem; o número insuficiente de médicos; o predomínio de jovens profissionais; a fadiga; a supervisão inadequada; a descontinuidade do cuidado; e a falta de valorização dos profissionais envolvidos (SOUZA; SILVA; NORI, 2007).

No Brasil, parte expressiva da população busca consultas nos prontos-socorros dos hospitais, apesar da ampliação da oferta de serviços de Atenção Básica, desde 1990. Assim, os hospitais ainda são importante porta de entrada para a assistência médica, o que pode se relacionar às dificuldades no acesso oportuno a serviços básicos, especializados e de apoio diagnóstico. Ademais, o sentido de urgência para o paciente pode não ser o mesmo para profissionais de saúde (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011), contribuindo para a grande demanda por esses serviços, que tem como causa essencial a incapacidade de oferta do SUS.

A efetivação do trabalho em rede é um desafio para o SUS, especialmente no âmbito da urgência e emergência. A resolutividade da Atenção Básica está associada à inclusão do atendimento à demanda espontânea e do primeiro atendimento às urgências, absorvendo, dessa forma, uma demanda que hoje se encontra nas portas de entrada hospitalares, quando estas deveriam se destinar ao atendimento de urgências mais graves ou emergências.

#### A INSERÇÃO DO HOSPITAL NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Todos os profissionais participantes do estudo informaram que desconhecem o processo de inserção do Hospital na RUE e destacaram a importância de participarem da gestão e da tomada de decisão: “*Estar informado das decisões da gestão e rotinas [que] estão em processo de implantação*” (P4). “*Quem trabalha na ponta problematiza melhor*” (P5). “[...] *o P.S. [pronto-socorro] será o primeiro atendimento*” (P8).

A centralidade do componente da ação humana em todo o processo do cuidado à saúde tem como consequência a importância do trabalho dos profissionais na qualidade da prestação de serviços. Sendo assim, as condições oferecidas para o desenvolvimento do trabalho, a motivação dos profissionais de saúde e suas inter-relações devem contribuir de forma significativa para a melhoria da qualidade da atenção à saúde (MENDES, 2013, P. 162).

Todos os gestores participantes da pesquisa consideraram que o gestor tem papel chave no processo de inserção do Hospital na rede de atenção às urgências: “*A gestão imediata incentiva servidores e traça metas*” (G1). “*Todos os servidores do pronto-socorro foram orientados da importância da RUE*” (G2).

Entretanto, os profissionais de saúde que participaram do estudo informaram desconhecer o processo de implantação da RUE.

Os participantes do estudo atribuem como entraves ao processo de implantação da RUE a rotatividade e a centralidade hierárquica das decisões na gestão provocadas pelas mudanças políticas; o pouco interesse e envolvimento dos gestores e profissionais de saúde; a demanda de usuários acima do esperado; e os problemas na efetivação da referência e da contrarreferência entre os serviços: “[Falta de] *interesse dos profissionais e [problemas gerados pela rotatividade e centralidade hierárquica das decisões na gestão] questões políticas*” (P1). “[Pouco] *envolvimento dos profissionais*” (P6). “*Superlotação e falta de preparo dos profissionais*” (G1). “[Problemas na efetivação da] *referência e contrarreferência*”. (G2).

Trabalhar na porta de entrada de um hospital público com emergência é ser interpelado por uma demanda à qual dificilmente se poderá responder. Esta, além do excessivo volume, não se esgota no que, *stricto sensu*, considera-se um problema de saúde e em muito ultrapassa o que os serviços de saúde estão geralmente organizados para reconhecer e intervir. A frase, muito repetida pelos profissionais, “Tudo bate na porta

de entrada', além de remeter aos problemas produzidos na própria dinâmica interna do Hospital, indica, principalmente, a enormidade e a diversidade da demanda que ali chega (SÁ; CARRETEIRO; FERNANDES, 2008).

Além das dificuldades, os participantes apontam perspectivas de melhoria no funcionamento do pronto-socorro e da RUE: sensibilização dos profissionais de saúde, provocando maior envolvimento e protagonismo; capacitação dos trabalhadores da urgência; maiores investimentos (infraestrutura, aquisição de equipamentos), incluindo contratação de trabalhadores e melhores salários; superação de problemas políticos (rotatividade, verticalização, autocracia); melhorias na rede de atenção à saúde, principalmente na comunicação entre os serviços de saúde, a partir de pacto estabelecido entre os gestores que aponte para fluxos assistenciais bem definidos, bem como qualificação no pronto-socorro no momento em que se recebe um usuário.

Os relatos a seguir confirmam o que foi descrito acima: “As regionais têm que funcionar. Este Hospital é terciário [não deve receber pacientes que exijam cuidados primários ou secundários]” (P5). “Mudança de pensamento dos profissionais; qualificação dos profissionais; maior investimento; melhores salários” (P1). “Definir rotinas, orientar usuários e servidores” (G1). “Após triagem, melhor remanejamento dos casos ‘verde’ e ‘azuis’ [sinalização do protocolo de Manchester, que se refere aos casos não graves e que deveriam ser resolvidos no âmbito da Atenção Básica ou ambulatorial especializada] para outro serviço” (P6).

Estudo realizado para conhecer os sentimentos de profissionais dos serviços de pronto-socorro infantil diante de situações de trabalho no município de Recife (PE), em 2003, nos ajuda a compreender a complexidade de ser trabalhador num serviço de urgência-emergência. Segundo Feliciano, Kovacs e Sarinho (2005, p. 320) ao traçar uma aproximação ao dia-a-dia dos

hospitais de pronto-socorro infantil é possível encontrar um trabalho que entrelaça a responsabilidade com pacientes graves e seus familiares, a grande demanda, a insuficiência de recursos materiais e humanos, os baixos salários, os múltiplos empregos e consequente cansaço, motivando uma contínua tensão emocional. Nesse contexto, manifestam-se sentimentos (aspirações dirigidas à satisfação das necessidades) e desejos (percepções das possibilidades de satisfazer essas necessidades) que não expressam exclusivamente uma necessidade particular, visto que podem ser compartilhados por outros membros das equipes.

Quando questionados quanto às possibilidades de contribuição dos trabalhadores do serviço de pronto-socorro do Hospital, no tocante à efetivação da RUE e à superação de problemas, os profissionais de saúde do pronto-socorro destacaram: “Fundamental. Dele [profissional de saúde] depende o primeiro atendimento, o tempo de diagnóstico e o próprio diagnóstico e, conseqüentemente, o tempo de início do tratamento” (P1). “O trabalhador vivencia os problemas, diferente de quem está de longe, somente na parte teórica” (P2). “É a base [profissional de saúde], é quem de fato irá colocar em prática, [sua participação é] essencial” (P7).

Os participantes do estudo são unânimes em reconhecer a importância de envolver os trabalhadores no processo de tomada de decisões, pois, se os resultados obtidos não agregam valor para a ação cotidiana de quem opera o trabalho (ou seja, os profissionais de saúde), este não impacta em mudanças para quem o consome (o usuário). Nesse sentido, faz-se necessário um processo de problematização da realidade, que, em geral, é disparado no monitoramento e na avaliação do serviço.

As práticas avaliativas têm sido cada vez mais estimuladas ao longo do processo de aprimoramento do sistema de saúde brasileiro, tornando-se gradativamente reconhecidas como uma atividade essencial no contexto de formulação e redirecionamento

de programas e políticas de saúde. Desde que concebida em suas múltiplas dimensões (parceria, participação, negociação, julgamento e produção de conhecimento, entre outras), a avaliação pode e deve ser utilizada como instrumento de poder, em uma perspectiva dialógica, em sociedades éticas, com foco na justiça social (DUBEUX; FREESE; FELISBERTO, 2013).

Processo de qualificação do serviço de pronto-socorro a partir dos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde

As respostas dos profissionais de saúde participantes do estudo, no tocante à aplicação dos critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, foram organizadas conforme roteiro estabelecido na própria norma.

Os participantes foram questionados quanto ao conhecimento e à adoção de protocolos clínicos no serviço de pronto-socorro do Hospital. Os seis profissionais que afirmaram utilizar protocolos clínicos trabalhavam na Sala Vermelha, indicando que essa é uma prática localizada em um setor e, portanto, não institucionalizada. Foi informado pelos participantes da pesquisa o uso de um conjunto de Protocolos Clínicos: ACLS<sup>2</sup>, ATLS<sup>3</sup>, APH fixo<sup>4</sup>, abdome agudo e trauma e rotinas de enfermagem.

Uma das perguntas do questionário dizia respeito ao conhecimento dos profissionais sobre o processo de acolhimento com classificação de risco. Dos nove respondentes, oito desconheciam quem se responsabilizava por coordenar essa atividade. A classificação de risco tem por objetivo orientar o atendimento por nível de gravidade e sofrimento, sob responsabilidade da equipe de enfermagem, além de priorizar o acolhimento de demandas.

O Acolhimento com a Avaliação e Classificação de Riscos é um dispositivo criado por uma política pública de humanização dos serviços de saúde, que traz no bojo de sua definição uma postura ética, que implica o compartilhamento de saberes e angústias entre profissionais e usuários. Toma para si a responsabilidade de acolher o outro em suas demandas, com responsabilidade

e resolutividade. Não deve ser entendido como uma etapa em um processo, mas, sim, como uma ação que precisa ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (DEMORI; PIZZOLATO, 2007).

A emergência do Hospital trabalha integrada com o Samu e o Corpo de Bombeiros, constituindo uma articulação em rede. Essa articulação foi reconhecida pelos profissionais de saúde, que identificaram o Centro de Trauma como parte do Samu no Hospital. “[Funciona], *principalmente, no trauma pelo Samu e bombeiros*” (P1). “*O Samu funciona dentro da emergência*” (P3).

Quanto à regulação de leitos no Hospital, houve dissenso entre os participantes, fato esse que pode demonstrar fragilidade no processo de regulação intra-hospitalar, da porta de entrada para a retaguarda, conforme justificativa a seguir, que aponta para superlotação na emergência e rede de cuidados sem suporte: “*Seria necessário outro hospital para atender*” (P1). “[...] *Mas é meio complicada, pois são muitos pacientes*” (P8).

As dificuldades na regulação vivenciadas não são exclusividade do Hospital estudado. Estudo realizado em hospitais regionais de Pernambuco, em 2012, chama atenção para a necessidade da qualificação dos equipamentos de saúde nos três níveis assistenciais e para os mecanismos de regulação, sob o ponto de vista da minimização e da organização da demanda à rede de atenção à urgência hospitalar, quer seja pelos eventos agudos decorrentes de doenças crônicas, quer seja pela resolubilidade de unidades pré-hospitalares (DUBEUX; FREESE; FELISBERTO, 2013).

A literatura sinaliza que a multiprofissionalidade no trabalho em saúde contribui para ampliar a qualidade da atenção à saúde, possibilitando a integração de vários olhares e práticas para atuar frente à complexidade do processo saúde-doença-cuidado (PEDUZZI, 2001). Todos os profissionais participantes do estudo informaram a existência de equipe multiprofissional atuando no serviço de pronto-socorro, Centro de

<sup>2</sup> ACLS - Curso baseado em ciência e evidências médicas, desenvolvido pela American Heart.

(<http://educacao.cardiol.br/cursos/acls.asp>, 2014).

<sup>3</sup> ATLS - Curso destinado à capacitação de trabalhadores médicos e enfermeiros que atuam no manejo direto aos agravos relacionados ao trauma ([http://www.cets.com.br/cursos\\_atls.php](http://www.cets.com.br/cursos_atls.php), 2014).

<sup>4</sup> APH fixo - Capacitação dos Profissionais de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel - Rede Samu 192 e Pré-Hospitalar Fixo ([http://www.capacitacaosamuhaoc.com.br/samu/login/arquivos/apostila\\_SAMU\\_v4.pdf](http://www.capacitacaosamuhaoc.com.br/samu/login/arquivos/apostila_SAMU_v4.pdf), 2014).

Trauma do Hospital. Segundo metade deles, a equipe seria suficiente numericamente e compatível com as necessidades do serviço, mas nenhum teceu comentários. Entretanto, a outra metade discorda, conforme relatos a seguir: “*Não, porque nem todos estão preparados e são residentes sem a presença dos STAFFS*” (P4). “*Poucos profissionais*” (P6). “[*Multiprofissional*], *porém, não é compatível*” (P9).

A percepção de como acontece o trabalho difere entre os participantes, porque a intenção, o sentir e os significados são produzidos de acordo com a relação singular que cada um estabelece com o objeto de trabalho.

De acordo com recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011B, P. 3), um dos critérios de qualificação do pronto-socorro é “a organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como ‘diarista’, utilizando-se prontuário único compartilhado por toda a equipe”. No Hospital estudado, metade dos profissionais informou que atua em regime ‘diarista’ (que atua todos os dias em um ou dois turnos), enquanto a outra metade no regime ‘plantão’ (de 12 ou 24 horas).

Os gestores de saúde informaram unanimemente que há dificuldade na contratação de trabalhadores para o pronto-socorro: “*Demora no concurso. Em caso de contratos, não contratam suficientes* [referindo-se ao gestor responsável pela contratação dos profissionais de saúde]” (G1). “*Falta de recursos humanos de enfermagem e treinamento*” (G2). “*Burocracia* [quanto à contratação de recursos humanos]” (G3).

Ainda no que diz respeito à organização das equipes e ao trabalho prestado no serviço de pronto-socorro do Hospital, os gestores de saúde consideram: “*Tumultuado,*

*não sendo feito como deveria ser; cuidadores exaustos*” (G1). “*Difícil trabalhar com baixos recursos humanos e superlotação*” (G2).

A qualificação dos trabalhadores que atuam nas urgências e emergências é fundamental para garantir a prestação efetiva de cuidados. Nesse sentido, seriam necessários investimentos sob a responsabilidade das três esferas governamentais.

A grande demanda de usuários e as dificuldades na organização dos fluxos assistenciais são problemas nevrálgicos para o Hospital: “*Não há regulação de leitos para referenciar os pacientes. Pacientes mal orientados procuram o serviço sem necessidade. Entorno não faz contato prévio*” (G1). “*Dificuldade em efetivar a referência e a contrarreferência*” (G2).

A demanda pelos serviços de saúde pode ser entendida como um pedido explícito que expressa todas as necessidades do usuário, podendo ser efetivada por meio de consulta, acesso a exames, consumo de medicamentos e realização de procedimentos, pois essa é a forma como os serviços organizam sua oferta. Paradoxalmente, as necessidades dos usuários podem ser outras, como respostas às questões socioeconômicas, às más condições de vida, à violência, à solidão, à necessidade de vínculo com um serviço/profissional, ou, ainda, o acesso a uma tecnologia específica que possa lhes proporcionar qualidade de vida (MARQUES; LIMA, 2007).

Altas taxas de internação por condições sensíveis à atenção primária em uma população, ou subgrupo(s) desta, podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho. O excesso de hospitalizações representa um sinal de alerta, que pode estar relacionado a problemas na rede de atenção, sobretudo na resolubilidade da atenção primária.

## Conclusões

O Hospital estudado se apresenta como um ponto de atenção estratégico para o SUS e enfrenta diversos problemas para se inserir na rede de atenção. Os resultados sugerem que:

- A definição de pactos e fluxos assistenciais incipientes não possibilita ao Hospital assumir o seu papel terciário e de ‘porta de entrada’ para todo e qualquer paciente (referenciados e demanda espontânea), especialmente os que não são absorvidos e ordenados pela rede de atenção à saúde;
- Há problemas no funcionamento dos demais serviços de saúde, que, em geral, não promovem a seleção de casos clinicamente menos graves e intermediários e, conseqüentemente, não encaminham ao Hospital apenas pacientes clinicamente agudos ou graves, sendo essa a missão desse Hospital na rede de cuidados;
- A regulação do acesso é incipiente;

- A Atenção Primária à Saúde da região onde se situa o Hospital é pouco resolutiva;
- Os gestores são ativos no processo de implantação da rede, porém, ainda é preciso aproximar os trabalhadores desse processo;
- Os profissionais de saúde estão em número insuficiente e com baixo protagonismo na implantação da RUE;
- Pouco investimento na educação permanente em saúde dos gestores e trabalhadores.

Com relação aos critérios de qualificação do serviço de pronto-socorro estabelecidos pelo Ministério da Saúde, há evidências de boas práticas quanto à articulação do Samu (pré-hospitalar) e da porta de entrada hospitalar de urgência e emergência.

Conclui-se que a inserção do Hospital na RUE acontece de forma lenta e dependente da articulação dos vários níveis de gestão do SUS. ■

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS*. Disponível em: <<http://www.cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 1 out. 2014a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS*. Disponível em: <<http://www.tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 3 out. 2014b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de

Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 8 jul. 2011a, p. 70.

\_\_\_\_\_. 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. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 31 dez. 2010, p. 88.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de



2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 13 out. 2011b, p. 79-82.

\_\_\_\_\_. Resolução do Conselho Federal de Medicina nº1451, de 10 de março de 1995. Resolve sobre estabelecimentos de Prontos-Socorros Públicos e Privados, equipe médica, sala de emergência, recursos técnicos mínimos disponíveis, funcionamento e porte destes estabelecimentos. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 17 mar. 1995, p. 3666.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

CECILIO L. C. O.; MERHY E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS: UERJ: ABRASCO, 2003, p. 197-210.

DEMORI, R.; PIZZOLATO, S. I. *Acolhimento como perspectiva de reestruturação das emergências*. 2007. 41 f. Trabalho de Conclusão de curso (Especialização em Gestão Hospitalar) – Grupo Hospitalar Conceição, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; FELISBERTO, E. Acesso a hospitais regionais de urgência e emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 345-369, 2013.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Sentimentos de profissionais dos serviços de pronto-socorro pediátrico: reflexões sobre o burnout. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 5, n. 3, p. 319-328, 2005.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v.

45, n. 3, jun. 2011.

MAIO, M. C.; LIMA, N. T. Fórum: o desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1611-1613, 2009.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 13-19, 2007.

MENDES, A. C. G. et al. Condições e motivações para o trabalho de enfermeiros e médicos em serviços de emergência de alta complexidade. *Revista brasileira de enfermagem*, Brasília, v. 66, n. 2, p. 161-166, 2013.

MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2395-2404, 2010.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, fev. 2001.

SÁ, M. C.; CARRETEIRO, T. C.; FERNANDES, M. I. A. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1334-1343, 2008.

SOUZA, R. B.; SILVA, M. J. P.; NORI, A. Pronto-Socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre v. 28, n. 2, p. 242-249, 2007.

---

Recebido para publicação em março de 2015

Versão final em junho de 2015

Conflito de interesse: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Análise da demanda atendida em unidade de urgência com classificação de risco

## *Analysis of the demand in urgency with risk classification*

Vivian Biazon El Reda Feijó<sup>1</sup>, Luiz Cordoni Junior<sup>2</sup>, Regina Kazue Tanno de Souza<sup>3</sup>, Alexsandro Oliveira Dias<sup>4</sup>

**RESUMO** O objetivo desta pesquisa foi analisar a classificação de risco em serviço de urgência de um hospital. Foram amostrados 976 usuários que procuraram atendimento, cujos dados foram coletados nas fichas preconizadas pelo protocolo de atendimento médico. Predominaram pessoas do sexo masculino, na faixa etária de 20 a 59 anos, que procuraram o serviço em dias úteis e horário comercial. Foram considerados adequados à demanda para o atendimento no serviço de urgência 82,3% dos pacientes, com associação significativa entre adequação e as variáveis procedência e horário de atendimento. A implantação do protocolo contribuiu para a identificação dos casos mais graves e organização da demanda.

**PALAVRAS-CHAVE** Serviço hospitalar de emergência; Serviço hospitalar de enfermagem; Perfil de saúde; Acolhimento.

**ABSTRACT** *The objective of this research was to analyze the risk rating at the emergency department of a hospital. We sampled 976 users who sought treatment, whose data were collected from records at forms recommended by protocol and medical care. Results showed that 20-59 year-old males, attending the service on weekdays and during business hours, were predominant 82,3% of patients were considered adequate to meet the demand in the emergency department. There was a significant association between adequacy and the variables origin and opening hours. The implementation of the protocol helped identifying the most serious cases and demand organization.*

**KEYWORDS** *Emergency service; Nursing service; Health profile; User embracement.*

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Londrina (UEL) - Londrina (PR), Brasil.  
feijovivif@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Estadual de Londrina (UEL), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Londrina (PR), Brasil.  
luizcordoni@gmail.com

<sup>3</sup>Universidade Estadual de Londrina (UEL), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Londrina (PR), Brasil.  
reginatanno@hotmail.com

<sup>4</sup>Universidade de São Paulo (USP), Escola de Pós-Graduação em Enfermagem - São Paulo (SP), Brasil.  
alexuel@bol.com.br

## Introdução

A utilização do Serviço Hospitalar de Urgência (SHU) no Brasil tem sido motivo de inquietação para gestores dos sistemas de saúde, profissionais e a sociedade em geral, pois o seu uso tem se tornado crescente. A maioria desses serviços funciona acima de sua capacidade instalada, com profissionais sem capacitação, gerenciamento inefetivo, ausência de planejamento, excesso de demanda e demanda inadequada (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

De acordo com Garlet *et al.* (2009), ressaltam-se ainda o crescente aumento do atendimento no SHU relacionado ao aumento dos acidentes e da violência urbana, às questões socioeconômicas, à falta de leitos para internação na rede pública, ao aumento da longevidade da população, assim como à falta de agilidade e de resolutividade dos serviços de saúde (VALENTIM; SANTOS, 2009). A crise no SHU é agravada, também, pela procura por pessoas em situação de urgência, juntamente com aquelas em condições de saúde não graves, dificultando o estabelecimento de prioridades (MARQUES; LIMA, 2008).

Para Bellucci Júnior e Matsuda (2012), quando se pensa em qualidade nos serviços hospitalares, surge a necessidade de discutir formas de gestão que deem suporte às instituições para que possam atender às necessidades e exigências do usuário em todas as suas dimensões. Nesse contexto é que o governo federal propõe a reorganização e a normatização do atendimento no SHU em todo território nacional, por meio da Política Nacional de Atenção às Urgências e da Política Nacional de Humanização, contemplando estratégias para o Acolhimento com Classificação de Risco (BRASIL, 2009).

Essas políticas visam ampliar o acesso, reduzir as filas e o tempo de espera para o atendimento, diminuir o risco de mortes evitáveis, a extinção das triagens por profissional não qualificado e a priorização de acordo com critérios clínicos em vez da ordem de

chegada (BRASIL, 2009). Configura-se como ação potencialmente decisiva na reorganização dos serviços de saúde em rede por propiciar assistência resolutiva e humanizada àqueles em situações de risco (SOUZA *ET AL.*, 2011).

No Brasil, o Ministério da Saúde propõe a implantação de um sistema com denominação de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em vez de triagem, por pressupor que o verbo triar exprime exclusão (DURO; LIMA, 2010).

A identificação da demanda de acesso dos usuários aos serviços de saúde é fundamental no gerenciamento da capacidade de utilização dos recursos disponíveis, assim como a superlotação nos serviços de emergência com problemas de saúde não urgentes tem atraído atenção mundial e motivado vários estudos nesta área (VAN UDEN *ET AL.*, 2005).

Assim, ainda na década de 1960, nos Estados Unidos da América, iniciou-se a implantação de sistemas de triagens em serviços de atendimento às urgências. Paralelamente, no Canadá foi desenvolvido um sistema que somente em 1995 tornou-se realidade. Na Austrália, uma escala de classificação das urgências foi adotada em 2000, porém foi no Reino Unido que, em 1997, iniciou-se a triagem de Manchester, reconhecida internacionalmente e mais utilizada nos dias atuais, pois apresenta os critérios de gravidade, do tempo alvo de atendimento e de reavaliação do paciente. A partir de 2001, na Espanha, também foi introduzido um sistema classificatório de urgências hospitalares (DURO; LIMA, 2010).

As ações de acolhimento podem ser realizadas por qualquer profissional de saúde, desde que capacitado. Entretanto, cabe ao enfermeiro reunir as condições necessárias, as quais incluem linguagem clínica orientada para os sinais e sintomas, para a realização das escalas de avaliação e classificação de risco do usuário de acordo com o grau de urgência de seu agravo, com base em um sistema predefinido: emergência, urgência, menor urgência e baixa complexidade (BRASIL, 2009).

Assim, acredita-se que desenvolver pesquisa com o foco na avaliação de um serviço de urgência torna-se imprescindível para subsidiar propostas de reestruturação organizacional e melhorar a qualidade do atendimento no serviço, além de contribuir para o avanço do conhecimento nessa área, ainda pouco explorado em nível nacional.

Desse modo, considerando-se a implantação do ACCR no Hospital Universitário de Londrina (HUL) (PR) e com o propósito de ampliar as discussões acerca dos sistemas de classificação de risco, o presente estudo tem por objetivo analisar a demanda atendida no serviço de urgência, identificando aspectos relacionados à sua adequação ante a implantação do protocolo estabelecido.

## Método

Estudo individuado, transversal, realizado a partir da consulta aos registros de atendimento com avaliação de risco e atendimento médico. O serviço estudado situa-se na cidade de Londrina (PR), município sede da 17ª Regional de Saúde que abrange 20 municípios e uma população de 801.756 habitantes.

A pesquisa foi realizada na unidade de pronto-socorro do hospital universitário público. É o único hospital terciário de grande porte no norte do Paraná, constituído em Centro de Referência Regional para o Sistema Único de Saúde (SUS).

A instituição possui capacidade de internação de 313 leitos para atendimento ao SUS, distribuídos pelas diversas especialidades médicas, e mantém o pronto-socorro em regime de plantão permanente, oferecendo atendimentos gerais e especializados nas áreas de clínica médica, clínica cirúrgica, ginecologia e obstetrícia, pediatria, ortopedia/traumatologia e anestesiologia.

O estudo foi constituído por uma amostra de pacientes que procuraram atendimento direto ou por referência a instituição e que

foram avaliados na consulta de enfermagem com base no protocolo de ACCR, no período de junho de 2008 a maio de 2009.

O tamanho da amostra foi calculado considerando os 16.223 pacientes elegíveis, com a adoção de uma proporção esperada de 50% para um evento, por ser aquela que gera o maior tamanho de amostra, nível de confiança de 95% e margem de erro de 3%, resultando amostra de mil atendimentos.

Utilizou-se amostragem sistemática a partir da listagem de pacientes elegíveis, ordenada por data do atendimento, a fim de garantir a representação proporcional dos meses que compõem o período do estudo. Para seleção dos participantes do estudo, considerou-se um intervalo de amostragem de 13 pacientes. Foram consideradas perdas os casos nos quais os prontuários não foram localizados.

Os dados de interesse foram obtidos das fichas arquivadas no setor responsável pela ordem e guarda dos prontuários médicos.

Foram consideradas variáveis independentes do estudo o sexo, a faixa etária, a procedência, o horário e dia da semana da procura pelo atendimento, o destino após a avaliação de risco, a especialidade responsável pelo atendimento e destino após atendimento médico.

A variável dependente (desfecho) foi a adequação da demanda ao serviço de urgência. Foram considerados adequados todos os pacientes classificados, com base em um sistema predefinido, como emergência, urgência e menor urgência, seguindo a padronização por cores instituída pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Humanização, descritas, respectivamente, como vermelha, amarela e verde (BRASIL, 2009). Por outro lado, foram considerados inadequados ao serviço de urgência os casos classificados em cor azul, que caracterizam atendimentos de baixa complexidade.

Os dados foram analisados por meio do programa estatístico Epi Info™ 3.4.3 versão 2007. A associação entre as variáveis foi

realizada utilizando-se o teste de qui-quadrado, e foram consideradas significativas quando  $p < 0,05$ .

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, da Universidade Estadual de Londrina, com parecer nº 228/08.

## Resultados

Do total de mil indivíduos amostrados, ocorreram 24 perdas por não localização dos prontuários. Entre os 976 indivíduos que passaram por atendimento, predominaram pessoas do sexo masculino (58,6%), adultos de 20 a 59 anos (63,2%), sendo a média de idade de 42,6 anos (dp de 20,9 anos).

Sobre a variável procedência da demanda, 56% procuraram diretamente o atendimento, 11,6% foram encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde, 8,0% pelos hospitais secundários, 6,5% por serviços de atendimento móvel às urgências – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (Samu/Siate), 4,7% por serviços ambulatoriais e 3,1% por centrais de regulação dos leitos. Além disso, 10,1% eram retornos do próprio serviço.

De acordo com a *tabela 1*, foi evidenciada uma maior distribuição da amostra classificada na cor verde com 60,3% do total de casos. Conforme a classificação nas cores verde, amarela e vermelha, 82,3% dos pacientes atendidos foram considerados adequados aos atendimentos no serviço em estudo.

Tabela 1. Classificação de risco atribuída à amostra por cores de acordo com o protocolo do ACCR do pronto-socorro, HUL. Londrina-PR, Brasil, 2008-2009

Classificação de risco	n	%
Vermelho	15	1,5
Amarelo	200	20,5
Verde	588	60,3
Azul	173	17,7
<b>Total</b>	<b>976</b>	<b>100,0</b>

Nota: Elaboração própria

Sobre a adequação da demanda (*tabela 2*), observou-se associação com as variáveis procedência e horário de procura por atendimento ( $p < 0,001$ ). A proporção de casos considerados adequados foi significativamente mais elevada entre os que foram

encaminhados pelo Samu/Siate, hospitais secundários e central de leitos. Quanto aos horários de atendimento, a maior proporção de casos adequados foi observada entre os atendidos de madrugada (95,8%) e no horário noturno (93,3%).

Tabela 2. Associação da adequação da demanda dos pacientes atendidos na classificação de risco, com variáveis sociodemográficas e de utilização de serviços. HUL. Londrina-PR, Brasil, 2008-2009

Variável	Demanda Adequada				Total	
	Sim		Não		n	%
<b>Sexo</b> ( $p = 0,122$ )	n	%	n	%	n	%
Feminino	324	80,0	81	20,0	405	100,0
Masculino	479	83,9	92	16,1	571	100,0
<b>Faixa Etária</b> ( $p = 0,681$ )						
< 20 anos	124	85,5	21	14,5	145	100,0
20 a 39 anos	265	81,5	60	18,5	325	100,0
40 a 59 anos	234	80,1	58	19,9	292	100,0
60 anos ou mais	180	84,1	34	15,9	214	100,0
<b>Procedência</b> ( $p < 0,001$ )						
Procura direta	453	83,3	91	16,7	544	100,0
Samu/Siate	64	100,0	-	-	64	100,0
Unidades Básicas de Saúde	100	88,5	13	11,5	113	100,0
Hospitais secundários	76	97,4	2	2,6	78	100,0
Serviços ambulatoriais	42	89,4	5	10,6	47	100,0
Retorno programado ao serviço	39	39,4	60	60,6	99	100,0
Central de leitos	29	96,7	1	3,3	30	100,0
<b>Horário do ACCR</b> ( $p < 0,001$ )						
7h às 12h59	307	74,7	104	25,3	411	100,0
13h às 18h59	296	84,1	56	15,9	352	100,0
19h às 23h59	154	93,3	11	6,7	165	100,0
24h às 6h59	46	95,8	2	4,2	48	100,0
<b>Dia de semana do ACCR</b> ( $p = 0,319$ )						
Segunda	139	80,3	34	19,7	173	100,0
Terça	119	80,9	28	19,1	147	100,0
Quarta	112	78,9	30	21,1	142	100,0
Quinta	115	83,9	22	16,1	137	100,0
Sexta	100	79,4	26	20,6	126	100,0
Sábado	106	84,1	20	15,9	126	100,0
Domingo	112	89,6	13	10,4	125	100,0
<b>Passou por outro serviço de saúde na queixa atual</b> ( $p = 0,914$ )						
Sim	351	82,6	74	17,4	425	100,0
Não	452	82,0	99	18,0	551	100,0
<b>Total</b>	<b>803</b>	<b>82,3</b>	<b>173</b>	<b>17,7</b>	<b>976</b>	<b>100,0</b>

Nota: Elaboração própria

Em relação à *tabela 3*, verifica-se que do total de casos atendidos, houve predominância de pacientes atendidos no pronto-socorro cirúrgico, porém os casos mais graves foram atendidos pelo pronto-socorro médico, com

3,8% classificados na cor vermelha e 40,1% na cor amarela. Além disso, 25% dos casos atendidos pelo pronto-socorro obstétrico, 17,2% pelo pronto-socorro ortopédico e 16,0% pelo cirúrgico não se tratavam de casos de urgência.

Tabela 3. Classificação de risco segundo clínica responsável pelo atendimento no pronto-socorro. HUL. Londrina-PR, Brasil, 2008-2009

Variável	Classificação de risco								Total	
	Vermelho		Amarelo		Verde		Azul		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Clínica Responsável pelo atendimento no HUL ( $p < 0,001$ )										
Não se aplica	-	-	4	4,8	40	48,2	39	47,0	83	100,0
PS Médico	8	3,8	85	40,1	96	45,3	23	10,8	212	100,0
PS Cirúrgico	7	1,3	91	16,6	363	66,1	88	16,0	549	100,0
PS Ortopédico	-	-	20	15,6	86	67,2	22	17,2	128	100,0
PS Obstétrico	-	-	-	-	3	75,0	1	25,0	4	100,0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>1,5</b>	<b>200</b>	<b>20,5</b>	<b>588</b>	<b>60,2</b>	<b>173</b>	<b>17,7</b>	<b>976</b>	<b>100,0</b>

Nota: Elaboração própria

Quanto ao destino após atendimento médico segundo a classificação de risco (*tabela 4*), verificou-se que a maioria dos pacientes obteve alta. A alta após o

atendimento foi observada em 13,3%, 40,9%, 79,8% e 100,0% entre os classificados, respectivamente, nas cores vermelha, amarela, verde e azul.

Tabela 4. Destino após atendimento médico no pronto-socorro segundo a classificação de risco. HUL. Londrina-PR, Brasil, 2008-2009

Destino após atendimento médico - Pronto-Socorro ( $p < 0,001$ )*†	Classificação de risco								Total	
	Vermelho		Amarelo		Verde		Azul		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Alta após atendimento	2	13,3	79	40,9	408	79,8	122	100,0	611	72,7
Internação imediata	5	33,3	66	34,2	65	12,7	-	-	136	16,2
Observação por até 24 horas	5	33,3	42	21,8	35	6,8	-	-	82	9,8
Transferência para bloco cirúrgico	1	6,8	6	3,1	-	-	-	-	7	0,8
Aguardou UTI	2	13,33	-	-	-	-	-	-	2	0,2
Transferência para outro hospital	-	-	-	-	3	0,7	-	-	3	0,3
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>193</b>	<b>100,0</b>	<b>511</b>	<b>100,0</b>	<b>122</b>	<b>100,0</b>	<b>841</b>	<b>100,0</b>

Notas: Elaboração própria

\* Teste de qui-quadrado com as categorias de classificação vermelha, amarelo, verde e azul

† 135 ausências de informação

Dos casos classificados como vermelho, um terço foi internado imediatamente, 13,3% foram encaminhados à UTI e um terço permaneceu em observação. Entre os pacientes classificados com a cor amarela, 34,2% foram internados e 3,1% transferidos ao centro cirúrgico.

## Discussão

Estudos realizados em diferentes países mostram que a implantação de protocolos de triagens nos serviços de emergência permitiu que os casos considerados de maior gravidade fossem priorizados, com impacto nas taxas de mortalidade (LUNET; PINTO; AZEVEDO, 2010; PROVIDENCIA ET AL., 2009).

O presente estudo, ao analisar as características da demanda de um serviço de urgência de hospital terciário público e sua adequação conforme o protocolo de avaliação com classificação de risco, permitiu constatar que o perfil predominante da amostra atendida foi de adulto jovem, em idade produtiva, sexo masculino, que procuraram o serviço espontaneamente, no período diurno, em dias úteis, e que foram classificados na cor verde ou azul.

A predominância do atendimento aos indivíduos do sexo masculino é padrão que se repete em serviços de urgência referenciada de hospitais públicos do Brasil (BERTONCELLO; CAVALCANTI; ILHA, 2012; OLIVEIRA ET AL., 2011) e se relaciona a maior exposição masculina à violência urbana, ao tipo de trabalho e ao meio de transporte, pois frequentemente os homens são condutores de carros e motocicletas, possuem ambas as habilitações e aprendem a dirigir com menor idade. Indicadores brasileiros mostram que os homens têm 12 vezes mais chances de morrer por causas traumáticas que as mulheres (FERREIRA ET AL., 2009).

Quanto à variável idade, a maior proporção de indivíduos em idade produtiva que procuraram espontaneamente os serviços de urgência coincide com pesquisas que verificaram

esta tendência (OLIVEIRA ET AL., 2011; FERREIRA ET AL., 2009; BARRETO ET AL., 2012; GIBSON ET AL., 2010).

Ressalta-se que o acesso aos serviços do SUS deve ser realizado preferencialmente a partir da atenção primária, com garantia de referência a outros níveis de atenção conforme sua necessidade. Porém a situação observada reflete ainda a desarticulação dos diferentes níveis de atenção à saúde, com supervalorização do enfoque curativo e hospitalocêntrico e descrédito da população em relação à atenção primária e secundária no alcance da resolutividade desejável (KOVACS ET AL., 2005).

A maior procura pelo serviço ocorreu nos dias de semana, em horário comercial, principalmente no período matutino. Todavia, a associação entre a adequação da demanda e horário de procura, com maior proporção de casos inadequados no horário matutino e diurno, corroboram os dados encontrados em diversos estudos (OLIVEIRA ET AL., 2011; KOVACS ET AL., 2005), que evidenciaram maior procura por atendimento no horário comercial de casos que se caracterizaram como baixa urgência no atendimento.

Mais da metade dos casos pesquisados não procurou outro serviço de menor complexidade devido à queixa atual, contribuindo com o aumento da espera do usuário que aguardava o atendimento.

De acordo com o protocolo do ACCR, verificou-se que a maioria da demanda estudada estava adequada à finalidade assistencial deste serviço. Entretanto, a alta frequência de pacientes classificados como verde e azul pressupõe que muitos desses casos poderiam ter sido resolvidos em instituições de menor complexidade tecnológica. Alguns fatores podem explicar a procura por estes serviços: baixa concentração de recursos humanos e tecnológicos nos serviços primários e secundários, a efetividade dos procedimentos médicos assistenciais disponíveis no nível terciário e a cultura largamente difundida de confiança na instituição hospitalar.

Richards, Navarro e Derlet (2000), em estudo americano, ressaltam que a superlotação que



se desenvolveu em serviços de emergência em todo o país reduziu a capacidade de prestar serviço em tempo útil e apontam que a criação de uma cooperativa integrada, ao serviço de emergência, para atendimento médico de cuidados primários reduziu em 53% a utilização inadequada do serviço de emergência, ou seja, metade das pessoas teriam seus problemas resolvidos na atenção primária, colaborando com a organização dos fluxos.

O destino da demanda após atendimento médico associado à classificação de risco – com destaque para os casos classificados como azul, os quais todos tiveram alta hospitalar após o atendimento médico – reforça tais aspectos, semelhantemente ao verificado em estudo espanhol, em que a maioria dos pacientes apresentou alta após o atendimento médico (SÁNCHEZ LÓPEZ ET AL., 2005).

Carret, Fassa e Kawachi (2009), em revisão sistemática, com ênfase em estudos realizados em diferentes países, verificaram que a prevalência do uso inadequado varia de 10,0% a 90,0%, e, em quase a metade dos estudos avaliados, de 24,0% a 40,0%, considerando todos os artigos com critérios semelhantes de avaliação da adequação.

Os resultados desta pesquisa evidenciam mais uma vez que casos classificados como verde e azul poderiam ter sido resolvidos em instituição de menor complexidade tecnológica. Todavia, a necessidade de continuidade de atenção evidenciada, na maioria dos casos classificados na cor vermelha no presente estudo, reitera a importância do ACCR na definição de prioridades.

Sinaliza-se, desse modo, a necessidade da organização do trabalho na unidade de urgência com base nos pressupostos da Política Nacional da Atenção às Urgências, que preconizam o acesso e acolhimento aos serviços de saúde de acordo com sua complexidade.

Para tanto, faz-se necessário analisar a estrutura dos serviços e estabelecer a rede de atenção às urgências, com grades de referência e contrarreferência efetivamente pactuadas, com definição de corresponsabilidades,

de modo a corrigir as distorções ainda existentes no sistema.

## Considerações finais

A adoção do ACCR constitui estratégia de inversão do fluxo de procura de atendimento e induz a mudanças no sentido da utilização da rede básica como porta de entrada. Nesse sentido, o registro sistemático dos atendimentos realizados com o uso do protocolo de ACCR contribuiu no estudo com a criação de um sistema que produz dados imprescindíveis na qualificação das práticas assistenciais e no reordenamento do fluxo.

No contexto da enfermagem, pode significar a possibilidade de contribuir na organização do processo de trabalho, no dimensionamento adequado de recursos materiais e humanos, maior autonomia profissional e intervenção oportuna de acordo com a situação de risco.

Infere-se que a excessiva demanda aos serviços de urgência é uma questão a ser resolvida, e o ACCR constitui ferramenta que pode permitir maior racionalidade no atendimento de urgência por priorizar os atendimentos de maior risco, a organização dos serviços com adequada provisão de recursos humanos conforme horário de atendimento, adequação da estrutura de acordo com a natureza da demanda e a articulação em rede da atenção primária, secundária e terciária.

Como limitação do estudo, recomenda-se estudo multicêntrico, com realização de mais pesquisas com amostras maiores, com objetivos voltados ao conhecimento da análise da demanda atendimento em serviços de urgências de hospitais públicos, privados e filantrópicos.

## Agradecimentos

À professora Tiemi Matsuo, por sua ajuda de valor incalculável a esta pesquisa. ■

## Referências

- BARRETO, R. F. *et al.* Pain and epidemiologic evaluation of patients seen by the first aid unit of a teaching hospital. *Revista Dor*, São Paulo, n. 13, v. 3, p. 13-19, 2012.
- BELLUCCI JÚNIOR, J. A. B.; MATSUDA, L. M. Construction and validation of an instrument to assess the Reception with Risk Rating. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, n. 65, v. 5, p. 751-757, set./out., 2012.
- BERTONCELLO, K. C. G.; CAVALCANTI, C. D. K.; ILHA, P. Análise do perfil do paciente como vítima de múltiplos traumas. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, n. 17, v. 4, p. 717-723, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de urgência*. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2014.
- CARRET, M. L. V.; FASSA, A. C. G.; DOMINGUES, M. R. Prevalência e fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência: uma revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, jan., p. 7-28, 2009.
- DURO, C. L. M.; LIMA, M. A. D. The nurse's role in emergency triage systems: literature analysis. *Online Brazil Journal Nursing*, Niterói, n. 9, v. 3, p. 1-12, 2010.
- FERREIRA, T. F. A. *et al.* Estudo da gravidade dos pacientes vítimas de acidentes de trânsito atendidos pelo hospital de clínicas de Uberlândia de dezembro de 2005 a março de 2006 segundo índices de trauma. *Bioscience Journal*, Uberlândia, n. 2, v. 2, p. 152-60, 2009.
- GARLET, E. R. *et al.* Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto contexto-enferm.*, Santa Catarina, n. 18, v. 2, p. 266-272, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/09.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2014.
- GIBSON, N. P. *et al.* Paediatric frequent attenders at emergency departments: A linked-data population study. *Journal of Paediatrics and Child Health*, Oxford, n. 46, p. 723-728, 2010.
- KOVACS, M. H. *et al.* Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, n. 81, v. 3, p. 251-258, 2005.
- LUNET, N.; PINTO D.; AZEVEDO A. Sensitivity and specificity of the Manchester Triage System for patients with acute coronary syndrome. *Rev Port Cardiol.*, Lisboa, n. 29, v. 6, p. 961-987, 2010.
- MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Technological organization of labor in an emergency service and nursing worker's autonomy. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, n. 42, v. 1, p. 41-47, 2008.
- O'DWYER, G.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 14, v. 5, p. 1881-90, 2009.
- OLIVEIRA, G. N. *et al.* Profile of the Population Cared for in a Referral Emergency Unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, n. 19, v. 3, p. 1-9, 2011.
- PROVIDENCIA, R. *et al.* Importance of Manchester Triage in acute myocardial infarction: impact on prognosis. *Emergency Medicine Journal*, Londres, 2009.
- RICHARDS, J. R.; NAVARRO, M. L.; DERLET, R. W. Survey of directors of emergency departments in California on overcrowding. *Western Journal of Medicine*, San Francisco, v. 172, n. 6, p. 385-388, 2000.
- SÁNCHEZ LÓPEZ, J. *et al.* Frecuencia y características de la demanda atendida en un servicio de urgencia hospitalario: circuitos de atención. *Emergências*, Madrid, v. 17, n. 2, p. 52-61, 2005.
- SOUZA, C. C. *et al.* Risk classification in an emergency room: agreement level between a Brazilian institutional and the Manchester Protocol. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 26-33, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_05.pdf)>. Acesso em: 28 dez. 2014.
- VALENTIM, M. R. S.; SANTOS, M. L. S. C. Políticas de saúde em emergência e a enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, n. 17, v. 2, p.

285-289, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a26.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

VAN UDEN, C. J. T. *et al.* The impact of a primary care physician cooperative on the caseload of an emergency department: the Maastricht integrated out-of-hours service. *Journal of General Internal Medicine*, Philadelphia, v. 20, n. 7, p. 612- 617, 2005.

---

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

# Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil

## *Turnover of the medical workforce in Brazil*

Celia Regina Pierantoni<sup>1</sup>, Cid Manso de Mello Vianna<sup>2</sup>, Tania França<sup>3</sup>, Carinne Magnago<sup>4</sup>, Marcus Paulo da Silva Rodrigues<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS), Estação de Trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. cpierantoni@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS), Laboratório de Estatística e Matemática Aplicada à Saúde - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. cdvianna@gmail.com

<sup>3</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS), Estação de Trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. taniafranca29@gmail.com

<sup>4</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS), Estação de Trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. carinne.mag@gmail.com

<sup>5</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social (IMS), Laboratório de Estatística e Matemática Aplicada à Saúde - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. mps\_rodrigues@yahoo.com.br

**RESUMO** Objetivou-se calcular o índice de rotatividade dos médicos brasileiros. Estudo descritivo, exploratório, quantitativo, realizado por meio de dados secundários, que foram analisados por estatística descritiva. Constatou-se maior índice de rotatividade nas regiões Sudeste e Sul, com médias superiores à nacional (36,7%). A menor média foi evidenciada na região Norte (24,7%). A estratificação por porte populacional aponta para maior rotatividade nos agrupamentos de municípios com população entre dez mil e cem mil habitantes; e menor índice nos municípios de grande porte. A rotatividade não pode ser inteiramente compreendida sem que se analise o contexto no qual estão inseridos os profissionais.

**PALAVRAS-CHAVE** Recursos humanos em saúde; Atenção Primária à Saúde; Administração de recursos humanos; Médicos.

**ABSTRACT** *The objective was to calculate the turnover rate of Brazilian physicians. Descriptive, exploratory and quantitative study, carried out through secondary data, which were analyzed using descriptive statistics. It is found a higher turnover rate in the Southeast and South regions, with averages higher than the national (36.7%). The lowest average was observed in the North region (24.7%). Stratification by population size indicates higher turnover in the groups of municipalities with a population between ten thousand and one hundred thousand inhabitants; and lower rates in big cities. Turnover cannot be fully understood without examining the context in which professionals are inserted.*

**KEYWORDS** *Health manpower; Primary Health Care; Personnel management; Physicians.*

## Introdução

O desenvolvimento econômico brasileiro, impulsionado pelo mercado interno e externo, trouxe aumento do emprego formal e dos salários a todos os setores da economia (BRASIL, 2011), incluindo o setor saúde. Este se constitui por atividades desenvolvidas eminentemente por recursos humanos, que, a despeito das inovações tecnológicas, diferentemente de outros setores, exigem mão de obra qualificada, fazendo crescer, por decorrência, a demanda efetiva da força de trabalho (FIOCRUZ, 2012).

Ademais, a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, e a posterior implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), em 1994, inauguram a política de municipalização da saúde, com a transferência de responsabilidades sanitárias da esfera federal para a municipal, sobretudo no que se refere aos serviços básicos de saúde. Tal fenômeno trouxe, atreladas, modificações tecnológicas, organizacionais, políticas e institucionais que refletiram no aumento exponencial da demanda por serviços de saúde e, conseqüentemente, sobre o volume ocupacional do setor saúde, alterando seu peso em relação aos demais setores econômicos e à distribuição institucional da força de trabalho setorial (GIRARDI; CARVALHO, 2002).

Entretanto, o crescimento do número de postos de trabalho em saúde, no contexto da flexibilidade contratual do mercado de trabalho formal brasileiro, acarretou a contratação de pessoal via vínculos inseguros para o trabalhador, agravando, portanto, a precarização do trabalho em saúde, com conseqüências sociais importantes, como instabilidade no emprego e arrefecimento dos salários.

O trabalho precário é resultante do desenvolvimento da globalização e do neoliberalismo, que implicam, respectivamente, em: maior movimentação de capital, produção e trabalho; e desregulação, redução do poder do

Estado mediante privatizações e destituição de proteções sociais (KALLEBERG, 2009).

O trabalho precário, embora seja um fenômeno mundial, apresenta-se diversificado de acordo com o país, pois é dependente de suas características econômicas, culturais e sociais. No Brasil, observam-se, minimamente, três processos que expõem a precariedade, quais sejam: a ascensão de contratos trabalhistas legais, porém com baixa proteção social; a crescente flexibilização do trabalho exposta pela diversidade de vínculos empregatícios e pelas contratações via cooperativas de trabalho e Organizações Não Governamentais (ONGs); e a terceirização de mão de obra para atividades não centrais para a saúde, como é o caso dos profissionais de limpeza (DEDECCA, 2008; PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004).

Nessa conjuntura, observa-se a dificuldade de fixação de profissionais na saúde, especialmente de médicos, configurando-se como um dos maiores problemas enfrentados pelos gestores atualmente, inclusive em grandes metrópoles, que apresentam mercado de trabalho mais favorável (MAGNAGO; PIERANTONI, 2014). Esta situação decorre da insatisfação profissional com diversos fatores, que, por conseguinte, têm elevado o percentual de rotatividade na saúde.

A rotatividade ou *turnover* define a flutuação de profissionais, expressa pela relação entre as admissões e os desligamentos da mão de obra profissional contratada, ocorridos de forma voluntária ou não, em determinado período. Ela não é causa, mas efeito de fenômenos internos ou externos à organização que condicionam o comportamento do pessoal (CHIAVENATO, 2009).

De forma genérica, a rotatividade produz custos elevados de várias naturezas, tais como: de recrutamento e seleção para reposição de pessoal; de treinamento do recém-admitido; e de desligamento. Ademais, além dos custos diretos, a rotatividade gera impactos de tempo e de recursos que incluem perda de produtividade e de capital

intelectual, e desmotivação das pessoas (CHIAVENATO, 2009; CAMPOS; MALIK, 2008).

No setor saúde, a rotatividade pode comprometer o vínculo das equipes com a população, obstando o alcance dos resultados esperados para os serviços de saúde, especialmente na ESF, já que, no modelo dessa estratégia, o foco da atenção está na família e na comunidade, em que se valoriza um vínculo estreito entre elas e os profissionais de saúde (CAMPOS; MALIK, 2008; RODRIGUES; PEREIRA; SABINO, 2013; NUNES; SANTINI; CARVALHO, 2015).

Estudos apontam o médico como o profissional da ESF com maior grau de rotatividade em Brasília (DF), Goiânia (GO), Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ) (MAGNAGO; PIERANTONI, 2014; BRASIL, 2005). Nesse contexto, o *turnover* médico tem sido alvo de pesquisas nos últimos anos, pois se espera que o conhecimento dos índices de rotatividade e dos fatores que a ocasionam possa subsidiar a tomada de decisão gerencial.

Nesse sentido, este estudo objetivou calcular o índice de rotatividade dos médicos brasileiros.

## Método

Trata-se de estudo descritivo, exploratório, de abordagem quantitativa, realizado por meio de dados secundários.

O índice de rotatividade (*ir*) de pessoal foi calculado a partir dos dados referentes às admissões, às demissões e ao número de vínculos médicos dos anos de 2009, 2010 e 2011, de todos os municípios brasileiros existentes em 2012 ( $n=5.565$ ), os quais foram coletados no sistema da Relação Anual de Informações Sociais (Rais), do Ministério do Trabalho e Emprego, e cuja fórmula empregada foi:  $(n^\circ \text{ de admissões } (t) + n^\circ \text{ de saídas } (t/2)) / n^\circ \text{ de empregados } (t-1)$ .

Ressalta-se que a Rais trata apenas dos vínculos formais (celetistas e estatutários) de emprego da administração pública e privada. Não foi possível estimar a rotatividade

apenas dos médicos de Atenção Primária à Saúde (APS), pois a Rais agrupa os médicos em grandes áreas, não os distinguindo por nível de atuação.

Os dados foram processados e analisados por estatística descritiva, com auxílio de planilha eletrônica do *Microsoft Excel 2010*<sup>®</sup>, e os resultados apresentados por meio de medidas de tendência central e de dispersão, por agrupamentos de municípios estratificados segundo região geográfica e porte populacional, os quais foram caracterizados com uso de variáveis complementares: Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM), Produto Interno Bruto (PIB), PIB *per capita*, Taxa de Empregos Formais (TEF) e renda salarial média de médicos.

Os dados demográficos municipais (contagem da população) foram obtidos pelo Censo 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Por esta fonte coletaram-se, ainda, os dados referentes ao PIB, ao PIB *per capita* e à TEF. A renda salarial média de médicos no ano de 2010, por sua vez, foi obtida pela Rais.

O IFDM foi obtido por meio do estudo de periodicidade anual da Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (Firjan), que acompanha o desenvolvimento de todos os municípios brasileiros em três áreas: emprego e renda; educação; e saúde. Ele é realizado exclusivamente com base em estatísticas públicas oficiais, disponibilizadas pelos Ministérios do Trabalho, da Educação e da Saúde. O índice varia de 0 (mínimo) a 1 ponto (máximo) para classificar o nível de cada localidade, em quatro categorias de desenvolvimento: baixo (de 0 a 0,4), regular (0,4001 a 0,6), moderado (de 0,6001 a 0,8) e alto (0,8001 a 1). Neste estudo, utilizou-se o IFDM 2012, calculado com base nos dados de 2010.

## Resultados

Em 5.565 municípios brasileiros foram contabilizados 250.926 vínculos formais

de médicos, cuja maior proporção (59,7%) refere-se à região Sudeste. A estratificação por região e porte aponta para a maior concentração de médicos nesta mesma região, no agrupamento de municípios (n=5) com mais de um milhão de habitantes (27,2%). A menor

proporção de vínculos está relacionada à região Nordeste (4,2%). Tal comportamento é também observado nas relações de médico por três mil habitantes, parâmetro recomendado pelo Ministério da Saúde na ESF, e de médico por mil habitantes (*tabela 1*).

Tabela 1. Média de vínculos médicos, relação médico por três mil habitantes e por mil habitantes, segundo região, por porte populacional. Brasil, 2010

Região	Porte Populacional (nº hab.)	Nº de municípios	Vínculos Médicos		Méd./3.000 hab.	Méd./1.000 hab.
			Nº	%		
N	≤10 mil	167	142	0,10	0,46	0,15
	10.001-20 mil	108	296	0,10	0,59	0,2
	20.001-50 mil	111	530	0,20	0,48	0,16
	50.001-100 mil	43	889	0,40	0,85	0,28
	100.001-500 mil	18	3.840	1,50	2,6	0,87
	500.001-1 milhão	-	-	-	-	-
	>1 milhão	2	4.946	2,00	4,82	1,61
	Total	449	10.643	4,20	0,64	0,21
NE	≤10 mil	604	825	0,30	0,70	0,23
	10.001-20 mil	591	2.352	0,90	0,84	0,28
	20.001-50 mil	428	3.954	1,60	0,94	0,31
	50.001-100 mil	113	4.142	1,70	1,64	0,55
	100.001-500 mil	47	6.373	2,50	2,04	0,68
	500.001-1 milhão	7	9.151	3,60	2,49	1,83
	>1 milhão	4	18.865	7,50	7,51	2,5
	Total	1.794	45.662	18,20	0,93	0,31
SE	≤10 mil	789	3.850	1,50	2,99	1,00
	10.001-20 mil	356	5.068	2,00	3,08	1,03
	20.001-50 mil	285	8.842	3,50	3,03	1,01
	50.001-100 mil	99	7.770	3,10	3,30	1,10
	100.001-500 mil	122	41.039	16,40	4,56	1,52
	500.001-1 milhão	12	15.111	6,00	5,63	1,88
	>1 milhão	5	68.237	27,20	8,92	2,97
	Total	1.668	149.917	59,70	3,19	1,06
S	≤10 mil	706	1.970	0,80	1,91	0,64
	10.001-20 mil	234	1.773	0,70	1,62	0,54
	20.001-50 mil	147	2.848	1,10	1,89	0,63
	50.001-100 mil	53	2.640	1,10	2,15	0,72
	100.001-500 mil	44	10.547	4,20	3,26	1,09
	500.001-1 milhão	2	1.124	0,40	3,30	1,10
	>1 milhão	2	10.161	4,00	9,81	3,27
	Total	1.188	31.063	12,40	1,93	0,64
CO	≤10 mil	247	236	0,10	0,57	0,19
	10.001-20 mil	112	580	0,20	1,02	0,34
	20.001-50 mil	72	883	0,40	1,17	0,39
	50.001-100 mil	17	368	0,10	0,93	0,31
	100.001-500 mil	14	2.546	1,00	2,36	0,79
	500.001-1 milhão	2	1.565	0,60	3,23	1,08
	>1 milhão	2	7.463	3,00	5,34	1,78
	Total	466	13.641	5,40	0,87	0,29
Brasil		5.565	250.926	100	1,79	0,60

Notas: Elaboração própria

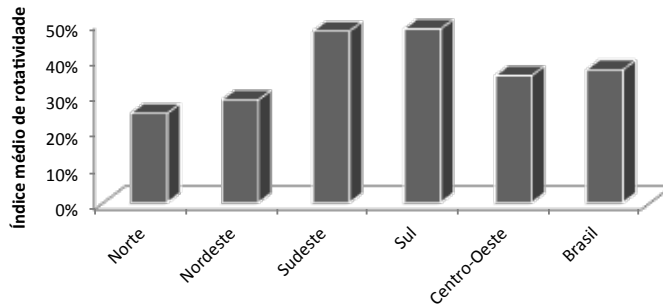
N: Norte; NE: Nordeste; SE: Sudeste; S: Sul; CO: Centro-Oeste

hab.: habitantes; méd.: médicos

No *gráfico 1* estão apresentados os índices médios de rotatividade por região geográfica. Constatam-se maiores valores para as

regiões Sudeste e Sul, com médias superiores à nacional (36,7%). A menor média foi evidenciada na região Norte (24,7%).

Gráfico 1. Índice médio de rotatividade por região. Brasil, 2010

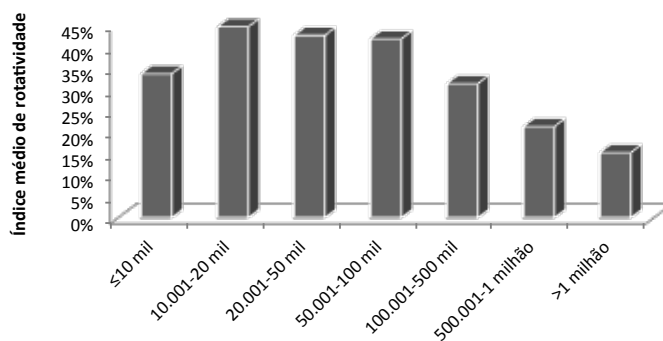


Nota: Elaboração própria

O *gráfico 2*, por sua vez, apresenta o índice médio de rotatividade por grupoamento de municípios, segundo porte populacional. Nele se visualizam maiores índices para os agrupamentos de municípios com

população entre dez mil e cem mil habitantes, com médias superiores à nacional. E os menores percentuais de *turnover* são identificados nos grupamentos de municípios de grande porte.

Gráfico 2. Índice médio de rotatividade por grupamentos de municípios segundo porte populacional. Brasil, 2010



Nota: Elaboração própria



A rotatividade apresentou maiores médias nas regiões Sudeste (62%) e Centro-Oeste (58,2%); entretanto, o maior índice de rotatividade nacional foi apresentado por um município de até 10 mil habitantes da

região Sul. O menor valor, à exceção daqueles que apresentaram rotatividade zero, foi observado em um município com população entre 100.001 e 500 mil habitantes, da região Sudeste (*tabela 2*).

Tabela 2. Média do índice de rotatividade de médicos, segundo região por porte populacional. Brasil, 2010

Região	Porte Populacional (nº hab.)	Rotatividade			
		Valor <sub>min</sub>	Valor <sub>máx</sub>	Média	dp
N	≤10 mil	-	337,50%	17,10%	48,30%
	10.001-20 mil	-	350,00%	26,40%	57,90%
	20.001-50 mil	-	400,00%	24,90%	64,50%
	50.001-100 mil	-	300,00%	37,10%	56,90%
	100.001-500 mil	-	136,20%	31,30%	34,20%
	500.001-1 milhão	-	-	-	-
	>1 milhão	6,10%	11,80%	8,90%	4,10%
NE	≤10 mil	-	500,00%	12,10%	43,50%
	10.001-20 mil	-	1.350,00%	27,80%	103,90%
	20.001-50 mil	-	966,70%	39,40%	108,80%
	50.001-100 mil	-	640,00%	52,30%	98,10%
	100.001-500 mil	-	125,30%	31,60%	31,30%
	500.001-1 milhão	5,10%	34,70%	14,10%	10,70%
	>1 milhão	6,20%	18,90%	11,70%	5,90%
SE	≤10 mil	-	1.000,00%	40,20%	88,60%
	10.001-20 mil	-	1.550,00%	62,00%	152,40%
	20.001-50 mil	-	1.925,00%	53,70%	153,60%
	50.001-100 mil	-	510,00%	36,10%	57,80%
	100.001-500 mil	3,20%	180,50%	29,80%	29,00%
	500.001-1 milhão	9,30%	58,40%	26,40%	13,00%
	>1 milhão	16,00%	25,10%	20,70%	4,10%
S	≤10 mil	-	2.725,00%	47,30%	131,10%
	10.001-20 mil	-	1.700,00%	51,50%	128,10%
	20.001-50 mil	-	316,70%	36,90%	41,10%
	50.001-100 mil	-	262,50%	33,50%	39,60%
	100.001-500 mil	2,90%	114,90%	32,00%	23,40%
	500.001-1 milhão	18,40%	22,80%	20,60%	3,10%
	>1 milhão	12,90%	19,70%	16,30%	4,80%
CO	≤10 mil	-	800,00%	16,50%	68,40%
	10.001-20 mil	-	870,00%	58,20%	131,50%
	20.001-50 mil	-	410,00%	46,20%	72,20%
	50.001-100 mil	-	386,40%	38,80%	91,70%
	100.001-500 mil	-	197,60%	45,50%	51,70%
	500.001-1 milhão	2,70%	33,40%	18,00%	21,70%
	>1 milhão	10,80%	18,20%	14,50%	5,20%

Notas: Elaboração própria

N: Norte; NE: Nordeste; SE: Sudeste; S: Sul; CO: Centro-Oeste

Valormín: menor índice de rotatividade encontrado entre os municípios do grupamento

Valormáx: maior índice de rotatividade encontrado entre os municípios do grupamento

dp: desvio padrão

Para todas as regiões, os agrupamentos de municípios com menor índice de rotatividade foram encontrados entre aqueles com maiores PIB e PIB *per capita*, TEF e IFDM (>0,7440). Por outro lado, os maiores índices variaram

entre os grupamentos de municípios com IFDM entre 0,5725 (Norte) e 0,7008 (Sudeste). Nas regiões Norte, Sul e Centro-Oeste, a maior rotatividade se deu no agrupamento de municípios com o menor PIB *per capita* (tabela 3).

Tabela 3. Média do índice de rotatividade de médicos, por variáveis socioeconômicas selecionadas, segundo região por porte populacional. Brasil, 2010

Região	Porte Populacional	IFDM	PIB (R\$)	PIB per capita (R\$)	TEF	Rotatividade	
N	≤10 mil	0,5624	56.625.967,64	11.599,76	10,73%	17,11%	
	10.001-20 mil	0,5381	121.787.284,31	8.674,37	8,20%	26,41%	
	20.001-50 mil	0,5281	202.458.471,68	6.724,69	8,03%	24,89%	
	50.001-100 mil	0,5725	621.503.316,12	8.364,48	11,50%	37,12%	
	100.001-500 mil	0,6788	2.796.846.199,16	12.119,80	18,34%	31,30%	
	500.001-1 milhão	-	-	-	-	-	-
	>1 milhão	0,7449	31.480.131.925,52	18.969,33	22,82%	8,93%	
NE	≤10 mil	0,5664	30.045.546,68	5.217,67	7,46%	12,08%	
	10.001-20 mil	0,5592	71.824.113,49	5.086,79	7,32%	27,80%	
	20.001-50 mil	0,5753	201.118.165,91	6.740,54	8,81%	39,40%	
	50.001-100 mil	0,6197	584.300.259,76	8.549,73	12,74%	52,34%	
	100.001-500 mil	0,6772	2.034.400.388,10	10.970,09	18,79%	31,55%	
	500.001-1 milhão	0,7749	9.423.456.928,19	13.098,08	24,87%	14,14%	
	>1 milhão	0,7917	29.562.058.128,02	15.944,91	25,89%	11,74%	
SE	≤10 mil	0,6733	67.484.324,27	13.125,08	19,95%	40,20%	
	10.001-20 mil	0,6889	193.724.482,66	13.530,77	21,35%	62,02%	
	20.001-50 mil	0,7266	519.768.653,05	16.532,17	24,76%	53,69%	
	50.001-100 mil	0,7820	1.413.258.930,90	19.827,18	28,44%	36,15%	
	100.001-500 mil	0,8277	4.861.624.117,63	22.532,56	30,34%	29,82%	
	500.001-1 milhão	0,8415	19.254.472.631,66	28.322,98	31,16%	26,4%	
	>1 milhão	0,8841	147.512.249.267,52	30.162,13	32,43%	20,73%	
S	≤10 mil	0,6941	73.130.508,66	16.158,04	19,3%	47,35%	
	10.001-20 mil	0,7008	214.657.698,33	15.238,85	24,05%	51,49%	
	20.001-50 mil	0,7330	566.574.863,38	18.823,91	28,12%	36,88%	
	50.001-100 mil	0,7694	1.227.398.977,45	17.778,43	30,90%	33,46%	
	100.001-500 mil	0,8111	4.954.395.285,89	25.157,02	33,39%	31,99%	
	500.001-1 milhão	0,8778	12.151.645.958,64	23.739,42	36,02%	20,56%	
	>1 milhão	0,8677	45.546.050.386,47	28.832,31	34,60%	16,30%	
CO	≤10 mil	0,6548	87.808.118,52	17.494,52	17,67%	16,52%	
	10.001-20 mil	0,6580	249.083.066,23	17.284,51	19,37%	58,21%	
	20.001-50 mil	0,6989	518.970.976,67	16.878,48	22,62%	46,22%	
	50.001-100 mil	0,7196	1.497.697.053,56	20.177,30	26,29%	38,79%	
	100.001-500 mil	0,7336	3.295.716.107,56	17.415,42	27,48%	45,48%	
	500.001-1 milhão	0,8435	12.026.364.090,27	18.265,25	30,59%	18,04%	
	>1 milhão	0,8517	88.548.083.281,56	39.086,85	32,22%	14,46%	

Notas: Elaboração própria

N: Norte; NE: Nordeste; SE: Sudeste; S: Sul; CO: Centro-Oeste

IFDM: Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal; PIB: Produto Interno Bruto; TEF: Taxa de Emprego Formal

Em relação aos níveis de rotatividade considerados adequados a uma organização, Campos e Malik (2008) apontam para a produção de alto impacto financeiro quando eles se encontram acima de 26%. E acima de 50%, há o risco de comprometimento da produtividade e da qualidade. Tendo este parâmetro como base, em todas as regiões, nos agrupamentos municipais de porte acima de um milhão de habitantes os índices são inferiores a 26%; e, na região Norte, todos os agrupamentos apresentam rotatividade inferior a 50%. E, ainda, em todas as regiões, os municípios com índices superiores a 50% são os de pequeno porte, isto é, com até cem mil habitantes.

## Discussão

No Brasil, a rotatividade da população economicamente ativa se apresenta demasiadamente elevada, muito acima da verificada em países como os Estados Unidos, o Japão e os que compõem a União Europeia, chegando a ser de duas a cinco vezes superior à observada em outras economias (POCHMANN, 2009).

Em se tratando do setor saúde, estudo realizado em dois grandes municípios do Rio de Janeiro aponta o médico como sendo aquele com maior grau de rotatividade, quando comparado aos outros profissionais que compõem a equipe da ESF (MAGNAGO; PIERANTONI, 2014). Nessa linha, pesquisa realizada pela Fundação Getúlio Vargas (NERI, 2008) aponta que os médicos são os profissionais mais raros no mercado de trabalho brasileiro.

Ao analisar os resultados dessa pesquisa, observa-se uma maior rotatividade de médicos em municípios cujos indicadores econômicos, como TEF e PIB, se mostram inferiores. Esses dados podem ser explicados, em parte, pelo pedido de dispensa do próprio trabalhador em busca de um posto de trabalho que ofereça melhores rendimentos, tendo em vista o crescimento de postos de trabalho no setor saúde percebido nos últimos anos (FIOCRUZ, 2012).

A maior rotatividade de médicos nas regiões Sudeste e Sul, por sua vez, pode decorrer da existência de um mercado de trabalho mais concorrido, especialmente no que tange à Atenção Básica, que passou a ser gerida, em grande medida, nos grandes municípios dessas regiões, por Organizações Sociais (OS), que oferecem maiores salários e diferentes estímulos para a atração desses profissionais (MAGNAGO; PIERANTONI, 2013; CARNEIRO JUNIOR, 2011).

No que tange aos fatores que desencadeiam a rotatividade, ela varia significativamente entre municípios com diferentes portes, de uma mesma região, assim como entre municípios de mesmo porte, de diferentes regiões. Mesmo em municípios próximos, ela pode variar segundo diferentes fatores, dentre os quais se podem citar: demografia; epidemiologia; localização das unidades de saúde; estruturação da rede de saúde; modalidades de contratação e remuneração praticadas; infraestrutura do município; e proximidade de centros urbanos.

Diversos fatores tentam explicar os motivos pelos quais os profissionais deixam uma organização ou nela permanecem, mas a satisfação no trabalho – e sua correlação com a rotatividade – conforma-se como o fator mais pesquisado. A literatura científica considera que o principal fator que leva um funcionário a deixar uma organização é seu nível de insatisfação com a função que exerce. Esta pode ser causada por qualquer um dos muitos aspectos que compõem o trabalho (CAMPOS; MALIK, 2008).

Tais aspectos podem estar relacionados com as condições de trabalho, em que podem ser considerados os fatores concernentes ao ambiente físico, ao posto de trabalho, e aos equipamentos e materiais disponíveis para a execução do trabalho; à organização do trabalho, que inclui as motivações relativas à divisão de tarefas, normas, controles e ritmos de trabalho; à localização, que agrega motivos referentes à localidade ou região em que se encontra a unidade de saúde ou

o município; à carreira, que pode sintetizar os aspectos ligados à remuneração, aos benefícios e à carreira profissional; ou, ainda, ao suporte externo, em que se podem considerar fatores atrelados ao apoio dos outros níveis de complexidade da rede de saúde, que concretizam o sistema de referência e contrarreferência.

Dessa forma, as motivações que desencadeiam a saída do profissional médico de uma unidade ou equipe de saúde estão intimamente vinculadas às condições gerais existentes para a realização de seu trabalho, que podem diferir entre municípios de uma mesma região.

Pesquisa realizada no município de São Paulo (SP), por exemplo, apontou que a alta rotatividade médica está diretamente relacionada ao ambiente físico, à localização das unidades de saúde e à disponibilidade de insumos materiais (CAMPOS; MALIK, 2008). Já em pesquisa realizada no Vale do Taquari (RS) (MEDEIROS; JUNQUEIRA; SCHWINGEL, 2010), ficou evidenciado que o regime de trabalho figura entre os principais fatores da rotatividade de médicos, de modo que, quando empregados por meio de modalidades de contratação precária, migram de um município a outro conforme a proposta financeira que recebem.

Em Duque de Caxias (RJ), os principais fatores de rotatividade médica observados em duas pesquisas (MAGNAGO; PIERANTONI, 2014; NEY; RODRIGUES, 2012) foram: a carga horária elevada, a remuneração praticada, a sobrecarga de trabalho gerada pelo excesso de usuários vinculados a uma equipe de saúde da família e as condições de trabalho.

Em Santo Amaro da Imperatriz (SC), os médicos referiram, entre as principais causas de insatisfação com o trabalho na ESF, a baixa remuneração, a falta de capacitação profissional e o alto nível de estresse a que estão submetidos cotidianamente. Dos que participaram da pesquisa, mais de 14% pretendem pedir demissão nos próximos meses (RODRIGUES; PEREIRA; SABINO, 2013).

No município de Cachoeirinha (RS), se evidenciou que, para os médicos, sua decisão de permanência na ESF está sobremaneira relacionada à infraestrutura das unidades, o suporte das redes secundária e terciária, especialmente no que tange ao acesso a recursos diagnósticos, e salários (PANNI, 2012).

Em suma, os fatores desmotivantes para o trabalho podem indicar possíveis causas da rotatividade, como apontado por estudo realizado no município de São Paulo (SP) (CAMPOS; MALIK, 2008), que constatou uma correlação negativa (-0,46) entre o grau de satisfação geral no trabalho dos médicos paulistas com a rotatividade. Isto é, quanto menor a satisfação, maior a rotatividade.

Nesse sentido, uma avaliação mais criteriosa da satisfação do médico com seu trabalho, em âmbito local, pode indicar os fatores de maior gravidade e que demandam, portanto, maior atenção e maiores estratégias de reversão e de fixação de médicos, este que é, hoje, um dos maiores desafios para a consolidação do SUS.

## Conclusão

A relação entre a satisfação do médico com o trabalho e a rotatividade não pode ser inteiramente compreendida sem que se analise o contexto no qual estão inseridos os profissionais. Devem-se considerar aspectos como a cooperação e o trabalho em equipe, os modelos de gestão empregados e a infraestrutura municipal.

Assim, verifica-se que a rotatividade varia de acordo com as características municipais e, portanto, torna-se complicado analisá-la sem considerar os indicadores locais. Neste sentido, o desenvolvimento de pesquisas localizadas que analisem os fatores geradores de rotatividade se faz necessário para o melhor planejamento de recursos humanos e a adoção de estratégias de superação do *turnover*. ■

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
- \_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. *Rotatividade e flexibilidade no mercado de trabalho*. São Paulo: DIEESE, 2011.
- CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, mar./abr. 2008.
- CARNEIRO JUNIOR, N.; NASCIMENTO, V. B.; COSTA, I. M. C. Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 971-979, 2011.
- CHIAVENATO, I. *Recursos Humanos: o capital humano das organizações*. Rio de Janeiro: Campus: Elsevier, 2009.
- DEDECCA, C. S. O trabalho no setor saúde. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 87-103, jul./dez. 2008.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Org.). *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ: IPEA: Ministério da Saúde: Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.
- GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. (Coord.). *Agentes institucionais e modalidades de contratação de pessoal no Programa de Saúde da Família no Brasil*. Relatório de Pesquisa. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, 2002.
- KALLEBERG, A. L. O crescimento do trabalho precário: um desafio global. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 24, n. 69, p. 21-30, fev. 2009.
- MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. A percepção de gestores dos municípios de Duque de Caxias e Rio de Janeiro quanto à rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. *Revista Cereus*, Gurupi, v. 6, n. 1, p. 3-18, jan./abr. 2014.
- MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. Cenário de contratações para a Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro: análise dos anos 2000. *Journal of Management and Primary Health Care*, Recife, v. 4, n. 2, p. 116-125, 2013.
- MEDEIROS, C. R. G.; JUNQUEIRA, A. G. W.; SCHWINGEL, G. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1521-1531, jun. 2010.
- NERI, M. C. Escassez de médicos. Brasília, DF: Instituto Brasileiro de Economia, Fundação Getúlio Vargas, 2008.
- NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012.
- NUNES, E. F. P. A.; SANTINI, S. M. L.; CARVALHO, B. G. Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 29-41, jan./mar. 2015.
- PANNI, P. G. *Motivos para a rotatividade dos médicos na Estratégia Saúde da Família no município de Cachoeirinha/RS*. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão em Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
- PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília: Ministério da Saúde, p. 52-70, 2004.
- POCHMANN, M. O trabalho na crise econômica no Brasil: primeiros sinais. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 23, n. 66, p. 41-52, 2009.
- RODRIGUES, J. A. C.; PEREIRA, M. F.; SABINO, M. M. F. L. Proposta para adoção de estratégias para diminuir a rotatividade de profissionais da Estratégia de

Saúde da Família de Santo Amaro da Imperatriz. In:  
PEREIRA, M. F.; COSTA, A. M.; MORITZ, G. O. (Org.).  
*Contribuições para a gestão do SUS*. v. 2, p. 65-81, 2013.  
(Coleção Gestão da Saúde Pública).

---

Recebido para publicação em abril de 2015  
Versão final em junho de 2015  
Conflito de interesse: inexistente  
Suporte financeiro: Centro Colaborador da Opas/OMS para  
Fortalecimento da Capacidade de Planejamento e Informação  
da Força de Trabalho em Saúde, e financiado pelo Ministério da  
Saúde/Opas, por meio de Carta Acordo nº BRLOA1000077.001

# A realidade objetiva das Doenças e Agravos Não Transmissíveis na enfermagem

*The objective reality of Non-communicable Diseases and Injuries in nursing*

Silvia Jaqueline Pereira de Souza<sup>1</sup>, Liliana Müller Larocca<sup>2</sup>, Maria Marta Nolasco Chaves<sup>3</sup>, Sandra Mara Alessi<sup>4</sup>

---

**RESUMO** Pesquisa qualitativa, tipo estudo de caso, fundamentada na Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva, com objetivo de conhecer a realidade objetiva das Doenças e Agravos Não Transmissíveis que acometem trabalhadores de enfermagem. Foram identificados nos discursos dos sujeitos dois gatilhos para o aparecimento de desgastes: a sobrecarga do trabalho e a deficiência de recursos humanos. O estudo forneceu subsídios à instituição para a elaboração de intervenções que melhorem as condições de saúde de seus trabalhadores por meio da reflexão da prática profissional em enfermagem.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde do trabalhador; Enfermagem; Saúde pública.

**ABSTRACT** Qualitative research, sort of case study, founded on the Theory of Praxis Intervention in Collective Health Nursing, with the aim of knowing the objective reality of non-communicable diseases that affect nursing workers. Two triggers for the emergence of distress were identified in the participants' speeches: workload and staff shortage. The study provided subsidies for the institution to elaborate interventions which improve workers' health conditions by means of reflection of the nursing professional practice.

**KEYWORDS** Occupational health; Nursing; Public health.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Curitiba (PR), Brasil.  
silviajaquel@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Curitiba (PR), Brasil.  
larocca\_m@terra.com.br

<sup>3</sup>Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Curitiba (PR), Brasil.  
mnolasco@terra.com.br

<sup>4</sup>Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Curitiba (PR), Brasil.  
sandramalessi@gmail.com

## Introdução

A saúde do trabalhador, no Brasil, vem aumentando sua visibilidade no contexto social desde o Movimento de Reforma Sanitária, em 1980. A partir de então, inúmeras discussões e conferências foram realizadas visando à sua consolidação. Em 1988, com a Constituição e, logo após, a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), iniciou-se um amplo processo que se solidificou em 2012, quando o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 1.823, estabeleceu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2012).

Outro tema que ganhou espaço nas discussões e na promulgação de políticas públicas está relacionado às Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Dant), as quais, devido às intensas modificações ocorridas nos perfis demográfico e epidemiológico da população brasileira em geral, são responsáveis, segundo dados do Ministério da Saúde, por 72% das taxas de mortalidade registradas no País (BRASIL, 2011).

Trazendo o tema à realidade da presente pesquisa, tese desenvolvida no ano de 2012, apontou para as Dant ‘câncer/suicídio’ como dois grandes problemas de mortalidade entre enfermeiros. Em outro estudo, os resultados apontam para a enfermagem como sendo a quarta profissão mais estressante do setor público, tendo como fatores de risco as doenças cardiovasculares, o estresse, a hipertensão arterial e a obesidade. A enfermagem cumpre um dos mais importantes papéis na sociedade, posto que administra, diariamente, a tensão emocional do cuidado direto às pessoas doentes, convivendo com duplas jornadas de trabalho, salários irrisórios e atividades insalubres (KARINO, 2012; TEIXEIRA; MANTOVANI, 2009).

O contato com trabalhadores de enfermagem gerou o seguinte questionamento: seria a realidade objetiva do trabalho um determinante para o desenvolvimento de Dant entre

os profissionais de enfermagem de um hospital de ensino de Curitiba?

Entendemos que o processo saúde-doença é histórico e socialmente determinado, pois as diferentes mudanças que ocorrem em uma determinada sociedade, em um certo momento histórico, são capazes de promover transformações na forma de adoecer e morrer dos indivíduos e grupos populacionais, assim como interferem diretamente na composição e organização/estruturação do sistema de saúde.

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo conhecer a realidade objetiva das Dant que acometem trabalhadores de enfermagem atuantes na Unidade Gerencial de um hospital de ensino do estado do Paraná. Acredita-se ser imprescindível conhecer o processo de trabalho da enfermagem no cenário proposto, identificando e intervindo nas contradições que levam os profissionais de enfermagem ao adoecimento.

## Método

Pesquisa de natureza qualitativa, que, de acordo com os fins, é descritiva e, quanto aos meios, um estudo de caso (TOBAR; VALOUR, 2001). Como referencial metodológico, foi utilizada a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (Tipesc) (EGRY, 1996). A Tipesc propõe cinco etapas: conhecimento da realidade objetiva; interpretação da realidade objetiva; construção de projeto de intervenção na realidade objetiva; intervenção na realidade objetiva; reinterpretacão da realidade objetiva. Dessas, foram realizadas as duas primeiras, respectivamente: o conhecimento e a interpretação da realidade objetiva.

O referencial metodológico adotado permitiu reconhecer a realidade por meio das dimensões estrutural, particular e singular (reconhecidas como categorias analíticas). A ‘dimensão estrutural’ abrange os processos de crescimento da capacidade produtiva e



das relações de produção, concepções econômicas e político-ideológicas, em certo contexto. A ‘dimensão particular’ compreende demandas de reprodução social (no processo de trabalho, a produção e a reprodução não podem ser adotadas separadamente, pois, olhando de modo interligado, todo processo de produção social é, concomitantemente, um processo de reprodução), conforme a classe social na qual o trabalhador se insere, e ocasiona os processos de saúde-doença, devido ao período produtivo/reprodutivo que origina padrões de proteção e desgaste. E, por último, a ‘dimensão singular’, formada pelos processos que diretamente levam o indivíduo a adoecer e morrer, ou que podem consolidar o aprimoramento da sua saúde, considerando-se que esses ocorrem de acordo com a participação do indivíduo na organização social (EGRY, 1996).

Como campo de pesquisa, optamos pela Unidade Gerencial Cardiovascular e de Pneumologia integrante de um hospital público de ensino do Paraná. Essa Unidade Gerencial é uma das 23 unidades implantadas. Entre elas, 6 são unidades administrativas e 14 assistenciais, sendo estas últimas subordinadas à Direção de Assistência. No organograma do hospital ainda existem 6 Direções além da Direção de Assistência. São elas: Direção Geral, Direção Administrativa, Direção de Corpo Clínico, Direção de Ensino e Pesquisa, Direção Financeira e Direção de Enfermagem. Esta última foi reativada após a implantação das Unidades Gerenciais e, hoje, é responsável por toda a equipe e assistência de enfermagem do hospital. As Unidades Gerenciais têm como finalidade operacionalizar e integrar as ações de assistência, ensino, pesquisa e extensão desenvolvidas no hospital, independentemente de serem administrativas e/ou assistenciais (UFPR, 2012).

Participaram do estudo 10 informantes-chave. Utilizamos uma amostra intencional, incluindo: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e profissionais

administrativos, selecionados pelo conhecimento que possuíam sobre o cenário investigado, o qual é responsável por prestar assistência específica a usuários do SUS nas áreas de cardiologia clínica, pneumologia, cirurgia cardiovascular, torácica e vascular periférica, ambulatórios e unidades de internação (UFPR, 2012).

Atualmente, na Unidade Gerencial Cardiovascular e de Pneumologia (UCP), trabalham 52 auxiliares de enfermagem, 23 técnicos em enfermagem, 13 enfermeiros, 46 médicos e 12 profissionais administrativos. A UCP tem três características: internação, ambulatórios e exames, que são serviços distintos dentro de uma mesma unidade. A unidade Gerencial é composta por 7 setores: métodos cardiológicos, laboratório de função pulmonar, laboratório de hemodinâmica, unidade de internação de cardiologia, unidade de internação de pneumologia, unidade de internação vascular, centro de terapia intensiva cardiológico (UFPR, 2012).

A disponibilidade e a aquiescência foram condições para que os trabalhadores de saúde do cenário estudado participassem do estudo, além dos demais critérios para inclusão, que foram: serem maiores de idade, independentemente de sexo, formação, etnia, procedência ou grupo social. Os critérios de exclusão foram: não fazer parte do quadro funcional da Unidade Gerencial Cardiovascular e de Pneumologia ou se recusar a participar do estudo.

O recrutamento dos informantes-chave ocorreu por contato pessoal, conforme condições constantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta deu-se por meio de entrevista aberta, individual, no período de janeiro a fevereiro de 2013, em horários e locais previamente determinados pelos participantes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob o número CAAE 02193112.2.0000.0096.

As falas foram classificadas e agrupadas de acordo com as categorias dimensionais e

analíticas, e, posteriormente, a organização deu lugar ao agrupamento de fragmentos de discursos por categorias e subcategorias. Os sujeitos foram codificados como Informante-Chave (IC) e seguidos por número ordinal, de 01 a 10, de modo que as codificações se dispuseram entre IC01 e IC10. O objetivo de utilizar uma codificação foi a não identificação dos participantes, sem prejuízos à identificação dos emissores das falas.

## Resultados e discussão

Para conhecer a realidade objetiva, foram descritas as dimensões, sendo a estrutural considerada por meio dos amparos jurídico e político ao trabalhador em caso de adoecimento e acidentes, assim como a política de contratação de pessoal para desenvolver prevenção de agravos e a integralidade na atenção à saúde do trabalhador. A dimensão particular foi compreendida como o trabalho da equipe de enfermagem no hospital. Para compreendê-la, subdividiu-se essa dimensão da realidade nos seguintes aspectos: mês típico de trabalho; conflito no trabalho; organização do trabalho da enfermagem; sobrecarga de trabalho; recursos humanos para o trabalho; faltas no trabalho, licenças para tratamento de saúde e atestados médicos; absenteísmo no trabalho; qualidade da assistência de enfermagem. Na dimensão singular, foram reconhecidas as referências às Dant nos trabalhadores estudados. No inter-relacionamento das categorias dimensionais, reconheceram-se as diferentes partes do fenômeno estudado, o que possibilitou a reflexão sobre a relação dialética entre as mesmas e o todo (GARCIA; EGRY, 2010).

### Dimensão estrutural

Conforme apontado anteriormente, a dimensão estrutural, neste estudo, compreende os processos jurídico-legais relativos à

saúde do trabalhador no Brasil, assim como as políticas e leis afetas à promoção da saúde, prevenção de agravos e a integralidade na atenção à saúde do trabalhador.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, a conformação da saúde do trabalhador é colocada como competência do SUS, que assegura, em seu artigo 198, que “[...] as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada [...]” (BRASIL, 1986).

Analisando a fala dos informantes, observaram-se condições do processo de trabalho que reforçam as suas condições precárias, como, por exemplo, a sobrecarga de trabalho que incide sobre o trabalhador:

*[...] na nossa unidade, por falta do funcionário, existe muito APH [Adicional de Plantão Hospitalar] [...] as pessoas se desgastam muito pelo valor econômico que isso gera [...] dobram demais, fazem 48 horas na semana, doze horas todo dia [...] ficam muito cansadas [...]. (IC01).*

Em fevereiro de 2009, foi promulgada a Lei nº 11.907, a qual, entre outros assuntos relacionados aos salários de servidores federais, instituiu o Adicional por Plantão Hospitalar (APH): um valor suplementar pago aos servidores que desempenham regime de plantões em áreas que necessitam funcionar ininterruptamente. Ele só pode ser realizado além da carga horária semanal e no limite de 24 horas por semana (BRASIL, 2010).

Nesta questão ressaltamos o dimensionamento de pessoal. O adicional de plantão hospitalar surgiu como solução para a discrepância na força de trabalho, e a princípio funcionou desta forma, porém as situações relatadas permitem afirmar que a proposta do APH veio para explorar a força de trabalho empregada. Ela não permite uma discussão sobre o porquê de o trabalhador estar sobrecarregado e submetido às condições estruturais vigentes, o que o leva a um desgaste físico e, consequentemente, emocional.

## Dimensão particular

Uma vez que a dimensão particular abrange os processos de reprodução social, com ênfase no processo de trabalho, destacam-se: a jornada, a intensificação e a organização do trabalho, bem como pontos referentes a faltas, licenças para tratamento de saúde e atestados médicos, recursos humanos e conflitos.

Quando solicitado aos informantes-chave que descrevessem um mês típico do seu trabalho, entre os enfermeiros, houve destaque para as atividades administrativas: “[...] muitas vezes, tenho reuniões [...] cuidar de ficha funcional [...] organizar pastas de Planos Operacionais Padrão [...]” (IC06); “[...] diariamente, eu tenho a função de ver o quadro de funcionários [...] estamos incluídos em comissões de estruturação [...]” (IC08).

Estudos apontam para um predomínio das atividades administrativas e gerenciais sobre as assistenciais na prática do enfermeiro, pois este tem seu tempo tomado, em grande parte ou na totalidade, pelo serviço administrativo, delegando a assistência direta ao usuário aos profissionais de nível médio, os quais estão sob sua supervisão (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009). A realidade explicitada vem corroborar o apontado pela literatura, pois constata-se tal ocorrência devido ao grande volume de registros e relatórios institucionais, bem como ao menor número de enfermeiros na composição das equipes.

No Brasil, a Lei do exercício profissional traz, em seu Art. 11, uma descrição do que é privativo ao enfermeiro: a organização e a coordenação dos serviços de assistência e das atividades técnicas e auxiliares prestadas nesses serviços (BRASIL, 1986). Apesar do respaldo legal, observam-se conflitos com relação à práxis do trabalho em enfermagem.

O conceito ‘conflito’ esteve presente na fala dos informantes: “[...] conflito [riso] é todo dia, quase! [...] As pessoas têm suas

*exigências... não entendem a questão do local de trabalho, muito pouco veem a realidade de trabalho” (IC02). “[...] o espaço hospitalar é um espaço de conflito, é um espaço de busca de poder [...]. Nós fazemos parte de uma equipe multiprofissional [...]” (IC08).*

Conflitos são discordâncias internas, resultantes da diferença de pensamento e de ideias de profissionais que trabalham no mesmo ambiente, em que, muitas vezes, estão envolvidas, diretamente, questões de poder. Faz-se necessário interpretar o conflito pela ótica de todos os agentes envolvidos, para decodificá-lo e buscar resolvê-lo, também em sua perspectiva dialética (KURCGANT, 2010).

Para Foucault (2001), o poder atua como ferramenta de diálogo entre sujeitos de uma coletividade. É por meio dele que as pessoas são impulsionadas a conduzir suas ações, com o intuito não apenas de admoestar, mas, também, de regularizar. Enquanto elemento, o poder tem a capacidade de explicar como se produz o conhecimento e como se articula. O autor ressalta, ainda, que não existe sociedade livre do poder, e que os indivíduos são resultados dessas relações.

Espera-se que o enfermeiro seja agente mediador das situações de conflito dentro da equipe. Obviamente, isso ocorrerá perante a postura adotada ante a situação, bem como a estratégia que utilizará para gerenciar o fato e buscar a melhor solução para o mesmo.

Com relação à organização do trabalho da enfermagem, embora todos façam parte da mesma unidade gerencial, não existe um padrão a ser seguido. Cada serviço se organiza de forma diferenciada e pela conveniência, como se evidencia nas falas a seguir: “[...] Os métodos cardiológicos são divididos em quatro setores [...]. Cada setor funciona de uma forma independente, cada um tem sua peculiaridade e a sua equipe, tanto médica como de enfermagem” (IC02). “[...] nós temos uma enfermeira de manhã e uma à tarde. Percebemos bem a diferença do processo de trabalho de cada uma delas” (IC07).

Na assistência de enfermagem, o processo de trabalho é muito complexo, corroborando a literatura, que afirma que planejamento e organização possibilitam ao enfermeiro exercer suas atividades de forma coerente e responsável (KURCGANT, 2010).

Em contraposição, Almeida e Rocha (1997) destacam que organizar o trabalho de enfermagem em tarefas, direcionando a execução de uma escala de trabalho, causa um adestramento, o que possibilita o controle social desse trabalhador por meio de uma divisão técnica de trabalho.

Ressalta-se, ainda hoje, a existência de grande resistência por parte de auxiliares e técnicos em aceitar o comando do enfermeiro. Em muitas situações, ocorre uma distorção do cargo exercido por esse profissional: ou ele é visto como intransigente, e colocado à margem dos demais membros da equipe de enfermagem, ou, quando busca se aproximar da equipe, com frequência, é acolhido como ‘amigo’, o que pode ocasionar algumas dificuldades nas tomadas de decisão inerentes ao cargo de chefia e supervisão, indo contra o interesse do grupo sob o seu comando.

A sobrecarga de trabalho também teve destaque: “[...] temos uma demanda grande de trabalho [...] temos poucos funcionários [...] achamos que não iremos dar conta do serviço [...] é muito estressante [...]” (IC04). “O hospital tenta jogar o máximo de atribuições [...], cada vez mais eles estão descentralizando e jogando para a gente, é muita coisa, é muito serviço [...]” (IC10).

A literatura ressalta que ter uma equipe de enfermagem presente 24 horas por dia nas instituições hospitalares já caracteriza intensificação do trabalho. Somada a essa situação (e a agravando), há a escassez de profissionais, o que torna o trabalho acelerado, intenso e desgastante. Trabalhar com um número de profissionais reduzido influencia a desqualificação da assistência prestada por eles. A realidade apontada demonstra que os trabalhadores de enfermagem acabam trabalhando mais de 44 horas semanais para

cobrir ausências, férias, faltas, licenças para tratamento de saúde e atestados médicos, como também em decorrência da má remuneração que recebem. Em muitas instituições, essas horas trabalhadas compõem bancos de horas que são gozadas de acordo com a conveniência das instituições, e, por diversas vezes, devido à escassez de profissionais, nem são desfrutadas (FELLI, 2012).

Juntamente com o tema da sobrecarga referida dos informantes-chave, evidenciou-se a deficiência qualitativa e quantitativa dos recursos humanos. “[...] todos os dias eu trabalho com, no mínimo, duas pessoas fazendo horas extras, se não houver falta, atestado ou férias [...]” (IC01). “[...] me sinto sobrecarregado [...] faço quase outra escala no período contrário ao meu horário [...]” (IC04). “Foi feito um redimensionamento ano passado [...] não é o ideal. Se tivéssemos tudo conforme manda o Coren, seria um problema a menos para resolver” (IC06).

O dimensionamento de pessoal em enfermagem tem recebido bastante atenção, principalmente das instituições de saúde, uma vez que, nos dias de hoje, a saúde cada vez mais é vista como mercadoria. O capitalismo gira em torno da lei de oferta e procura. Se, por um lado, tem-se a necessidade de ampliar a oferta dos serviços de saúde, por outro, existe a contenção de custos, o que acarreta a cobrança de melhor qualidade e eficácia dos serviços prestados pelos profissionais do setor.

O Conselho Federal de Enfermagem, no ano de 2004, estabeleceu parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem, com base no perfil de dependência dos pacientes atendidos nas unidades hospitalares, bem como a quantidade de horas que o profissional necessita desenvolver para atendê-los (COFEN, 2004).

Essa proporção constitui o recurso mais desafiante para as instituições de saúde, pois todo o processo de trabalho em saúde é diretamente dependente das pessoas que o desenvolvem. Em economia de Estado

mínimo, é provável que o setor administrativo dessas instituições seja constantemente pressionado à redução dos recursos humanos, mais uma vez, pensando na questão do lucro, como mencionado anteriormente (KURCGANT, 2010). No entanto, essa conjuntura deficitária de gestão de pessoas vem gerando múltiplos problemas para a saúde dos trabalhadores, como: sobrecarga de trabalho, estresse, fadiga, desmotivação e, com isso, o aumento das taxas de absenteísmo, faltas e atestados médicos.

Emergiu nas falas dos informantes-chave a temática sobre o que mais os incomodava no seu ambiente de trabalho, e o problema com os recursos humanos voltou a aparecer:

*[...] às vezes, você quer ficar um final de semana em casa [...], faz algum tempo que eu não tenho um sábado e um domingo em casa. Ou eu estou de plantão no sábado ou no domingo, desde a metade do ano passado que eu não consigo [...] a minha escala é quase dobrada. Geralmente, meus plantões são de 24 horas [...]. (IC03).*

O absenteísmo, as faltas, as licenças para tratamento de saúde e os atestados médicos foram recorrentes nas falas dos informantes-chave, associados às questões de recursos humanos deficitários e da sobrecarga de trabalho.

*Os funcionários estão envelhecendo, são cansados por causa da sobrecarga, porque não tem como suprir essa falta de funcionário, daí, tem o APH, todo mundo faz [...] é difícil, eu tenho certeza que ausência, atestado, falta é tudo cansaço e idade [...] não tem jovem trabalhando aqui [...] acho que esse é o maior problema do hospital. (IC10).*

A sobrecarga de trabalho leva o trabalhador ao adoecimento. A fala do IC10 vem ao encontro do que aponta Felli (2012). A autora afirma que o adoecimento, como consequência de uma jornada de trabalho exaustiva e intensa, é frequente na enfermagem. No seu estudo, a autora aponta que

trabalhadores de enfermagem, com idade média de 40 anos, já trabalham com algum tipo de dor, fadiga e desgaste, destacando que, frequentemente, um profissional só busca o afastamento de suas funções quando não possui alternativa.

Em virtude das condições de trabalho adversas, os trabalhadores podem recorrer a meios para compensar o sofrimento, adotando posturas defensivas. Por outro lado, a enfermagem é a maior força de trabalho das instituições hospitalares e, devido a isso, acaba integrando a categoria de profissionais que mais sofre com condições insalubres de trabalho. Nota-se que, rotineiramente, os hospitais não preveem cobertura para atestados médicos e absenteísmos, o que gera desgaste e sofrimento a todos os envolvidos no processo (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009).

A qualidade da assistência de enfermagem prestada é prejudicada com o processo de trabalho aqui exposto. Alguns dos informantes mencionaram no seu discurso uma preocupação com o tipo de assistência que estão prestando aos seus pacientes.

*[...] tenho uma equipe bastante cansada, fazendo um ritmo bastante forte [...]. Já não tem mais tanta intimidade com o que faz [...], já não consegue interagir muito com o cliente [...]. A qualidade da assistência na minha unidade não é um ponto que possa se destacar, embora os funcionários [...] tenham um conhecimento técnico muito grande [...] na tomada de decisão, são muito efetivos, mas deixaram para trás o que é da enfermagem: cuidado direto com o paciente. (IC01).*

No mundo do trabalho, cada vez mais, procura-se e cobra-se qualidade nos serviços. Na saúde, esse panorama não é diferente. O mercado favorece empresas que ofertam melhores serviços a menores custos e condena as que não alcançam esse patamar. Os usuários estão mais conscientes dos seus direitos, exigindo atendimento

com dignidade e ética por parte dos profissionais de saúde. Acredita-se que a enfermagem tem o compromisso de prestar o cuidado com qualidade, mas, para isso, fazem-se necessárias condições dignas para o desenvolvimento do trabalho. A assistência de enfermagem adequada depende de inúmeros processos que se inter-relacionam, entre eles: número de profissionais adequado, estrutura e organização das instituições de saúde para proporcionar condições qualificadas à assistência. Não se pode deixar de lado a necessidade de avaliações frequentes, a fim de contribuir para a melhoria dos serviços de saúde prestados à população (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

### Dimensão singular

Esta dimensão envolve as ações que visivelmente levaram os indivíduos a adoecer, morrer, ou aprimorar seus processos protetores. Compreende, também, métodos de trabalhos específicos dos setores assistenciais nos serviços (EGRY, 1996).

Ao questionar os informantes-chave sobre as Dant que acontecem com os profissionais de enfermagem no cenário estudado, observou-se o desconhecimento do termo pelos entrevistados. Assim sendo, foi realizada uma breve explanação sobre o assunto, obtendo-se os seguintes discursos – curiosamente, os informantes falaram de outros profissionais, não trazendo a questão para si:

*Olha, todos tomam algum medicamento controlado [...] eu acho que a grande maioria está tomando algum antidepressivo, algum tranquilizante, alguma coisa assim [...]. De certa maneira, tem uma doença crônica [...], tem pessoas com hipertensão, problemas renais [...]. (IC02).*

*“Na hemodinâmica, houve uma época que, de dez funcionários, quatro tinham algum tipo de câncer. É um índice alto para qualquer lugar [...]” (IC03).*

*[...] agora, tem uma servidora que está afastada. Ela é portadora de doença crônica, diabetes. Houve um afastamento, também, de 40 dias, de outra por transtorno mental. Existem outras pessoas, também, que fazem acompanhamento [...]. (IC08).*

Nota-se nos discursos que, embora atendam e prestem cuidado de enfermagem a pessoas doentes, os trabalhadores de enfermagem, frequentemente, acabam por negligenciar seu cuidado pessoal. Esquecem que compartilham o mesmo perfil de adoecimento da população em geral, com um agravante: estão expostos ao ambiente insalubre cotidianamente, o que potencializa o seu desgaste.

Estudos realizados em hospitais públicos e universitários evidenciam e ratificam que a enfermagem presta cuidado ininterrupto, trabalha em turnos, como dito anteriormente, e, em muitas situações, em dupla jornada. Seus trabalhadores são constantemente expostos a diferentes cargas de trabalho, desenvolvendo processos protetores e de desgaste (FELLI, 2012).

As Dant são um problema de saúde pública. Estudos demonstram que análises de sangue de trabalhadores de um hospital universitário apresentaram alteração em 60% dos resultados, o que corrobora a comprovação do grau de prevalência das Dant nesses ambientes de trabalho (TEIXEIRA; MANTOVANI, 2009).

Outro estudo realizado recentemente denuncia câncer e suicídio como principais causas de morte entre enfermeiros. O câncer, mais relacionado às altas cargas de horas trabalhadas e à exposição a agentes físicos e químicos; o suicídio apontando para sofrimento, estresse e angústia (KARINO, 2012). Na fala de alguns informantes, constatam-se indícios que referendam os achados do estudo citado, conforme a fala a seguir.

*[...] A radiação [...], a gente sabe que é um risco, que, se for prejudicar o funcionário [...], é em*

*longo prazo, 20, 30, 40 anos; [...] A radiação me preocupa porque a gente acaba sendo bastante exposto, porque os exames são muito prolongados, a gente fica muito tempo em sala, não tem como rodar. Esse mês mesmo o dosímetro veio alto [...]. (IC07).*

Compreende-se o sentimento de medo numa conexão entre as dimensões particular e singular. Mesmo experimentando esse anseio, os trabalhadores se arriscam, pois necessitam do emprego. Esses indivíduos desenvolvem defesas, meios de compensar esse medo, transformando-se em figuras resistentes, com posturas defensivas, por vezes, levando à indiferença (DEJOURS, 1992). Quando esse trabalhador distorce sua auto-defesa, pode suscitar atitudes de descaso ou negligência com relação à sua própria saúde (GESSNER ET AL., 2013).

Analisando a dimensão singular nos trechos destacados, ficaram evidentes os processos que induzem ao adoecimento dos profissionais de enfermagem, mas também deve-se levar em conta o seu modo de viver, pois, enquanto indivíduos, estão inseridos em uma classe social, e o modo como reproduzem seu cotidiano familiar e comunitário também interfere na sua condição de saúde ou doença. Porém, conforme foi apontado pelos entrevistados, informantes-chave, o trabalho se constitui em uma significativa parcela do seu cotidiano, visto que há uma carga horária a ser cumprida, seja ela no horário pelo qual são legalmente responsáveis, como também naqueles nos quais têm se disposto a trabalhar para cobrir a falta de pessoal. Assim, o trabalho tem sido um processo de desgaste para esses trabalhadores da enfermagem.

## Considerações finais

Os fenômenos das mudanças sociais no mundo respondem por grandes

transformações políticas e econômicas, as quais repercutem diretamente no mundo do trabalho. As organizações que prestam serviços de saúde tornaram-se exigentes quanto à característica dos serviços prestados, obrigando o trabalhador a, contraditoriamente, adaptar-se para manter sua fonte de renda, contrabalanceando a manutenção da qualidade da assistência de enfermagem que presta aos usuários desses serviços.

Este estudo permitiu constatar que há deficiências com relação à saúde do trabalhador no serviço de saúde investigado. Um aspecto muito destacado nos depoimentos dos informantes-chave foi a questão do dimensionamento de recursos humanos para a assistência à saúde de alta complexidade que é prestada. Essa é uma realidade encontrada tanto em serviços do setor privado quanto do público. Relação desigual que atende à pressão do mercado, o qual privilegia a prestação de serviços de custo baixo, sem a preocupação com a qualidade e a complexidade da assistência à saúde que se oferece.

Nos discursos, a idade avançada dos trabalhadores foi mencionada. É tendência dos profissionais ligados às instituições públicas, devido à estabilidade do vínculo estatutário, permanecer por longo tempo e, às vezes, toda vida produtiva no mesmo cenário, até que possam se aposentar. Nesse setor, a reposição de profissionais exige um processo seletivo que é longo, embora, na atualidade, já exista uma tendência de que essa reposição ocorra mais rapidamente. Contudo, o preço a pagar é a flexibilização da contratação do trabalhador, terceirização ou contrato por meio da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), o que tornará inviável a carreira pública no setor.

Nas falas, revela-se que o Estado, com a implantação do APH, buscou uma alternativa para manter o funcionamento dos

serviços de saúde, mas não deu relevância ao fato de que, embora a recompensa financeira seja atraente para o trabalhador da equipe de enfermagem, existem limitações para tal. Entre elas, destacam-se os desgastes físicos e psicológicos, o que leva, posteriormente, ao aumento dos atestados médicos e das licenças para tratamento de saúde.

Identificaram-se nos discursos dos sujeitos envolvidos dois gatilhos para o aparecimento de desgastes: a sobrecarga do trabalho e a deficiência numérica de profissionais de enfermagem. Logo, não se pode atribuir o absenteísmo exclusivamente à decisão pessoal do trabalhador. Faz-se necessário observar as condições de trabalho oferecidas e os processos de trabalho desenvolvidos no cenário da pesquisa, pois os profissionais da equipe de enfermagem envolvidos na assistência aos usuários do serviço são diariamente expostos a diversos processos de

desgaste, resultantes das complexas atividades desenvolvidas, as quais podem gerar adoecimentos e sofrimentos. Essa exposição constante, por vezes não percebida pelo próprio trabalhador, pode gerar diferentes sinais e sintomas, os quais, muitas vezes, não permitem estabelecer os nexos causais com o trabalho exercido.

Por fim, acredita-se que a experiência de aproximação e reconhecimento da realidade objetiva desses profissionais permitiu a constatação de que as condições de trabalho, tal como aqui foram exploradas, têm adoecido os trabalhadores da enfermagem, e que essa é uma situação compartilhada com os demais profissionais da saúde. Assim, torna-se imprescindível uma intervenção para modificar a realidade explicitada. ■

---

## Referências

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. *O Trabalho de Enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997. 296 p.

BRASIL. Decreto 7.186/10, de 27 de maio de 2010. Regulamenta os Arts. 298 a 307 da Lei Nº 11.907, de 2 de fevereiro de 2009, que tratam do adicional por plantão hospitalar – APH. *Diário oficial [da] União*. Brasília, DF, 28 maio 2010. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/noticia.asp?p=not&cod=6218&cat=26&ec=11>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Lei nº 7.498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/17498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm)>. Acesso em: 20 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. *Sobre a Saúde do Trabalhador*. Disponível em: <[http://Portal.Saude.Gov.Br/Portal/Saude/Visualizar\\_Texto.Cfm?Idtxt=30426&Janela=1](http://Portal.Saude.Gov.Br/Portal/Saude/Visualizar_Texto.Cfm?Idtxt=30426&Janela=1)>. Acesso em: 5 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (dcnt) no Brasil, 2011-2022*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano\\_acoes\\_estrategicas20x20\\_25julho.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_acoes_estrategicas20x20_25julho.pdf)>. Acesso em: 11 ago. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). *Resolução Cofen – nº 293/2004*. Fixa e



estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <[http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-2932004\\_4329.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-2932004_4329.html)>. Acesso em: 15 abr. 2013.

COSTA, F. M.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. *Rev. Bras. Enferm. [Online]*. v. 62, n. 1, p. 38-44, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/06.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2013.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Rev. Bras. Enferm. [Online]*. v. 59, n. 1, p. 84-88, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2013.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5 ed. Ampliada. São Paulo: Cortez Editora, 1992.

EGRY, E. Y. *Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem*. São Paulo: Ícone, 1996.

FELLI, V. E. A. Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, n. 3, p. 178-181, 2012. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/379/170>>. Acesso em: 12 ago. 2012.

FOUCAULT, M. *Ditos e escritos*. Paris: Quarto Gallimard, 2001.

GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. *Integralidade da atenção no SUS e sistematização de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed, 2010. Disponível em: <[http://books.google.com.br/books?id=-qrn9xw\\_0pmc&printsec=frontcover&hl=pt-br#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.br/books?id=-qrn9xw_0pmc&printsec=frontcover&hl=pt-br#v=onepage&q&f=false)>. Acesso: 12 maio 2013.

GESSNER, R. *et al.* As notificações de acidentes de trabalho com material biológico em um hospital de

ensino de Curitiba/PR. *Saúde debate* [online]. v. 37, n. 99, p. 619-627, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a09v37n99.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. *Texto Contexto – enferm. [Online]*. v. 18, n. 2, p. 258-265, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/08>>. Acesso em: 15 maio 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR). Hospital de Clínicas. *Histórico*. Disponível em: <<http://www.hc.ufpr.br/?q=content/historia-do-hc>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

KARINO, M. E. *As causas de morte dos enfermeiros: uma revisão sistemática*. 2012. 167 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

KURCGANT, P. *Gerenciamento em Enfermagem*. 2 ed. Rio De Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, 208 p.

TEIXEIRA, R. C.; MANTOVANI, M. F. Enfermeiros com doença crônica: as relações com o adoecimento, a prevenção e o processo de trabalho. *Rev. Esc. Enferm. Usp [Online]*. v. 43, n. 2, p. 415-421, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000200022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200022)>. Acesso em: 20 ago. de 2012.

TOBAR, F., YALOUR, M. R. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formatar projetos e redigir teses e informes de pesquisas*. Rio De Janeiro: Fiocruz, 2001.

---

Recebido para publicação em junho de 2014  
Versão final em janeiro de 2015  
Conflito de interesse: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Intersetorialidade ou diálogos setoriais? Reflexões a partir da experiência do Projeto Teias-Escola Manguinhos, Rio de Janeiro

*Intersectoriality or sectorial dialogues? Reflections based on the experience of the Projeto Teias-Escola Manguinhos, Rio de Janeiro*

Antonio Lima Ornelas<sup>1</sup>, Maria Gracinda Carvalho Teixeira<sup>2</sup>

**RESUMO** O estudo das políticas públicas pode ser compreendido como um campo interdisciplinar, o que chama a atenção para o seu diálogo setorial. Nesse sentido, a saúde apresenta-se como uma temática ampla capaz de unificar os demais setores. O Projeto Teias surge no território de Manguinhos como proposta de política pública intersectorial, em que pese as discordâncias referentes à sua formulação. O objetivo deste artigo é contribuir com o debate contemporâneo acerca da intersectorialidade, explorando principalmente suas fragilidades e conflitos, a fim de situá-la dentro de um possível novo referencial teórico-empírico, partindo da experiência do Projeto Teias-Escola Manguinhos.

**PALAVRAS-CHAVE** Políticas públicas; Saúde; Ação intersectorial.

**ABSTRACT** *The study of public policies can be construed as an interdisciplinary domain, which brings the focus of attention to its sectorial dialogue. In this sense, the health area provides ample theme material, and is capable of unifying the other areas. The Projeto Teias is born in the borough of Manguinhos as a proposal for an intersectorial public policy, despite the disagreements regarding its formulation. The goal of this article is to contribute to the contemporary debate of the intersectoriality, exploring mainly its frailties and dilemmas, in order to place it within a possible and new theoretical-empirical reference, based on the experience in the Projeto Teias-Escola Manguinhos.*

**KEYWORDS** *Public policies; Health; Intersectoral action.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Diretoria de Planejamento Estratégico (Diplan) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. ornelas@fiocruz.br

<sup>2</sup>Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), Programa de Pós Graduação em Administração (PPGA), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. gracinda@uol.com.br

## Introdução

De maneira geral, o estudo das políticas públicas pode ser compreendido como um campo interdisciplinar articulado, o que chama a atenção para o seu diálogo setorial. Partindo da definição apresentada por Marques (2000), entende-se setor como o agrupamento isolado de papéis sociais, funcionando de forma vertical e autônoma, submetidos à tentativa de regulação do Estado. O setor pode estar associado a uma determinada circunscrição espacial ou a um domínio de atividade, como, por exemplo, segurança, indústria ou, no que mais interessa aqui, saúde.

De acordo com Almeida Filho (2000), a saúde apresenta-se como uma temática ampla capaz de unificar todas as demais, tornando-se, na prática, a conciliadora de um conjunto de saberes que relaciona cuidados, carências, necessidades e fatores sociais com as responsabilidades de entes estatais e privados.

O Projeto Teias (Território Integrado de Atenção à Saúde)<sup>1</sup> une a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Governo do Estado e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, a fim de promover o acesso da população moradora do Complexo de Manguinhos, Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, às ações e aos serviços de saúde. Manguinhos revela-se como um espaço social heterogêneo, territorialmente vulnerável, caracterizado pela incerteza no provimento de serviços públicos essenciais, pela provisoriabilidade das moradias e os conflitos vinculados ao comércio ilegal de drogas (FERNANDES; COSTA, 2009).

A intersetorialidade, da forma como é compreendida em termos práticos, tem-se reduzido a uma “estratégia de interferência em problemáticas complexas” (ALMEIDA FILHO, 2000, p. 31) e, por que não dizer, contemporâneas, de certa forma coibindo a ampliação da discussão acerca de abordagens mais adequadas para a elaboração de políticas públicas

focadas em uma maior articulação, em território marcados por vulnerabilidades sociais.

Assim, o objetivo deste artigo é contribuir com o debate contemporâneo acerca da intersetorialidade, explorando principalmente suas fragilidades e conflitos, a fim de situá-la dentro de um possível novo referencial teórico-empírico, partindo da experiência prática do Projeto Teias-Escola Manguinhos.

Explicam Noronha, Machado e Lima (2011) que o marco da Reforma Sanitária no Brasil foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. O efeito do intenso debate a que se seguiram os dois anos posteriores resultou na inclusão da seguridade social na nova Constituição Federal, promulgada em 1988. A lei 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, iniciou o processo de regulamentação do funcionamento de um modelo público de ações e serviços de saúde, ordenado pelo que viria a ser conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS):

Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde. (NORONHA; MACHADO; LIMA, 2011, p. 435).

A regulamentação estrita do SUS deu-se através da formulação de Normas Operacionais Básicas (NOBs). A NOB n.º 96, em particular, estabeleceu a transferência direta de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos municipais, além de consolidar o Programa Saúde da Família (PSF) como modelo de Atenção Básica à saúde (GERSCHMAN, 2008).

Realizada em 2003, a XII Conferência Nacional de Saúde definiu o PSF como ator central da prática intersetorial (12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2004). Definido como “um modelo de Atenção Básica à saúde com foco na unidade familiar e construído

<sup>1</sup> O nome ‘Projeto Teias’ foi adotado sem levar em consideração a definição convencional de projeto, cuja característica principal aponta para um conjunto de ações com início, meio e fim. Sua concepção não se coaduna com tal pressuposto, tendo em vista que foi elaborado sem que fosse imposto um prazo para a sua finalização.

operacionalmente na esfera comunitária” (ANDRADE; BEZERRA; BARRETO, 2005, P. 329), o PSF surgiu formalmente no Brasil como política pública de saúde no ano de 1994. Dez anos depois, contava com mais de 20 mil equipes cobrindo cerca de 90% dos municípios brasileiros, o que equivale a mais de 70 milhões de pessoas (ANDRADE; BEZERRA; BARRETO, 2005).

Segundo Bodstein (2014), Manguinhos teve sua primeira experiência intersetorial em 1999, através do projeto que ficou conhecido como DLIS (Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável). Pautado pela promoção à saúde e pelo desenvolvimento social, o sucesso do projeto dependia também da capacidade de mobilização e participação comunitária (BODSTEIN, 2014). Contudo, de acordo com a autora, já naquele momento era possível identificar dificuldades vinculadas ao diálogo entre setores e a necessidade de investimentos significativos (BODSTEIN, 2014).

Da mesma maneira, estudos importantes, como o de Teixeira e Paim (2000), já enumeravam, as dificuldades de operacionalização de práticas inovadoras que auxiliem a composição de abordagens para políticas públicas articuladas. Conforme os autores, os acordos políticos de coerência ideológica duvidosa, os interesses das elites, o burocratismo, o corporativismo e as limitações econômicas constituem sérios entraves que de forma alguma podem ser desconsiderados no desenho estratégico das intervenções intersetoriais (TEIXEIRA; PAIM, 2000).

Em trabalho recente, Akerman *et al.* (2014, P. 4292) afirmam que, embora seja um dos assuntos atualmente mais estudados na gestão pública, a intersetorialidade carece de uma agenda de pesquisas que crie condições para sua transformação em “práxis de governo”. Nesse sentido, elaboram uma definição operacional de intersetorialidade a partir de um roteiro exploratório guiado por questões do tipo ‘o que’, ‘como’, ‘com quem’ e ‘para que’:

[...] a intersetorialidade seria definida como um modo de gestão [o que] desenvolvido por

meio de processo sistemático de [como] articulação, planejamento e cooperação entre os distintos [com quem] setores da sociedade e entre as diversas políticas públicas para atuar sobre [para que] os determinantes sociais. (AKERMAN *ET AL.*, 2014, P. 4294).

Para além do estritamente operacional, os autores avançam na discussão especulando que a intersetorialidade pode ser melhor compreendida como a conexão de vertentes que articula pressupostos ético-políticos, de enfrentamento de problemas, comunicacionais, relacionais, participativos e integrativos. Desse raciocínio, deriva a ideia de IntersectorialdeS (*sic*) como “síntese plural” (AKERMAN *ET AL.*, 2014, P. 4297) de três ondas: a utilitarista e a racional, essas duas ainda vigentes, e a interdependente, que está por vir. Em outras palavras, teorizam que o momento atual caracteriza-se mais por práticas setoriais vinculadas a arranjos diversos do intersetorial, este ainda mantido como possibilidade futura.

Contribuindo para essa noção de que a intersetorialidade é de fato um desafio difícil de ser encarado, Shankardass *et al.* (2011) fizeram uma revisão bibliográfica sobre o tema, estudando artigos acadêmicos dos últimos 60 anos. Nos mais de 5 mil trabalhos encontrados, menos de 20% trataram de experiências que, efetivamente, demonstraram-se integrativas.

Andrade (2006, P. 25) procura explicar o problema indicando que os conceitos de promoção à saúde e de intersetorialidade estabelecem uma ‘tensão paradigmática’, a partir do momento que são confrontados com “aparatos fundados numa lógica setorial e verticalmente hierarquizada” (ANDRADE, 2006, P. 25). Completa o autor que essas ideias, ao mesmo tempo em que reconhecem os determinantes sociais como condicionantes de boa saúde, confiam seu processo de formulação política a uma lógica setorial (ANDRADE, 2006), o que, necessariamente, produz o que o ele chama de “dilema da intersetorialidade” (ANDRADE, 2006, P. 27). Esse dilema configura-se

na permanente contradição entre experiências intersetoriais isoladas e políticas públicas “hegemonicamente setorializadas” (ANDRADE, 2006, P. 284).

Para Marques (2000), a abordagem estritamente setorial configura-se como uma estratégia estatal para regulamentar, de forma vertical, determinados focos de atividade. De acordo com o autor, um ‘setor’ pode ser definido como:

[...] o conjunto de papéis sociais estruturados em torno de uma lógica vertical e autônoma de reprodução. A estruturação dos setores segue frequentemente, portanto, uma lógica profissional [dos papéis sociais], agrupando os atores de um dado campo de atividade, suas ideias e suas práticas. [...] Além disso, o quadro da análise setorial enfoca o conjunto agregado de indivíduos, entidades, etc., não destacando de forma central as relações entre eles. (MARQUES, 2000, P. 42-43).

A partir do que escreve o autor, pode-se supor que a formulação de políticas públicas mantém-se vinculada a um caráter setorial, resultando em ações caracterizadas pelo insulamento, pela verticalização e pelo negligenciamento de “importantes processos e dinâmicas passíveis de estudo através da consolidação direta de vínculos e relações” (MARQUES, 2000, P. 33).

Entretanto, existem estudiosos de políticas públicas, como Junqueira (2000), que tendem a escutar com mais nitidez os ecos da interdependência e da integração. O autor aponta a emergência de enfoques nos quais se privilegiam a integração e a reconstrução das práticas e da cultura das organizações gestoras das políticas sociais, visando impedir que as políticas públicas permaneçam circunscritas ao domínio setorial (JUNQUEIRA, 2000).

Avançando no tema, Almeida Filho (1997) identifica um conjunto de discursos resultantes do cruzamento de campos inicialmente disciplinares que procura eliminar da ciência

o insulamento em detrimento da complementaridade. Surge, assim, uma discussão centrada em conceitos, como multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, entre outros. Nessa mesma direção, orientam-se também os estudos de Santos (2007).

De acordo com a referida autora, a solução de um dado problema, compreendido a partir de uma perspectiva multidisciplinar, pressupõe a reunião de conhecimentos de diversas áreas sem que haja conexão entre elas. Em um contexto multidisciplinar, as disciplinas não se integram nem se transformam, podendo ser novamente separadas sem perder suas características fundamentais. Em outras palavras, as fronteiras disciplinares permanecem intactas “sem que um novo aparato conceitual seja discutido” (SANTOS, 2007, P. 53).

Ainda conforme Almeida Filho (1997), uma lógica pluridisciplinar ainda implica na justaposição das disciplinas, contudo, agora, com objetivos comuns. Não se verifica diferença hierárquica e existe uma perceptível perspectiva de complementaridade. Poder-se-ia dizer que as temáticas de umas completam as temáticas das outras.

Quando duas ou mais disciplinas integram-se em uma mesma investigação promovendo um intercâmbio capaz de gerar mudanças conceituais a partir de novas teorias e metodologias compartilhadas, diz-se que se adotou um ponto de vista interdisciplinar (SANTOS, 2007, P. 54). Nessa perspectiva, as fronteiras disciplinares são frágeis e permeáveis a novas formulações e definições.

Seguindo nas ideias de Almeida Filho (1997), pode-se escrever que a transdisciplinaridade consiste na integração de diferentes disciplinas mediante o compartilhamento fundamental de uma ‘axiomática geral’; estrutura-se em um “sistema multiníveis com diferentes objetivos, horizontalizado, coordenado não por uma disciplina, mas por um conjunto de conhecimentos comuns” (ALMEIDA FILHO, 2000, P. 17).

Ou seja, o grau de integração entre as disciplinas eleva-se a um patamar que praticamente inviabiliza a sua separação. Almeida Filho (2000) ainda acrescenta que, efetivamente, poucos autores propuseram alguma sistematização deste conceito, entre os quais se encontra o francês Edgar Morin.

Para Morin (1996), a tendência à fragmentação e à disjunção resulta no insulamento do conhecimento, afastando-o cada vez mais da prática reflexiva coletiva. Dessa forma, o saber torna-se redutível a dados computados e manipulados, transformando os especialistas em verdadeiros ignorantes naquilo que não diz respeito às suas disciplinas (MORIN, 1996). O que Morin (1996) defende, portanto, é uma nova ciência, consciente de que deve preencher lacunas e ignorar fronteiras:

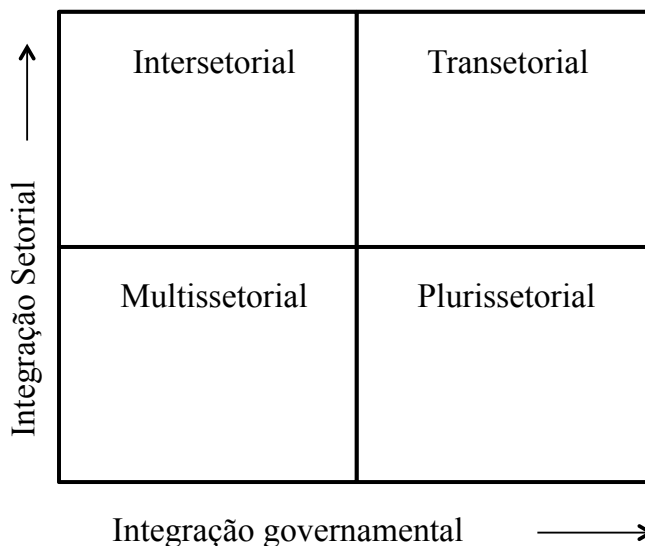
De toda parte surge a necessidade de um princípio de explicação mais rico do que o princípio de simplificação (separação/redução), que podemos denominar princípio de complexidade. É certo que ele se baseia na necessidade de distinguir e de analisar, como o precedente, mas, além disso, procura estabelecer a comunicação entre aquilo que é distinguido: o objeto e

o ambiente, a coisa observada e o seu observador. Esforça-se não por sacrificar o todo à parte, a parte ao todo, mas por conceber a difícil problemática da organização. (MORIN, 1996, P. 30).

Em outras palavras, trata-se de conceder protagonismo à complexidade na medida em que esta seria responsável por conduzir a ênfase da concepção ‘moriniana’ na direção do processo permanente de interação entre as partes e o todo, as primeiras assumindo uma dupla identidade – mantendo suas propriedades sem se confundir com o todo – e, concomitantemente, conservando sua “cidadania sistêmica” (MORIN, 1996, P. 260). Logo, o que Morin abomina é a interdependência estática.

Descrever abordagens é uma escolha epistemológica que, fundamentada teoricamente nas características salientadas pela literatura especializada, auxilia a análise de fenômenos sociais complexos e evadidos de particularidades, como as políticas públicas. Dessa forma, buscou-se, a seguir, a sistematização do debate empreendido até aqui através da transferência dos conceitos discutidos do campo disciplinar para o âmbito setorial vinculado à formulação de políticas públicas. Inicia-se com a apresentação da *figura 1*:

Figura 1. Abordagens não setoriais na formulação de políticas públicas



Nota: Elaboração própria

Este esquema sugere um enfoque teórico para elaboração de políticas públicas que parte de uma perspectiva setorial e avança por dois eixos determinantes. Primeiro, a ampliação da integração governamental, o que, em outras palavras, pode ser compreendida como a redução progressiva da lógica compartimentalizada que afeta não somente a concepção técnica de setor como também o grau de vinculação e entendimento entre as diversas instâncias governamentais (no caso do Brasil, federais, estaduais e municipais). Segundo, o aumento do grau de integração entre esses setores, entendendo que esse pressuposto encaixa-se melhor nos conceitos propostos, em contraste com uma equivocada lógica sistêmica que inibe conflitos e singularidades. Nesse sentido, emergem quatro abordagens admissíveis: a multissetorial, a plurissetorial, a intersetorial e a transetorial.

Assim, de maneira análoga às ideias descritas até aqui, entende-se a multissetorialidade como alternativa para abordagem na formulação de políticas públicas cujo enfoque concebe os setores como fatias disjuntas de um processo estático, que não interagem a ponto de produzir resultados diversos dos que produziriam se fossem estabelecidas de forma puramente isolada.

Políticas públicas concebidas segundo uma abordagem plurissetorial ainda mantêm a desarticulação enfatizada pela multissetorialidade. Contudo, a maior integração governamental provocada pela unificação dos objetivos tende a reduzir a justaposição dos setores e as crises de autonomia, criando ações complementares entre si.

De forma idêntica, o modelo intersetorial de políticas públicas introduz em sua análise a compreensão articulada dos setores. Contudo, conforme explica Almeida Filho (2000), um desses setores deve assumir uma função hierárquica superior, integradora, mediadora e coordenadora, normalmente “determinada por referência à sua proximidade a uma temática unificada” (ALMEIDA FILHO, 2000,

p. 17). Surge como a principal abordagem contemporânea para políticas públicas de saúde que a conectam a determinantes sociais.

Sustentado pelos trabalhos seminiais de Morin e pelos escritos contemporâneos de Almeida Filho, entende-se que a transetorialidade apresenta-se como a representação do pensamento complexo no estudo de políticas públicas. A essência de sua concepção assenta-se menos na delimitação de finalidade dos diferentes setores que nas interações ativas que os articula. Em outras palavras, a ênfase da transetorialidade, adaptando o que disse Morin (1996), desloca-se dos setores para os processos de “circularidade construtiva” (MORIN, 1996, p. 259), que se estabelecem entre eles.

## Material e método

O artigo se dispõe a examinar uma política pública, focalizando o caráter intersetorial de sua elaboração, segundo o qual essa mesma política não pode ser compreendida de forma fragmentada. Entende-se esta análise como de natureza qualitativa, por ser a abordagem mais aderente com seu objeto, especialmente quando deixa claro que se trata de identificar questões problemáticas relacionadas à formulação do Projeto Teias-Escola Manguinhos como política pública intersetorial. A coleta de dados se deu através de pesquisa documental, pesquisa empírica com fontes orais por meio de entrevistas em profundidade com sete sujeitos, além da pesquisa bibliográfica.

Os sete sujeitos de pesquisa foram selecionados segundo o cumprimento de ao menos um dos seguintes critérios, enquanto atores envolvidos com a elaboração do Projeto Teias-Escola Manguinhos: (a) ter participado da formulação técnica do Projeto Teias-Escola Manguinhos; (b) ter participado da articulação política que resultou na implementação do Projeto Teias-Escola Manguinhos; (c) ter ocupado cargo de nível decisório relevante com referência

às ações adotadas para elaboração do Projeto Teias-Escola Manguinhos e; (d) ser comprovadamente detentor de notório saber na área da saúde pública e coletiva. Excluíram-se desses critérios características pessoais, como gênero e idade.

Os dados foram analisados com o uso da técnica de análise de conteúdo. Conforme escreve Vergara (2012), analisar o conteúdo de um dado material consiste na identificação do que este diz sobre um determinado tema. Acrescenta Bardin (1977, p. 42) que a análise de conteúdo pode ser compreendida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações”. É um procedimento comumente utilizado na interpretação de transcrições de entrevistas e de material institucional. Em outras palavras, ao auxiliar a sistematização das descrições, a análise de conteúdo contribui para a reinterpretção e compreensão mais aprofundada das mensagens.

## Resultados e discussão

A estratégia de aperfeiçoamento do SUS, proposta pelo Ministério da Saúde, assenta-se sobre um modelo que tem a Atenção Primária à Saúde como porta de entrada principal e ordenadora do acesso aos demais serviços. Em Manguinhos, essa porta de entrada é constituída pela saúde da família, a principal ação do Projeto Teias, estruturada em 13 equipes compostas cada uma por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Cada equipe é responsável por cobrir uma subdivisão do território de Manguinhos, ocupando-se de aproximadamente 3 mil moradores. Conforme registra o documento ‘A experiência do Território Escola Manguinhos na Atenção Primária de Saúde’ (ENGSTROM; FONSECA; LEIMANN, 2012), são ao todo aproximadamente 200 profissionais envolvidos e duas unidades ambulatoriais: a Clínica da Família Victor Valla e o Centro de Saúde Escola Manguinhos (CSE). Existe

uma única porta de entrada para urgências e emergências que é a Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf Manguinhos) constitui uma retaguarda especializada de assistência voltada para o suporte técnico-pedagógico às Equipes de Saúde da Família. Dentro do Nasf, surgiu o embrião do Programa de Atenção Domiciliar, que consiste no cuidado diferenciado e por breve período aos idosos com dependência, pacientes acamados, deficientes, jovens vítimas da violência (paraplégicos vítimas de causas externas), entre outros casos, como se verifica no documento mencionado no parágrafo anterior.

Outra iniciativa desse programa é a atenção à saúde da população de rua, batizada com o nome de Consultório na Rua. Em Manguinhos, os moradores de rua encontram-se, em sua grande maioria, envolvidos com o uso abusivo de drogas, principalmente o *crack*, e o álcool. O Consultório na Rua visa garantir para essa população o acesso à atenção à saúde de forma rápida e eficiente, através da estratégia de redução de danos, estabelecida pelo Ministério da Saúde como mais adequada a este contexto.

A Academia Carioca da Saúde também compõe o portfólio de ações do Projeto Teias. Sua proposta é promover a atividade física no território como forma de prevenção e controle das doenças cardiovasculares e outras condições crônicas. Também tem o objetivo de disseminar a adoção de um estilo de vida mais saudável.

A gestão do Projeto Teias-Escola Manguinhos estabelece-se através de uma parceria regulada por um contrato de gestão celebrado entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) por meio da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec) – fundação de apoio vinculada à Fiocruz, convertida juridicamente em Organização Social (OS) para fins de adequação ao modelo de gestão municipal dos serviços de saúde.



Nesse modelo, diversos profissionais são contratados pelo regime celetista através das OSs, o que acontece também no Projeto Teias.

Na tentativa de dar validade à participação cidadã no âmbito do projeto, a gestão do Teias Escola-Manguinhos trabalha em conjunto com o Conselho Gestor Intersetorial (CGI), com os conselhos internos das clínicas da família, além de possuir o auxílio de apoiadores institucionais. O CGI de Manguinhos é composto por 48 conselheiros, de forma paritária na participação do poder público e da comunidade, incluindo, além da representação do setor saúde, o setor da educação e da assistência social. A intersectorialidade estaria presente também na representação comunitária, por segmentos sociais.

Ao longo dos depoimentos dos entrevistados, nota-se que justamente a criação do CGI é um primeiro fator de grande discordância que, de certa forma, alcança significativa relevância nessa discussão. Enquanto para alguns atores importantes essa iniciativa revela-se como inovadora e bastante efetiva, para outros consiste em um flagrante fracasso, a reboque de falhas estruturais que acompanharam a formulação desde seu início.

O princípio básico da concepção do CGI é promover a integração do maior número possível de atores sociais inseridos no território, a fim de conceder voz a todos os grupos, movimentos e associações, sem distinções e hierarquizações em suas demandas. Uma vez formalmente constituído, o CGI surge no território com a prerrogativa de ser uma instância deliberativa ampla e democrática, na linha do que determinam as diretrizes do SUS:

*O ponto forte foi a construção do Colegiado [sic] Gestor Intersetorial. De fato ele é o produto, vamos dizer, mais consistente e um dispositivo muito potente dessa articulação. No nosso comitê [sic] a gente inovou: se a gente está falando de intersectorialidade porque só vai ter assento o segmento saúde? Então nós fizemos o Comitê [sic] Gestor Intersetorial com ampla consulta pública na*

*comunidade, foi um movimento de quase 1 ano de reuniões, mas que foram muito importantes para consolidar isso. (Entrevistado 3).*

Contudo, o diagnóstico favorável com referência à formulação do modelo de gestão intersectorial, com ênfase em ampla participação, não é unânime. Nesse sentido, um dos principais críticos ao modelo participativo criado para o projeto é o Entrevistado 5:

*Nós estamos falando de territórios vulnerabilizados tanto social como ambientalmente. Vulnerabilidade civil onde você não tem liberdade de ir e vir, você é ameaçado o tempo todo, quer seja pelo tráfico, quer seja pelos agentes oficiais de segurança. Podemos contextualizar ou categorizar, como um território de exceção, mesmo dentro do Estado Democrático de Direito, no qual as pessoas não possuem a liberdade de se manifestar, de se organizar, de se expressar. É impossível superar o crime, o capital e o poder público, quando eles se juntam. Como é que nós queremos que essa população participe? Que morador vai para o confronto? A formação política e ideológica é a da subordinação para um modelo de poder pautado pela prática do terror. (Entrevistado 5).*

Conforme o relato do Entrevistado 5, o formato representativo dos diversos grupos dentro do conselho apenas replica a lógica de não participação, uma vez que esses mesmos grupos, inabilitados a se manifestar por suas condições vulneráveis, não foram estimulados pelo poder público a exercer sua autonomia previamente. Nessas circunstâncias, sua capacidade de debater e expor demandas tende a ser subjugada pelos interesses da gestão, transformando o CGI, como ele próprio diz, em um instrumento “chapa branca”.

Não obstante, o conteúdo dos demais depoimentos aponta para a existência de outros problemas. Alguns entrevistados destacam a própria estrutura da administração pública, em todos os níveis, como um importante fator limitante para a construção sólida de uma base intersectorial sustentável:

*Qual era a limitação de qualquer intersectorialidade? Era a diversidade de comando. A lógica de governo é uma lógica setorial, então tem um que mexe no transporte, tem outro que mexe na educação, outro que mexe em limpeza urbana e aí cada um comanda uma coisa. (Entrevistado 1).*

Em outras palavras, significa dizer que, além de ter que superar uma lógica predominantemente fragmentada e setorializada quanto à concepção, a consolidação da abordagem intersectorial ainda precisa sobrepor-se às hierarquias e compartimentalizações que se encontram cristalizadas, primeiro, na ordem constitucionalmente estabelecida que divide reponsabilidades entre união, estado e município e, segundo, nas clausuras contratuais cuja única orientação é a estrita observância da legislação vigente.

Na esteira desse processo, há também a questão habitacional associada às obras do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Entendida pelas instâncias governamentais envolvidas como carro-chefe de um conjunto de políticas capazes de reconfigurar, entre outros pontos, a paisagem urbana do território de Manguinhos, o PAC previa, entre suas ações, a desapropriação de casas, sua posterior derrubada e a remoção de seus moradores. Tal estratégia foi, não poucas vezes, interpretada como inadequada pela população local, gerando diversas manifestações de descontentamento.

*Você tem também o PAC planejando remoções através da prefeitura. E a prefeitura também tem a saúde ali dentro com uma atuação de profissionais, equipes do Programa Saúde da Família que quando vai procurar o seu paciente, ué, cadê? Saiu. Para onde foi meu cadastrado? Ninguém sabe o que foi feito da pessoa, nem para onde vai". (Entrevistado 6).*

Nota-se, ainda, uma nítida heterogeneidade, mesmo no grau tênue de articulação que alegadamente ainda pode existir entre os setores. A maior parte dos entrevistados

apontam para diálogos mais ou menos permanentes entre Saúde, Educação e Assistência Social. Em oposição, conversar com a Segurança Pública parece praticamente impossível:

*A gente teve um bom diálogo com a educação, ação social também, a gente conseguiu que eles viessem aqui pelo menos uma vez por semana escutar a população. Essas áreas tiveram um pouco mais de integração. Com a segurança foi muito assim, informativo, não tem negociação, não tem integração e o PAC, também, era muito mais o próprio estado sozinho. (Entrevistado 2).*

Dessa forma, talvez seja possível escrever, de forma sintetizada, que a intersectorialidade ainda é algo clivado por diversas fragilidades. Entre elas, certamente, pode-se destacar a controversa questão da participação política dentro do território; a forte resistência provocada pela lógica jurídico-administrativa, naturalmente segmentada e hierarquizada; as ações independentes do PAC, sobretudo com relação às questões habitacionais e a nítida inexistência de diálogo com setores importantes, principalmente a segurança pública. A afirmação de que a intersectorialidade propriamente dita nunca existiu plenamente no território de Manguinhos é assegurada categoricamente pelo Entrevistado 1:

*Intersetorialidade na acepção completa do termo nunca houve. Isso teria que se dar através de arranjos, parcerias com outros setores. Mas isso esbarra, e isso você vê tranquilamente, na segmentação da autoridade municipal, tem lá as secretarias que caminham juntas até certo ponto, depois não caminham mais. (Entrevistado 1).*

Escrevendo de outra forma, insiste-se na ideia de que a abordagem intersectorial, ao partir da saúde como temática ampla, não encontra eco suficiente nos outros setores para consolidar-se, além de não conseguir sobreviver às peculiaridades da administração pública em todos os níveis e instâncias.

No contexto do Projeto Teias-Escola Manguinhos, o conceito de intersetorialidade viu-se, assim, reduzido tão somente a mais uma palavra. Sobre isso, acrescenta-se o comentário do Entrevistado 7, quando se refere à intersetorialidade como “palavra mágica” e “quimera”, além de ressaltar que manipulação dos conceitos presta-se tão somente a “uma disputa acadêmica em que nem sempre o que está em primeiro plano é a necessidade do usuário”.

Na perspectiva do Entrevistado 4, há um equívoco epistemológico quando se atribui à saúde essa missão integradora, sendo mais adequado entender a intersetorialidade como algo inerente ao campo sanitário, que requer a contribuição de outros setores sem situar-se acima deles. Se por um lado essa compreensão reduz expectativas e desfaz o nó abstrato, por outro, exime-se de propor outra abordagem de formulação e mantém o insulamento como obstáculo insuperável:

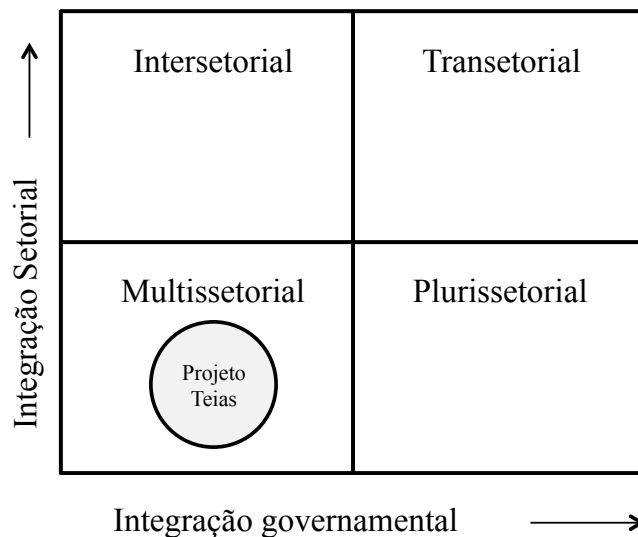
*Do ponto de vista operacional não adianta que eu não vou praticar intersetorialidade sob domínio gerencial e político pleno da saúde no território de Manguinhos. Desse ponto de vista eu diria que isso é uma ilusão, isso é uma debilidade*

*conceitual analítica e por aí vai. Me importa trabalhar com saúde escola? Me importa. Agora, isso não tem nada a ver com política educacional. Me importa trabalhar com a questão da violência na região? Me importa. Agora, eu não vou dirigir a UPP. (Entrevistado 4).*

Nesse sentido, os dados apresentados e analisados sintetizam algumas articulações. O desequilíbrio de forças políticas aponta para uma alta suscetibilidade a desentendimentos administrativos e burocráticos. A resistência provocada pela lógica jurídico-administrativa, segmentada e hierarquizada, indica que os setores estão dispostos segundo um nexos vertical e estático. Intervenções independentes ampliam a possibilidade de sobreposição de ações e, por fim, a ausência de diálogo entre setores importantes gera conflitos entre as esferas governamentais.

Assim, entende-se ser coerente classificar o Projeto Teias-Escola Manguinhos como uma política pública pertencente exclusivamente ao campo multissetorial, que avança ainda lentamente na direção de outras abordagens. É o que procura deixar mais claro a figura 2:

Figura 2. Abordagem não setorial de formulação do Projeto Teias-Escola Manguinhos



Nota: Elaboração própria

## Considerações finais

O objetivo deste artigo foi apresentar contribuições para o importante e instigante debate acerca da intersectorialidade, expondo lacunas que a situasse dentro de um possível novo referencial teórico-empírico, partindo da experiência prática do Projeto Teias-Escola Manguinhos.

No campo teórico, foi apresentado um breve ensaio com o objetivo de caracterizar abordagens não setoriais que pudessem lançar novas luzes para uma melhor compreensão dos graus de integração de setores e governos, no âmbito da formulação de políticas públicas. A discussão contou com o importante auxílio de autores consagrados, como o francês Edgar Morin e o brasileiro Naomar Almeida-Filho. Como resultado, emergiram os conceitos de multisectorialidade, plurisectorialidade, intersectorialidade e transsectorialidade.

O debate desenhou-se de forma bastante complexa. Os dados empíricos coletados, não raramente, direcionaram a pesquisa para temas de grande complexidade, como participação popular, insulamento estrutural da administração pública e integração extremamente frágil da saúde com outros setores.

A conclusão a que se chega é que a intersectorialidade, de fato, nunca existiu em Manguinhos. Até então, trata-se apenas de uma intenção restrita exclusivamente ao

campo teórico. Os dados empíricos, sobretudo os obtidos a partir das fontes orais, são generosos em identificar os principais problemas. Sua sistematização foi capaz de classificar o Projeto Teias como uma iniciativa que compõe, na verdade, um quadro multisectorialista desarticulado. Essas evidências auxiliam o avanço no debate a partir do momento que desconstruem o dilema da intersectorialidade, simplesmente afirmando sua inexistência. Recuando-se para esse ponto, é possível enxergar com mais clareza quais rumos podem ser tomados no sentido de elaborar uma matriz analítica que possa ser extravasada para um campo pleno de políticas. Trata-se de alargar um marco conceitual.

Esse marco conceitual ampliado, todavia, é aqui apresentado de forma a deixar o debate ainda em aberto. Como última reflexão, cabe direcionar um olhar crítico para o território de Manguinhos e perguntar se todos esses esforços de formulação têm realmente contribuído para a melhoria da vida dos cidadãos que ali se configuram como extremamente dependentes do SUS e que, em última análise, são a razão de ser das políticas públicas, tão exaustivamente discutidas.

‘Somos todos aprendizes’ é o mantra entoado em uníssono por todos os atores envolvidos na formulação do Projeto Teias-Escola Manguinhos. Se de fato é assim, a pergunta que fica é: o que realmente foi aprendido até agora? ■

---

## Referências

- AKERMAN, M. et al. Intersetorialidade? Intersetorialidade! *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4291-4300, 2014.
- ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 1-18, 1997.
- . Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 11-34, 2000.
- ANDRADE, L. O. M. *A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- ANDRADE, L. O. M.; BEZERRA, R. C. R.; BARRETO, I. C. H. C. O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 328-348, 2005.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BODSTEIN, R. Avaliação de um projeto de desenvolvimento local integrado de promoção da saúde no Rio de Janeiro, Brasil. In: HARTZ, Z.; POTVIN, L.; BODSTEIN, R. *Avaliação em Promoção da Saúde*. Brasília, DF: CONASS, 2014.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12., 2004. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_12.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf)>. Acesso em: 18 jun. 2015.
- ENGSTROM, E.; FONSECA, Z.; LEIMANN, B. *A experiência do território Escola Manguinhos na Atenção Primária de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- FERNANDES, T. M.; COSTA, R. G. R. *História de pessoas e lugares: memórias das Comunidades de Manguinhos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- GERSCHMAN, S. Políticas públicas articuladas e intersetoriais: a política de saúde em questão. In: OLIVEIRA, F. B. (Org.). *Política de Gestão Pública Integrada*. Rio de Janeiro: FGV, 2008.
- JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, 2000.
- MARQUES, E. *Estados e redes sociais: permeabilidade e coesão nas políticas urbanas no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Revan, 2000.
- MORIN, E. *Ciência com Consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.
- NORONHA, J. C.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 435-472, 2011.
- PAIM, J. S. *O que é o SUS?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- SANTOS, M. S. Integração e diferença em encontros disciplinares. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 22, n. 65, p. 51-60, 2007.
- SHANKARDASS, K. et al. A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. *International Journal Public Health*, Basileia, v. 57, n. 1, p. 25-33, 2012.
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 63-80, 2000.
- VERGARA, S. C. *Métodos de pesquisa em administração*. São Paulo: Atlas, 2012.

---

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

# Planejamento reprodutivo na clínica da família de um Teias: condições facilitadoras e limites à assistência

*Reproductive planning in a family clinic within a Teias: facilitating conditions and limits on assistance*

Marcia dos Santos Luiz<sup>1</sup>, Andreza Rodrigues Nakano<sup>2</sup>, Claudia Bonan<sup>3</sup>

**RESUMO** Apresenta-se um estudo de caso com abordagem qualitativa que analisou a assistência ao planejamento reprodutivo de uma clínica da família inserida em um Território Integrado de Atenção à Saúde e que utilizou como referência teórico-analítica a continuidade, a coordenação e integração de cuidados em saúde reprodutiva e o potencial da assistência na promoção de direitos. A conjugação da Estratégia Saúde da Família com o Território Integrado de Atenção à Saúde apresentou avanços na assistência ao planejamento reprodutivo no que tange à organização de aspectos de infraestrutura e provisão de insumos, entretanto os avanços alcançados não foram suficientes para promover uma assistência que garanta direitos.

**PALAVRAS-CHAVE** Planejamento familiar; Atenção Primária à Saúde; Saúde da família; Avaliação em saúde.

**ABSTRACT** *This article discusses the enabling conditions and limits on reproductive planning assistance in a clinical family in a Território Integrado de Atenção à Saúde. The theoretical and analytical framework included the continuity, coordination and integration of reproductive health care and the potential for assistance in promoting rights. The combination of Family Health Strategy and Território Integrado de Atenção à Saúde showed advances in assisting the reproductive planning assistance aspects of the organization of infrastructure and provision of inputs, however, presenting limits in promoting a service that guarantees rights.*

**KEYWORDS** *Family planning; Primary Health Care; Family health; Health evaluation.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. marcialuiz@iff.fiocruz.br

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. andrezaenfermeira@gmail.com

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. cbonan@iff.fiocruz.br

## Introdução

A atenção à saúde sexual e reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritárias da Atenção Básica (BRASIL, 2010), e sua oferta deve ter como princípio a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, conforme inscritos nas políticas que vêm sendo desenvolvidas pelo Estado brasileiro, como a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004) e a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos (BRASIL, 2005). Inserido nesse nível da atenção, a assistência ao planejamento reprodutivo consiste, sobretudo, em ações de promoção, prevenção, informação e educação em saúde.

Estudos sobre a assistência ao planejamento reprodutivo no Brasil têm identificado problemas persistentes que vão desde o acesso aos serviços e aos insumos até o modelo de atenção, pouco favorável à promoção da equidade, da autonomia e dos direitos (MOURA; SILVA, 2006; COSTA; GUILHEM; SILVER, 2006; OSIS ET AL., 2006; HEILBORN ET AL., 2009; BONAN ET AL., 2010). A implantação de políticas de direitos reprodutivos e, particularmente, de planejamento reprodutivo tem sido um processo não linear, tendo em vista que a temática que entrecruza sexualidade, reprodução e direitos é objeto de acirradas disputas políticas e ideológicas. Entretanto, as dificuldades da assistência ao planejamento reprodutivo devem ser examinadas também à luz dos desafios impostos à própria Atenção Básica.

Criado em 1994 e ampliado com a Política Nacional da Atenção Básica, em 2006, o Programa Saúde da Família é uma importante estratégia para reorientação do modelo assistencial, propondo o fortalecimento da Atenção Básica como porta de entrada na rede de saúde e elemento-chave para a prestação de uma assistência integral. Entretanto, para que a Atenção Básica cumpra tal papel, é necessário avançar na concretização dos princípios diretivos do sistema de saúde, quais sejam: continuidade/longitudinalidade, coordenação e integração

de cuidados (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA ET AL., 2009; CUNHA; GIOVANELLA, 2011). A continuidade/longitudinalidade do cuidado diz respeito à responsabilidade do serviço de saúde pela população adscrita ao longo do tempo, independentemente da presença de morbidade e da procura do usuário pelo serviço de saúde. O princípio da integração refere-se a uma atenção que integra ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação, promovendo acesso aos diferentes níveis de assistência e ofertando respostas ao conjunto de necessidades de saúde de uma comunidade, e não apenas a um recorte de problemas. O princípio da coordenação implica em uma atenção de modo comprometido em atender às demandas de saúde e prestar atenção coordenada à pessoa/família, seja entre ações ofertadas no próprio serviço ou mesmo nos casos de encaminhamento a outros níveis de atenção (BRASIL, 2010).

Nesse intuito, tem-se desenvolvido experiências de organização da prestação dos cuidados, como os Territórios Integrados de Atenção à Saúde (Teias), utilizando abordagens ecossistêmicas que articulam as dimensões biopsíquicas, políticas, ambientais, socioeconômicas e culturais da saúde e das práticas de saúde (ENGSTRON; FONSECA; LEIMANN, 2012). A proposta do Teias tem o potencial de conjugar duas questões que são de grande importância para a qualidade da assistência ao planejamento reprodutivo, na perspectiva da integralidade e da promoção dos direitos à saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos: potencializar a integração, coordenação e continuidade dos cuidados; e, com as metodologias de abordagem ecossistêmica, enfrentar as desigualdades sociais em saúde relacionadas à classe, gênero, discriminações raciais, idade, entre outras.

Analisa-se neste artigo a assistência ao planejamento reprodutivo em uma clínica da família de um Teias, tendo como referência teórico-analítica os princípios diretivos da Atenção Básica – continuidade, coordenação e integração de cuidados – e o atributo

da assistência de promoção da autonomia dos usuários nas decisões referentes à vida reprodutiva. Corroborando a proposta de melhoria de qualidade da Atenção Básica, este estudo traz uma análise qualitativa da assistência ao planejamento reprodutivo, agregando ao escopo da avaliação as dimensões dos sujeitos que recebem cuidados e daqueles que estes cuidam. Esta abordagem contribui na análise da assistência ao planejamento reprodutivo na Atenção Básica, visto que as questões subjetivas relacionadas à sexualidade e reprodução são fundamentais no processo de cuidado nessa área de atenção.

## Metodologia

Realizou-se um estudo de caso com abordagem qualitativa em uma clínica da família de um Teias, situado na periferia do município do Rio de Janeiro, utilizando métodos observacionais e análise de relatos orais. O cenário de estudo foi uma área de grande vulnerabilidade econômica e social, com um dos piores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade, tendo sido selecionada como área prioritária pelo governo federal para o Programa de Aceleração do Crescimento (ENGSTRON FONSECA; LEIMANN, 2012). A clínica da família foi inaugurada, em 2011, com boa infraestrutura, anexa a uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e próximo a vários equipamentos sociais, como: unidades de assistência social, inclusive a mulheres vítimas de violência, academia popular, escolas, biblioteca pública e espaços de cultura e lazer. Na clínica da família são oferecidos serviços diversos, entre eles: consultas médicas, consulta de enfermagem, coleta de exames, realização de curativos, atividades educativas, aplicação de vacinas e dispensação de medicamentos. Em 2012, essa clínica aderiu ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

(PMAQ-AB), que tem como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, 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.

Em visitas regulares à unidade de saúde, foram descritos aspectos de infraestrutura e do processo de assistência ao planejamento reprodutivo e observados grupos educativos de planejamento familiar. Além disso, foram realizadas 31 entrevistas individuais, com roteiro semiestruturado, com profissionais de saúde – incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde – e com 30 usuários, cuja idade variou de 14 a 49 anos, incluindo 5 homens e 25 mulheres. O trabalho de campo foi realizado entre janeiro de 2012 e agosto de 2013.

As entrevistas transcritas na íntegra e os registros do diário de campo se somaram e compuseram o material para a análise temática. No processo analítico, procurou-se conhecer as experiências vividas por usuários e profissionais na assistência ao planejamento reprodutivo e as condições facilitadoras e limites dessa assistência no contexto do Teias. Foram realizadas múltiplas leituras do material da pesquisa até que alcançasse o ponto do “desenho significativo de um quadro”, multifacetado, mas possível de visões compreensíveis (ALVES; SILVA, 1992, p. 65).

A partir da análise, várias questões foram reveladas: a relação do usuário com a unidade de saúde, o estabelecimento de vínculo entre cuidador e usuário, o papel da unidade como fonte regular de cuidados em saúde e em planejamento reprodutivo e a dimensão da vivência subjetiva e intersubjetiva dos usuários. Os entrevistados foram identificados com nomes fictícios.

A pesquisa foi submetida e aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 15624413408005269).



## Resultados

### A assistência ao planejamento reprodutivo na clínica da família no Teias

A assistência ao planejamento reprodutivo na clínica da família inclui atividade educativa e consultas clínicas – o aconselhamento não tem uma rotina claramente sistematizada e pode acontecer durante uma visita domiciliar, consulta clínica ou em outro momento de atendimento. A atividade educativa possui uma rotina estabelecida – acontecem com regularidade os ‘grupos de Planejamento Familiar’, cujos processos e infraestrutura são planejados – sendo divulgada por meio de um *banner* exposto no corredor de atendimento da unidade e pelos profissionais de saúde através de convites individuais, ou ainda, através de moradores da comunidade.

A participação dos usuários no grupo educativo não depende de agendamento e, em geral, é por livre demanda. As reuniões acontecem no início da tarde, mediadas pela equipe de enfermagem, em uma sala específica para a atividade de grupo, com uma boa infraestrutura e com recurso audiovisual e material educativo disponíveis. Os agentes comunitários sabem da existência do grupo e reconhecem a importância dessa atividade, mas apresentam dificuldades em abordar temas relacionados à sexualidade e à reprodução nas visitas domiciliares, seja por desconhecimento ou por constrangimento de tocar em tais assuntos com a população. Os médicos, por sua vez, valorizam pouco o caráter informativo e educativo dos grupos de planejamento reprodutivo e não estão envolvidos com a atividade, considerando mais como uma exigência em caso de demanda por métodos de longa duração (Dispositivo Intrauterino – DIU) ou definitivos (laqueadura e vasectomia).

O grupo de Planejamento Familiar é descrito pelos usuários, na maioria das vezes, como grupo para quem ‘não quer ter mais

filhos’. Observa-se um pequeno número de participantes nos grupos – inclusive um dos encontros não aconteceu por falta de usuários. O perfil dos participantes foi: mulheres com média de idade de 30 anos, com mais de 2 filhos, a maioria gestante. O propósito de participação no grupo, em geral, está relacionado à demanda de realizar laqueadura tubária ou inserir o DIU. A abordagem na atividade educativa é direcionada para a contracepção, ignorando a outra dimensão do planejamento reprodutivo: a concepção. No grupo, as dificuldades com os métodos contraceptivos não são problematizadas, e as orientações fornecidas aos usuários também não deixam claro o fluxo de atendimento da assistência ao planejamento reprodutivo. Esse momento da assistência reproduz um modelo normativo que dita um formato de família, com regras de comportamento, sem promover a discussão da realidade vivenciada pelos usuários e seus projetos de vida. A proposta acaba cumprindo muito mais uma exigência legal – inclusive como apontam alguns profissionais – e deixa escapar o seu potencial de promover a autonomia dos usuários para suas escolhas reprodutivas.

Nas consultas clínicas, acontece a prescrição do método contraceptivo oral ou injetável – ‘consultas de saúde da mulher’, segundo os profissionais –, momento em que, geralmente, é realizado o exame preventivo e exame clínico das mamas. Em consultas clínicas gerais, não há a abordagem por parte dos profissionais quanto aos métodos contraceptivos e também não está sistematizado na unidade a oferta do contraceptivo de emergência. Entre as usuárias, não é incomum o relato da utilização e troca de método por conta própria, além das queixas de dificuldades com os métodos hormonais que nem sempre são acolhidos ou valorizados no serviço de saúde. “[Eu uso] *A pílula, desde a minha primeira gravidez, meu filho já tem 12 anos. Eu tomei por conta própria*” (Luíza, usuária, 28 anos).

A unidade tem provisão regular dos métodos contraceptivos hormonais orais

e injetáveis, DIU, preservativo feminino e masculino. Os profissionais identificam a assistência ao planejamento reprodutivo como uma ação direcionada ao público feminino – principal alvo de cuidados nos serviços – e incluem essa assistência no conjunto de ações de atenção à saúde da mulher. Entretanto, percebe-se que não se incluem as mulheres que ainda não iniciaram sua trajetória reprodutiva, mas têm vida sexual ativa, como as adolescentes e as mulheres no climatério, privilegiando um perfil de mulheres com filhos e companheiro.

Do ponto de vista do processo e infraestrutura, a clínica tem uma assistência ao planejamento reprodutivo diferenciada em relação a outras unidades de Atenção Básica. Está disponível na unidade um sistema de interconsultas com o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (Nasf), que propicia o atendimento por um especialista juntamente com o médico ou enfermeiro da área de cadastro do usuário. Esse sistema garante a resolução de situações especializadas que cabem à Atenção Básica. Esses recursos são incorporados ao seguimento da assistência e visualizados pelos profissionais como maior garantia da continuidade dos cuidados.

O DIU é um método de boa aceitação entre os profissionais e, com frequência, é ofertado às usuárias, o que pode estar relacionado à oferta regular e à facilidade de indicar, inserir e acompanhar os cuidados dentro da própria unidade (inclusive com ultrassonografia). Para os que desejam o método definitivo – laqueadura tubária ou vasectomia –, a participação no grupo educativo é passagem obrigatória, devendo retornar à consulta clínica para continuar o processo. Apesar de terem disponível um sistema de encaminhamento articulado em rede com outros níveis de assistência – o Sistema de Regulação de Vagas (Sisreg) –, este é desacreditado pelos profissionais, em geral associado à grande demora para realização do procedimento. Não há um acompanhamento desses usuários pela Equipe de Saúde da Família, e, por

sua vez, a clínica da família não recebe informações se os usuários foram ou não atendidos no serviço de referência. A falha nessa sequência de cuidados leva a desencontros na assistência, fazendo com que esses usuários desistam de realizar o procedimento.

Continuidade, coordenação e integração de cuidados na assistência ao planejamento reprodutivo

A proximidade geográfica da clínica da família com a comunidade e a organização da assistência tanto para atender consultas programadas como demandas espontâneas facilitaram o acesso e a criação de vínculos com o serviço de saúde. O vínculo institucional parece se sobrepor ao vínculo pessoal com um dado profissional, o que por um lado é reflexo da rotatividade e a falta de profissionais, mas por outro, pode apontar para ganhos, já que a mobilidade de profissionais nesse nível de assistência não configura um desmantelamento no vínculo entre usuários e serviços. A análise do vínculo, segundo alguns grupos de usuários, aponta que os adolescentes não veem a unidade como fonte de cuidados à saúde – o que impõe desafios importantes à construção de vínculos com esse grupo – e que os homens a frequentam pouco, particularmente as ações de planejamento reprodutivo. As explicações dos profissionais sobre a falta de vínculos e de cuidados regulares dos homens com a saúde têm vários vieses de gênero, em especial o papel masculino de ‘provedor da família’, que não lhe permitiria disponibilidade de tempo para os cuidados em saúde.

Alguns dispositivos assistenciais contribuem para a continuidade dos cuidados prestados aos usuários na clínica de família. Um deles é a busca ativa de usuários que abandonaram tratamento ou pararam o seguimento da assistência. Outro dispositivo importante é a dose oral supervisionada, utilizada para garantir a continuidade de tratamento. Na assistência ao planejamento reprodutivo, esses dispositivos não são acionados nem são sistematizados pelas

equipes. Um terceiro conjunto de dispositivos importantes para a continuidade dos cuidados são os mecanismos e instrumentos de seguimento e acompanhamento da clientela através de sistema informatizado no qual se insere o prontuário eletrônico. Esse instrumento pode disponibilizar mecanismos de alerta para os cuidados, mas não são adotadas pelas equipes para acompanhamento dos cuidados em planejamento reprodutivo, como no acompanhamento de usuárias de métodos hormonais e os que foram encaminhados para método definitivo. O grupo de Planejamento Familiar é também um dispositivo que favorece a continuidade do cuidado, sendo a porta de entrada para os cuidados em planejamento reprodutivo, mas que também funciona como disparador de uma sequência de cuidados. Em um dos depoimentos, identificou-se esse potencial da atividade educativa que oportunizou cuidados em saúde para uma usuária.

*Ele me deu um papelzinho que anota os dias do grupo, falou que eu já tinha assistido, eu voltei à médica, ela marcou a data para mim por o DIU, só que sendo que eu tinha que esperar o preventivo, que eu tinha feito um preventivo, aí quando veio esse preventivo já veio com esse problema, com essa alteração que eu fui para lá pro... [encaminhada para a unidade de referência para o tratamento de patologia cervical]. (Teodora, usuária, 29 anos).*

No que tange ao princípio da coordenação de cuidados, perceberam-se fragilidades importantes. O modelo de organização da assistência ainda segue a oferta dos programas, o que é apontado pelos profissionais como impeditivo para a abordagem integral em saúde e ao planejamento reprodutivo.

*A realidade, mesmo você sendo muito restrito... ela te atropela. E eu já tive, por exemplo, paciente de tuberculose, por causa do uso do mesmo esquema [...], provavelmente não teve a mesma*

*eficácia com o anticoncepcional usando o método só... e engravidou. Então virou uma coisa dupla, ela terminou o tratamento de tuberculose fazendo o pré-natal. [...] Eu ainda acho a gente muito caixinha entendeu? [...] Assim, eu até tento orientar, [...] eu acho que a gente procura mudar essa lógica, mas eu ainda acho que a gente é muito programático. Que tudo é visto dessa forma, a gente é cobrado dessa forma ainda, infelizmente também. (Lucca, médico).*

Nas consultas clínicas, perdem-se oportunidades para coordenação de cuidados e, especialmente, para a atenção ao planejamento reprodutivo. Identificou-se que na assistência às mulheres que fazem tratamento para diabetes e hipertensão não há a sistematização da abordagem quanto ao método contraceptivo utilizado, situação que pode trazer riscos para as usuárias, considerando a associação de métodos hormonais com doenças crônicas (diabetes, doenças cardiovasculares, entre outras).

A integração da Atenção Básica com outros níveis de atenção é fundamental para promover uma assistência integral. Quanto a esse princípio, o Teias apresenta a proposta de gestão da Atenção Básica em rede, que agrega unidades parceiras: Nasf, UPA, centro de saúde, maternidade de referência e convênio com unidade de atenção secundária, por exemplo, para tratamento de patologia cervical. A clínica da família dispõe também da rede de serviços especializados do município e estado, acionada através de encaminhamentos que passam pelo Sisreg. A integração da clínica nessa rede organizada potencializa a assistência ao planejamento reprodutivo, facilitando o acesso e ofertando uma atenção resolutive. A clínica da família tem a possibilidade de resolver um conjunto de demandas reprodutivas maior que outras unidades de Atenção Básica, em especial por ter acesso a uma rede de serviços que não se limita a encaminhar para outros níveis de assistência e traz a gerência de alguns cuidados

para o nível local, por exemplo, a inserção e o seguimento do cuidado para as usuárias de DIU.

*Depois que eu tive meus filhos eu fiz o preventivo que foi para completar o planejamento, precisava fazer o preventivo pra botar o DIU [...] Foi um mês, que eu fiz a palestra em dezembro, em janeiro botei o DIU. [...] Está sendo ótimo eu fiz um ano agora dia 6 de junho e estou bem. Tenho a próxima revisão em outubro e está tudo correndo o melhor jeito possível. (Carina, usuária, 21 anos).*

Outra importante integração com a rede se exhibe nos encaminhamentos para laqueadura tubária e vasectomia via Sisreg. Embora haja uma rede formalizada, abre-se uma lacuna nas informações e nos cuidados para esses usuários enquanto aguardam o retorno desse encaminhamento. São homens e mulheres que se consideram ‘na fila’, mas sem que os profissionais saibam de fato o tempo estimado de espera até o retorno do agendamento. Além disso, quando os usuários conseguem o agendamento, eles referem dificuldades com o trâmite de documentos e exames, o que, sem a oferta de apoio da clínica da família, acaba por desencorajar os usuários em continuar o ‘processo’ de busca pelo método definitivo.

Além de uma rede externa, estão disponíveis serviços e equipamentos sociais no próprio território, como: escolas, igrejas, associação de moradores, serviço de assistência à mulher vítima de violência e espaços de cultura e lazer. Esses parceiros em potencial não aparecerem como partes integrantes de uma rede que aprimore a atenção à saúde, em especial ao planejamento reprodutivo. Eles são acionados quando se depende de um espaço físico ou de materiais para alguma atividade. Essa parceria é limitada, já que poderia também fortalecer as ações desenvolvidas pela unidade de saúde, divulgando-as ou copromovendo-as.

## Discussão

O referencial teórico analítico ofereceu como eixos cada um dos princípios diretos da atenção à saúde a fim de identificar as potencialidades e fragilidades da assistência ao planejamento reprodutivo. A unidade estudada, apesar de ser um serviço jovem criado no modelo de uma clínica de família e fazer parte de um Teias, com profissionais com qualificação específica para Atenção Básica, ainda herda algumas das dificuldades antigas e arraigadas do sistema de saúde. Por sua vez, é possível atribuir às próprias potencialidades desse modelo de clínica e de território o fato da unidade ter enfrentado e, até certo ponto, superado alguns dos desafios enfrentados pela Atenção Básica, especialmente na assistência ao planejamento reprodutivo.

A assistência ao planejamento reprodutivo na unidade ainda está organizada de maneira vertical, sendo pouco articulada e coordenada com outras ações programáticas (hipertensão, diabetes, tuberculose) e até mesmo com outras ações de saúde reprodutiva (pré-natal, puerpério, rastreamento de câncer cervical). Nesse sentido, não há uma clara ruptura com o que foi observado em serviços de Atenção Básica do modelo tradicional – centros e postos de saúde – cuja organização da assistência ao planejamento reprodutivo dificulta as ações integrais, fragmentando os sujeitos, suas necessidades de saúde e os cuidados prestados (MOURA; SILVA, 2006; BONAN ET AL., 2010). O desafio de romper com esse modelo é antigo e remete ao PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), que, lançado em 1983, inovava com a proposta de cuidado integral à saúde da mulher – não apenas durante o período gestacional – e apontava para um planejamento reprodutivo que extrapolasse a oferta de contraceptivos. A assistência ofertada em outros momentos da vida da mulher para além do ciclo gravídico puerperal, inclusive uma atenção continuada ao planejamento reprodutivo, tem

também impacto importante nos indicadores de saúde materna (inclusive, na redução da morbimortalidade materna) (COSTA, 2012). Abrir-se a uma visão que não se limite a fases ou ciclos e que considere as necessidades do indivíduo ao longo da vida é um passo importante para romper com a fragmentação do sujeito, predominante no modelo verticalizado, o que se impõe como um desafio à assistência.

Na clínica da família, a organização da assistência ao planejamento reprodutivo segue as diretrizes do Ministério da Saúde, que preveem atividades de aconselhamento, atividade educativa e consulta clínica (BRASIL, 2010). Entretanto, prevalece uma leitura estreita dessas orientações, colocando-as como um conjunto de ações que devem ser ofertadas e não como um processo de cuidados. Essas ações são oferecidas na unidade estudada quase de forma independente entre si, descoordenada e descontinuamente, sem que se defina uma linha de cuidados que as integre, de modo a garantir uma assistência integral à saúde e aos direitos reprodutivos.

A assistência ao planejamento reprodutivo, como é praticada na unidade, volta-se prioritariamente para um público feminino e tende a ecoar a ideia de responsabilidade da mulher pela reprodução (DINIZ, 2000), pouco considerando a diversidade e a complexidade dos sujeitos na vivência da sua vida reprodutiva. Ao entender o planejamento reprodutivo como ‘coisa de mulher’, ele passa a se destinar a um público específico: mulheres jovens, casadas, com filhos e com demandas de controle de fecundidade, negligenciando adolescentes, homens, mulheres que não iniciaram a sua trajetória reprodutiva e mulheres no climatério. Moura *et al.* (2010) também observaram a baixa frequência nos serviços de planejamento familiar de adolescentes, homens e mulheres no climatério, apontando para a importância de ações direcionadas para esses grupos.

O planejamento reprodutivo é muitas vezes, de modo explícito ou subentendido,

sinônimo de contracepção. Não apenas não se vê o planejamento reprodutivo como parte inerente de toda e qualquer ação em saúde reprodutiva, como também se excluem as demandas relacionadas à infertilidade e à concepção dessas ações. Outros estudos também apontam para essa lacuna na assistência ao planejamento reprodutivo (HEILBORN *ET AL.*, 2009; MOURA; SILVA, 2006), em que grupos que podem ter demandas específicas são negligenciados – como indivíduos que convivem com HIV/Aids ou com outras condições especiais –, situação que não é tampouco problematizada nas rotinas do serviço.

Alguns dos entraves crônicos da assistência ao planejamento reprodutivo no SUS, e que têm sido apontados na literatura (OSIS *ET AL.*, 2004; COSTA *ET AL.*, 2006), parecem estar sendo superados na unidade estudada. A oferta limitada de métodos nos serviços de saúde tem sido considerada uma restrição importante à garantia do direito das mulheres à livre escolha (COSTA *ET AL.*, 2006). Entretanto, na unidade, a oferta de métodos contraceptivos, como pílulas, injetáveis, DIU e preservativos masculinos e femininos, tem sido regular. A atividade educativa conta com recursos de infraestrutura, como salas próprias, material educativo e expositivo de boa qualidade, e é oferecida regularmente, facultando ao usuário a participação livre em três encontros, sem necessidade de agendamento, facilitando o acesso. Diversos estudos têm apontado que deficiências de infraestrutura e pouco planejamento da oferta da atividade educativa constituem um dos entraves da assistência ao planejamento reprodutivo (PEREIRA *ET AL.*, 2007; BONAN *ET AL.*, 2010), uma realidade superada pelo serviço estudado. Outro aspecto positivo é a integração da unidade com outros serviços do território – em especial o Nasf –, o que possibilita a disponibilidade de exames diagnósticos e a atenção de especialista, oferecendo uma assistência mais resolutiva e diferenciada de outras unidades de Atenção Básica que apresentam dificuldades de se

articular com outros serviços e níveis da assistência. A integração da clínica da família a uma rede de cuidados organizada no território ampliou o leque de ofertas de métodos contraceptivos, garantindo a inserção do DIU e o seguimento do cuidado.

A infraestrutura da clínica da família apresenta potencialidades que nem sempre são exploradas no intuito de melhorar a assistência ao planejamento reprodutivo. A unidade possui sistema informatizado com prontuário eletrônico e mecanismos de alerta que disponibilizam informações e acompanhamento dos cuidados realizados. Esses recursos permitem a continuidade informacional, um elemento-chave para a continuidade do cuidado (STARFIELD, 2002); e os dados acumulados sobre o usuário permitem instrumentalizar a equipe de saúde para a conduta terapêutica e a avaliação dos resultados. Entretanto, os recursos que o sistema informatizado propicia são pouco explorados pelos profissionais para monitorizar cuidados em planejamento reprodutivo.

Uma situação que, a julgar pelos princípios norteadores da Atenção Básica, seria de pronto superada, não é na prática: persiste a falta de continuidade no acompanhamento das usuárias de métodos hormonais de uso contínuo, especialmente as portadoras de comorbidades. A importância do seguimento da assistência em planejamento reprodutivo é um indicador da qualidade dos serviços, e nem sempre a atividade educativa fornece todos os subsídios necessários para a promoção da autonomia dos sujeitos para o manejo da fecundidade (MOURA; SILVA, 2006). Garantir a oferta continuada de métodos pode ser uma conquista, mas que sem o acompanhamento adequado, com escuta aberta às queixas e insatisfações com o método, as usuárias podem ser expostas a situações de risco.

Embora a equipe de saúde seja jovem, e a maioria dos profissionais tenha qualificação em saúde da família, persistem muitas dificuldades, não tanto no plano técnico-assistencial do planejamento reprodutivo,

mas no plano cultural. Mitos e preconceitos – como a associação da liberdade de exercício da sexualidade com as doenças sexualmente transmissíveis, o negligenciamento da sexualidade dos adolescentes e de outros sujeitos, como mulheres no climatério – traduzem dificuldades dos profissionais em lidar com questões relacionadas à sexualidade. A abordagem tanto na consulta clínica como na atividade educativa limita-se a dimensão do fisiológico, sem espaço para a discussão de sexualidade e direitos. Ao desconsiderar a dimensão da sexualidade e/ou a sua valorização negativa, os profissionais imprimem tabus e preconceitos nas práticas assistenciais, o que se torna entrave para um cuidado integral – as competências dos profissionais devem ir além do conhecimento técnico-biológico, contemplando também a apropriação sobre os direitos reprodutivos e a consciência de cidadania (ÁVILA, 2003). As dinâmicas entabuladas no grupo de Planejamento Familiar e a disponibilidade, mas com pouca divulgação, da contracepção de emergência ilustram essas dificuldades. Na unidade, a atividade educativa de planejamento reprodutivo não promove diálogo em torno de questões relacionadas à sexualidade e à garantia de direitos. Esses espaços coletivos, como sinalizam os estudos, deveriam promover a troca de experiências quanto a vida sexual e reprodutiva (PEREIRA ET AL., 2007), além de fortalecer a capacidade de escolhas dos sujeitos (OSIS ET AL., 2004; DINIZ, 2000). O contraceptivo de emergência é um método fundamental para que os sujeitos tenham assegurado o direito de controlar a sua fecundidade, e não divulgar a sua disponibilidade no serviço demonstra uma importante limitação da assistência à promoção dos direitos reprodutivos (COSTA ET AL., 2008). No período pesquisado, o contraceptivo de emergência estava disponível na unidade continuamente, mas nem todos os profissionais estavam cientes, não havendo um protocolo específico para a assistência à contracepção de emergência.

A assistência ao planejamento reprodutivo ofertado pela clínica da família é caracterizada por ações isoladas que, às vezes, se articulam como uma sequência de cuidados, em especial para atender demandas de contracepção. Entretanto, quando propôs-se analisar a assistência ao planejamento reprodutivo como parte da garantia dos direitos reprodutivos, percebeu-se a falta de uma visão ampliada dos sujeitos assistidos e de uma lógica distinta da mera oferta de ações. O processo de construção e implementação da integralidade nas práticas de saúde exige uma recusa do reducionismo biológico e a valorização da ‘multidimensionalidade’ dos sujeitos, englobando dimensões psicológicas, sociais, culturais e espirituais (MATTOS, 2001). A assistência ao planejamento reprodutivo, enquanto ação da Atenção Básica, deveria ser uma atenção longitudinal (STARFIELD, 2002), com o acompanhamento do usuário ao longo do tempo e a responsabilização da equipe de saúde com o cuidado ao usuário, promovendo o reconhecimento da unidade de saúde como fonte habitual de cuidados. Essas qualidades da atenção são relevantes para a assistência ao planejamento reprodutivo, visto que as demandas reprodutivas vão se modificando de acordo com o tempo, a fase da vida e os interesses dos sujeitos.

A conjugação da Estratégia Saúde da Família com o Teias apresentou ganhos significativos para a assistência ao planejamento reprodutivo. Entretanto, para promover ações integradas, coordenadas e continuadas com vistas a fortalecer a autonomia dos sujeitos para suas escolhas na esfera da vida reprodutiva – e, portanto, que coloque o planejamento reprodutivo em uma dimensão mais ampla que a oferta de serviços e no marco da garantia de direitos –, o serviço deve estar aberto a discussões que revisem as práticas culturais e as moralidades institucionais para que sexo, sexualidade, prazer e reprodução sejam positivamente valorizados em um processo de cuidado que englobe o planejamento reprodutivo.

## Considerações finais

A Atenção Básica é a porta de entrada para os cuidados em saúde, e tem sido interesse do SUS investir na qualificação da assistência nesse nível de atenção, o que se percebe com a expansão da Estratégia Saúde da Família no País na última década. O modelo saúde da família traz um olhar mais aproximado para o contexto dos sujeitos, ampliando a compreensão das suas diversas dimensões. É também nesse nível de atenção que a assistência ao planejamento reprodutivo tem predominantemente sido ofertada. A proposta do Teias traz uma composição e gestão diferenciadas da rede de serviços e inova com estratégias para responder a algumas das necessidades de mudanças da Atenção Básica.

Na prática, os princípios diretivos da Atenção Básica – continuidade, coordenação e integração de cuidados – ainda não se tornaram expressivos o bastante para dar visibilidade à sua importância no cotidiano assistencial ao planejamento reprodutivo. A Atenção Básica tem limitações próprias e persistentes que não se restringem ao planejamento reprodutivo, mas que afetam diretamente a garantia dessa assistência, por exemplo, as deficiências na integração da unidade com outros níveis de assistência para realização dos métodos cirúrgicos. As dificuldades enfrentadas pelos usuários que demandaram métodos definitivos alertam tanto para a necessidade de melhor articulação da unidade com a rede de saúde como para a necessidade de acompanhamento dessa clientela pela Equipe de Saúde da Família. Em contrapartida, a gestão local dos cuidados pela unidade em parceria com Nasf traz uma resolutividade que é um diferencial da unidade, quando comparada com outros modelos de serviços de Atenção Básica. Esse gerenciamento local do cuidado favorece a satisfação das demandas de saúde no próprio território – entre elas a inserção do DIU e o seguimento do cuidado –, evitando que os

usuários fiquem ‘perdidos na rede de saúde’.

A assistência ao planejamento reprodutivo necessita de insumos e infraestrutura para garantir a oferta de cuidados aos usuários, o que na unidade estudada tem sido um ganho importante, entretanto há outros tão importantes quanto esses quando se almeja uma assistência ao planejamento reprodutivo com vistas à promoção dos direitos reprodutivos. O planejamento reprodutivo não é a soma de ações de aconselhamento, atividade educativa e atividade clínica; ele é um processo de cuidado que visa garantir a homens e mulheres o seu direito de decidir quando e quantos filhos querem ter. É preciso que se constitua uma atenção que supere o reducionismo biológico, promova espaços dialógicos com a troca de vivências sobre sexualidade e reprodução e fortaleça a autonomia dos

sujeitos para suas escolhas reprodutivas. Nesse sentido, o arcabouço teórico-analítico propiciou compreender que a assistência na unidade estudada ainda sofre a influência dos modelos tradicionais, reproduzindo uma atenção verticalizada, com pouca coordenação de cuidados e com práticas arraigadas por mitos e preconceitos. A proposta de avaliação qualitativa identificou fragilidades da assistência ao planejamento reprodutivo em uma unidade da Atenção Básica que a avaliação normativa talvez não alcançasse. Por se situar no campo do subjetivo, na experiência relacional dos sujeitos com o serviço de saúde, este estudo dá visibilidade a alguns entraves que nem sempre podem ser encontrados através da utilização de metodologias interessadas somente nos dados produzidos pelo serviço. ■

## Referências

- ALVES, Z. M. M. B.; SILVA, M. H. G. F. D. *Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta*. Paidéia (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 2, p. 61-69, fev./jul. 1992.
- ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19 supl. 2, p. s465-s469, 2003.
- BONAN, C. *et al.* Avaliação da implementação da assistência ao planejamento reprodutivo em três municípios do estado do Rio de Janeiro entre 2005 e 2007. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, n. 10, supl.1, p. s107-s118, nov. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Atenção Básica. *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 300 p., 2010. (Caderno de Atenção Básica, n. 26).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do Governo*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- COSTA, A. M. Política de Saúde Integral da Mulher e direitos sexuais e reprodutivos. In: GIOVANELLA, L. et al. *Política e sistema de saúde no Brasil*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 979-1009.
- COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; SILVER, L. D. Planejamento familiar: autonomia das mulheres sob questão. *Rev. Bras. Saude Matern. Infant.*, Recife, v. 6. n. 1, jan./mar. 2006.
- COSTA, N. F. P. *et al.* Acesso à anticoncepção de emergência: velhas barreiras e novas questões. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 55-60, fev. 2008.
- CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no



contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, mar., p. 1029-1042, 2011.

DINIZ, S. G. Cuidando do prazer: do planejamento familiar à contracepção e autonomia das mulheres à responsabilidade compartilhada. In: ARAUJO, M. J. O. et al. *Saúde das mulheres: experiências e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde*. São Paulo, coletivo feminista sexualidade saúde, 2000, p. 43-60.

ENGSTROM, E.; FONSECA, Z.; LEIMANN, B. (Org.). *A experiência do Território Escola Manguinhos na rede primária de saúde*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2012.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Rio de Janeiro, *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 763-794, 2009.

HEILBORN, M. L. et al. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 25 supl. 2, p. S269-S278, 2009.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade, algumas reflexões sobre valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. *Os sentidos a integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS:UERJ:ABRASCO, p. 39-66, 2001.

MOURA, E. R. J.; SILVA, R. M. Qualidade da assistência em planejamento familiar na opinião de usuárias do programa Saúde da Família. *Acta Paul enferm.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 150-156, abr./jun. 2006.

MOURA, E. J. et al. Perfil demográfico, socioeconômico e de saúde reprodutiva de mulheres atendidas em planejamento familiar no interior do Ceará. *Revista Baiana Saúde Pública*, Salvador, v. 34, n. 1, p. 119-133, jan./mar. 2010.

OSIS, M. J. D. et al. Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1586-1594, nov./dez. 2004.

PEREIRA, Q. L.C. et al. Processo de (re) construção de um grupo de planejamento familiar: uma proposta de educação popular em saúde. *Texto contexto-enferm.*, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 320-325, abr./maio 2007.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <[http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select\\_action=&co\\_obra=14609](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609)>. Acesso em: 20 mar. 2014.

---

Recebido para publicação em abril de 2014  
Versão final em dezembro de 2014  
Conflito de interesse: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Direitos sexuais e reprodutivos: influências dos materiais educativos impressos no processo de educação em sexualidade

*Sexual and reproductive rights: influences of printed educational materials in the process of education in sexuality*

Laís Machado de Souza<sup>1</sup>, Roberta Laíse Gomes Leite Morais<sup>2</sup>, Juliana da Silva Oliveira<sup>3</sup>

**RESUMO** Com o objetivo de analisar a influência dos materiais educativos impressos na aprendizagem e promoção da saúde sexual e reprodutiva, foi realizada uma pesquisa qualitativa em 6 unidades de saúde no município de Jequié (BA) por meio de entrevistas com 6 enfermeiros(as) e 12 usuárias do planejamento reprodutivo, além de observação sistemática. Após a triangulação, os dados foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo. Evidenciou-se que, quando os materiais educativos impressos estão associados à comunicação horizontal entre profissionais e usuários(as) e metodologias mais diversificadas, respeitando as especificidades do público-alvo, é possível alcançar aprendizagem e autonomia.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde sexual e reprodutiva; Planejamento reprodutivo; Educação em saúde; Autonomia pessoal.

**ABSTRACT** *In order to analyze the influence of printed educational material on learning and promotion of sexual and reproductive health, this qualitative study was conducted in 6 public primary healthcare facilities in the city of Jequié (BA) through interviews with 6 nurses and 12 users of reproductive planning services, and a systematic observation. After triangulation, the data were analyzed using the technique of content analysis. It was evidenced that when printed educational material is associated with horizontal communication between the professionals and the users and more diverse methodologies related to the specificities of the target audience, it is possible to achieve learning and autonomy.*

**KEYWORDS** *Sexual and reproductive health; Reproductive planning; Health education; Personal autonomy.*

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb) - Jequié (BA), Brasil. laimachado18@hotmail.com

<sup>2</sup>Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb), Departamento de Saúde - Jequié (BA), Brasil. robertalaise@hotmail.com

<sup>3</sup>Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb), Departamento de Saúde - Jequié (BA), Brasil. juli.silva.oliveira@gmail.com

## Introdução

O debate sobre os direitos sexuais e direitos reprodutivos está inserido em uma das áreas de atuação prioritárias da Atenção Básica em saúde, que é a saúde sexual e reprodutiva. Esta se configura como uma área complexa, pois envolve o cuidado dos indivíduos e famílias inseridos em contextos diversos, o que significa lidar com aspectos que vão além do biológico, tais como: sociais, culturais, econômicos, emocionais e ambientais. Esse fato ressalta a importância da qualificação e postura dos profissionais de saúde, bem como de estratégias e materiais educativos que promovam conhecimentos significativos (BRASIL, 2006; 2010).

Entre os métodos utilizados nessa área, destaca-se a educação em saúde, que é um dos elementos fundamentais na qualidade da atenção prestada. No entanto, para que o processo educacional seja efetivo, é necessário significá-lo, ou seja, ele deve basear-se principalmente na seguinte premissa: “[...] ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos, nem formar; é ação pela qual o sujeito dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado” (FREIRE, 1996, p. 23), levando o sujeito a pensar criticamente e a desenvolver autonomia. De acordo com Pelizzari *et al.* (2002), a teoria do pesquisador norte-americano David Paul Ausubel propõe duas condições necessárias para isso: disposição para aprender e o conteúdo a ser aprendido, o qual tem que ser lógica e psicologicamente significativo.

Ainda de acordo com Ausubel (1963), a aprendizagem significativa é o mecanismo humano, por excelência, para adquirir e armazenar a vasta quantidade de ideias e informações representadas em qualquer campo de conhecimento. Isso significa dizer que ela não se restringe ao ensino formal, abrangendo todas as áreas e ações que possuem como pressuposto a aprendizagem em função de um objetivo, tal como a educação em saúde. Estando aí inserida, pode ser eficazmente

aplicada a qualquer área, tal como à saúde sexual e reprodutiva.

Quando a aprendizagem em saúde adquire significado, consolida-se então de maneira eficaz a promoção da saúde, que se refere ao “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (BRASIL, 2006, p. 19). É nesse ponto que é percebida a íntima relação entre promoção da saúde e aprendizagem significativa. A efetividade da primeira se estabelece mediante o desenvolvimento desta última, isso porque a aprendizagem significativa leva o usuário a desenvolver sua autonomia, que é tida como “categoria central das ações de Promoção da Saúde” (HAESER; BÜCHELE; BRZOZOWSKI, 2012, p. 606).

A promoção da saúde, por sua vez, concretiza-se, principalmente, por meio do processo educativo, que deve se dar no âmbito das interações cotidianas com o usuário dos serviços. Aliado a isso, têm-se as tecnologias educacionais e os recursos educativos que visam subsidiar essas ações. O recurso do qual trata este trabalho de pesquisa é o Material Educativo Impresso (MEI), cuja utilização é prática comum no Sistema Único de Saúde (SUS) por serem recursos valiosos na construção do conhecimento transformador e para a defesa à saúde (PIMENTA; LEANDRO; SCHALL, 2006).

O MEI precisa refletir os princípios da promoção da saúde sendo uma ferramenta que, juntamente com a interação cotidiana entre profissional e usuário, deve ampliar neste o poder de questionar, refletir, decidir e agir por si mesmos (HAESER; BÜCHELE; BRZOZOWSKI, 2012). São ferramentas a serem utilizadas nas mais diversas estratégias educativas que devem ser implementadas a partir da problematização das realidades dos usuários e por meio de práticas de promoção da saúde mais criativas e horizontais, atribuindo a estas um viés menos instrumental (VILLA, 2006).

Contudo, apesar de muito utilizado como ferramenta educativa, Monteiro e Vargas (2006) ressaltam que os materiais educativos

ainda apresentam fundamentos educacionais e pressupostos teórico-conceituais que carecem de ser explicados e aprofundados.

Com base nisso, surge a seguinte questão norteadora: como os materiais educativos impressos sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos podem influenciar na aprendizagem significativa e na promoção à saúde da população?

A escolha do objeto de estudo surgiu a partir de algumas inquietações a respeito de como se dá a utilização dos materiais educativos em saúde sexual e reprodutiva por parte dos profissionais de saúde – em especial o enfermeiro, responsável pelo serviço de planejamento reprodutivo na Atenção Básica –, também com relação à potencialidade do material, aliado ao processo de educação em saúde desenvolvido nas unidades básicas, gerar aprendizado significativo e atuar como ferramenta de promoção da saúde. Ainda, emergiram questionamentos relacionados a como o profissional enfermeiro e o usuário avaliam a utilização e eficácia desses materiais. Tais inquietações surgiram a partir de experiências em palestras na área educacional e de saúde, em que essa temática é muito recorrente.

Em palestras, realizadas especialmente em escolas, foi possível observar a grande relevância dos recursos visuais para o aprendizado dos estudantes, em especial sobre temas ligados a sexo e reprodução. Nesse sentido, os MEI foram ferramentas muito importantes na construção do conhecimento. Em contrapartida, surgiram diversas dificuldades relacionadas ao conteúdo, à abordagem e até à utilização de figuras ilustrativas que acabavam por gerar falhas na compreensão por parte dos estudantes.

Este trabalho torna-se relevante devido à necessidade de se entender as variáveis do processo educativo em sexualidade, responsáveis pela aprendizagem e pela aquisição de autonomia por parte da população, tomando como base a utilização de materiais educativos, em especial, a relação do profissional com esses materiais. Além disso, todo o

processo produtivo e distributivo dos materiais educativos impressos demanda gastos. Portanto, é imperativo conhecer a real utilidade e a importância que tem sido dada a esses materiais, assim como a sua eficácia no processo de educação em sexualidade. Não menos importante, ainda destaca-se a relevância em nível profissional e assistencial no sentido de buscar melhorias para os serviços de educação em saúde nessa área.

Ante essas considerações, este estudo tem como objetivo geral: analisar a utilização dos MEI em saúde sexual e reprodutiva e sua influência na aprendizagem significativa e promoção da saúde da população; e como objetivos específicos: identificar as estratégias de utilização desses materiais pelos profissionais da Atenção Básica e conhecer a sua relevância como ferramentas de aprendizagem e de promoção da saúde na perspectiva de profissionais e usuários.

## Metodologia

No estudo, foi utilizada a metodologia qualitativa, subsidiada pelo referencial teórico pertinente ao objeto de estudo proposto. Entende-se que a abordagem qualitativa é a que mais se adequa aos objetivos pretendidos, pois visa a realização de reflexões sobre o desenvolvimento social, buscando realizar a solução de problemas de um determinado grupo por meio do estudo das relações, representações, crenças, percepções e opiniões, como produto das interpretações que os homens fazem a respeito da realidade em que vivem e do modo como constroem seus artefatos e a si mesmos (MINAYO, 2010).

A pesquisa foi desenvolvida no município de Jequié, no estado da Bahia, entre os meses de agosto e setembro de 2014. Como cenário, foram utilizadas seis Unidades de Saúde da Família (USF), selecionadas de acordo com os seguintes critérios: equipe mínima completa de acordo com os critérios preconizados pelo Ministério da Saúde; unidades localizadas na

zona urbana; equipe com o tempo mínimo de atuação de um ano; USF porte I, ou seja, abrigando apenas uma equipe.

A amostra constituiu-se de um profissional enfermeiro(a) e duas usuárias do serviço de planejamento familiar de cada unidade, selecionados aleatoriamente, sendo dividida em 2 grupos: grupo 1, composto por 6 profissionais de saúde (enfermeiros); e grupo 2, composto por 12 usuárias cadastradas no serviço do planejamento familiar. Os participantes foram identificados(as) neste estudo pelas letras 'E' e 'U', respectivamente, e numerados de acordo com a sequência das entrevistas.

Para a coleta de dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada, a qual é vista como uma forma privilegiada de interação social que tem por finalidade construir informações pertinentes ao objeto de pesquisa, ao expressar a reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia, por meios de dados que retratam suas ideias, crenças, opiniões, maneira de pensar, atitudes, emoções e comportamentos (MINAYO, 2010). Ainda, foi utilizada a observação sistemática das consultas do planejamento familiar, que possibilitou fazer uma descrição precisa do objeto investigado.

A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo, que é uma técnica capaz de descobrir as unidades de análises, objetivando estabelecer a comunicação a qual signifique alguma coisa para o objetivo analítico a ser estudado (BARDIN, 2010).

Os dados foram analisados de acordo com os três polos cronológicos descritos: 1) a pré-análise, que é a fase de organização com a realização da leitura flutuante, e, logo após, procede-se a constituição do *corpus*; 2) exploração do material, que é considerada como uma fase longa e cansativa que consiste na codificação, decomposição ou enumeração em função de regras previamente formuladas; sendo assim, a fase de aplicação sistemática das decisões tomadas; 3) tratamentos dos resultados obtidos e interpretação, a inferência e a interpretação – objetivam tornar os dados válidos e significativos.

Dessa forma, as informações obtidas foram confrontadas com informações já existentes, o que permitiu realizar amplas generalizações, tornando assim a análise de conteúdo um dos mais importantes instrumentos para fins deste trabalho. Com intuito de ampliar a análise, foi feita a triangulação dos dados coletados a partir das entrevistas e observações.

O projeto está de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e obedece aos preceitos éticos e legais e à norma de pesquisa que envolve seres humanos (BRASIL, 2012). Nesse sentido, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sendo aprovado sob o parecer número 729.357.

A coleta de dados se deu mediante consentimento dos sujeitos da pesquisa ou responsáveis, estabelecidos por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico que informou, entre outros dados, sobre os objetivos do estudo e possíveis riscos a que estiveram expostos. Os participantes da pesquisa tiveram garantia de sigilo e anonimato, sendo a participação na pesquisa facultativa.

## Resultados e discussão

Participaram da pesquisa cinco enfermeiras e um enfermeiro na faixa etária de 26 a 38 anos de idade, todos com curso de especialização, concluído ou em andamento, nas mais diversas áreas de atuação. Quatro desses profissionais relataram já ter participado de algum curso de capacitação na área de saúde sexual e reprodutiva.

Quanto às usuárias, apresentavam idade entre 16 e 46 anos. Seis destas com o Ensino Fundamental incompleto, uma com o Ensino Fundamental completo, uma com Ensino Médio incompleto e quatro com Ensino Médio completo. Dessas, sete relataram já ter participado, na condição de

ouvintes, de palestras com a temática saúde sexual e reprodutiva na unidade de saúde ou no local de trabalho.

Os resultados obtidos mediante entrevistas e observações foram sistematizados em cinco categorias, a saber: conhecimentos prévios; disponibilidade de MEI em saúde sexual e reprodutiva; metodologias e estratégias de entrega do MEI; linguagem, abordagem comunicativa, ilustrações e conteúdos; e importância do MEI para a aprendizagem significativa e promoção da saúde dos usuários(as). A categorização e análise dos dados estão descritos a seguir.

### Conhecimentos prévios

No decorrer das entrevistas e observações, foram levantadas informações que contribuíram para identificar o grau de conhecimento dos profissionais e usuários sobre saúde sexual e reprodutiva. Todos os enfermeiros(as) dispunham de conhecimentos suficientes para a boa e efetiva realização de atividades educativas na área, e apenas um relatou nunca ter realizado curso de capacitação ou especialização sobre sexo e/ou reprodução. Esses dados refletem de forma positiva sobre o processo de trabalho do enfermeiro, pois, além da formação inicial, a educação continuada merece destaque no processo de formação do profissional de saúde, em especial, para atuar com temas complexos como este.

De acordo com Moura e Silva (2005), a capacitação profissional é tida como meio para desenvolver competência técnica, e deficiências no processo de capacitação para trabalho dos profissionais de saúde podem influenciar no seu posicionamento ante os usuários no que diz respeito à garantia de seus direitos sexuais e reprodutivos (LEMOS, 2014).

Entre as usuárias do serviço de planejamento familiar, foi possível notar insegurança ao falar sobre o assunto, ainda que utilizada linguagem adequada e contextualizada. Quando questionadas a respeito da

participação em cursos, palestras e capacitações, cinco responderam negativamente. As demais relataram de forma evasiva já ter participado de palestras dentro ou fora da unidade de saúde esporadicamente, como evidenciado nas unidades de análise a seguir: “*Já participei, quando eu estava grávida*” (U1). “*Já sim. Assisti algumas palestras, aqui no posto mesmo*” (U2). “*Já. Lá no... no trabalho*” (U3).

É possível notar, portanto, certa carência, inclusive, nas que relataram já ter participado de palestras, pois, para que produza conhecimentos significativos, o processo educativo em saúde não pode reduzir-se a ações pontuais e esporádicas. A aprendizagem significativa deve ter uma comunicação eficaz, que respeite e conduza o aluno a imaginar-se como parte integrante desse novo conhecimento através de elos, de termos familiares a ele (AUSUBEL, 1963). Portanto, as atividades pontuais, aqui mencionadas pelos informantes, raramente darão conta de atender a esses critérios.

### Disponibilidade de MEI em saúde sexual e reprodutiva

Quatro enfermeiros(as) afirmaram disponibilizar de MEI em suas unidades. Os tipos prevalentes de materiais identificados por eles foram: *banners*, *folders*, cartilhas e álbuns seriados, como relatados nas unidades de análise a seguir: “*Nós recebemos um banner, recebemos uma cartela com todos os métodos contraceptivos e recebemos algumas cartilhas falando sobre DST*” (E3). “[...] *a gente tem tanto material impresso, como aqueles... banners... também, alguns materiais que foram deixados por estudantes de enfermagem*” (E4). “[...] *tem também das doenças... tipo, um álbum seriado*” (E5).

Nogueira, Modena e Schall (2009) defendem vídeos, folhetos, panfletos, cartilhas, entre outros, como valiosos instrumentos no campo da educação em saúde pelo seu caráter informativo. Contudo, ressalta-se

que tais materiais precisam fazer sentido para o usuário, problematizando sua realidade de forma que a informação seja capaz de gerar conhecimento.

Apesar de confirmada a existência do material, houve, em algumas dessas unidades, dificuldades na obtenção de exemplares no momento de realização da pesquisa. As justificativas apresentadas por parte dos profissionais foram as recentes reformas das unidades que demandaram armazenamento dos materiais que ainda não tinham sido reorganizados. Outros, apenas não sabiam onde encontrá-los e não dispunham de tempo, na ocasião, para procurar, o que permite-se inferir que a utilização desse recurso pelos profissionais é pouca ou nenhuma. A não utilização do recurso material, por sua vez, pode influenciar negativamente no entendimento dos(as) usuários(as) em planejamento familiar, já que o recurso visual é de fundamental importância para a assimilação da informação (OSIS ET AL., 2006).

Em duas das unidades pesquisadas, foram notadas, inclusive, insegurança e inconsistência na fala dos profissionais no que se refere à disponibilidade do material, o que demonstrou falta de conhecimento da efetiva existência deste na unidade: *“Não temos aqui na unidade, mas temos disponível na Secretaria de Saúde. Aliás, nós temos, nós recebemos!”* (E3). Outro profissional foi taxativo em dizer que não dispunha de MEI, mas foi possível observar a existência de alguns exemplares de panfletos sobre saúde sexual e reprodutiva em uma pequena cesta no balcão da recepção. Tais inconsistências refletem o descaso com essas ferramentas educativas, negligenciando aspectos e formas de lidar com a sexualidade humana, bem como com as técnicas de comunicação envolvidas (MOURA; SILVA, 2005).

É relevante salientar como aspecto positivo o fato de um(a) dos(as) profissionais, além de utilizar os materiais

disponibilizados pelo Ministério da Saúde, elaborou também materiais próprios que buscam atender às demandas e especificidades da população. Apenas nessa unidade de saúde havia algum tipo de MEI em saúde sexual e reprodutiva disposto na sala de enfermagem, local utilizado para a realização da consulta do planejamento familiar.

Entre as usuárias entrevistadas, cinco relataram nunca ter tido acesso na unidade a MEI em saúde sexual e reprodutiva, três responderam com apenas um ‘sim’ e quatro atribuíram o recebimento desses materiais às atividades de sala de espera e palestras realizadas, em especial, pelos estudantes de enfermagem durante o período de estágio: *“Já, já tive... distribuiu pra várias pessoas que estavam aqui no posto”* (U2). *“Foi... as pessoas da Uesb [Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia] mesmo que trouxe”* (U4). *“Assim já... já tive aqui no posto umas meninas falando sobre eles”* (U11).

### Metodologias e estratégias de entrega do MEI

Quando questionados sobre como os(as) usuários(as) têm acesso aos MEI em saúde sexual e reprodutiva na unidade de saúde, cinco enfermeiros destacaram as atividades educativas realizadas em salas de espera e também palestras, que segundo eles, são realizadas periodicamente. *“[...] dá pra fazer uma sala de espera, os grupos educativos, principalmente quando a FTC [Faculdade de Tecnologia e Ciências] está aqui que dá um suporte”* (E1). *“Só através da... palestra educativa. [...] a gente faz, na realidade, uma educação em saúde naquele momento”* (E3). *“Através de palestras... quando a gente faz e também se eles tiverem”* (E4). *“Sempre que a gente realiza oficinas”* (E5). *“Está tendo palestras. [...] nós fazemos na escola”* (E6).

O método de distribuição de MEI em palestras é muito utilizado por profissionais de saúde, mas é necessário pôr em

discussão a real efetividade desse processo para a promoção da saúde baseada em uma aprendizagem real por parte do público-alvo.

Outras metodologias e momentos de entrega dos materiais foram relatados pelos(as) enfermeiros(as), tais como: exposição de cartazes, entrega durante as consultas de planejamento familiar e distribuição a estudantes que solicitam para trabalhos de escola. Contudo, durante as observações nas USE, não foi identificado nenhum cartaz sobre temas ligados à saúde sexual e reprodutiva em exposição, inclusive, dentro da sala de enfermagem.

A mesma situação pôde ser notada nas consultas de planejamento, nas quais não foi utilizado nenhum material educativo no decorrer do atendimento, apesar do discurso contrário de dois dos profissionais entrevistados quando disseram: *“A gente só faz um planejamento familiar na sala de espera”* (E4), *“ou mesmo, durante a consulta também, se houver a necessidade, a gente expõe isso pra eles”* (E5).

Um dos profissionais entrevistados relatou que os usuários apenas têm acesso ao material educativo no Centro de Referência em Saúde Sexual e Reprodutiva de Jequié, e por isso não dispõe de nenhuma metodologia de entrega.

O que se percebe nas ações educativas do planejamento familiar é que a orientação sobre métodos anticoncepcionais é o principal tópico abordado. Pierre e Clapis (2010) afirmam que aspectos relacionados à saúde sexual e reprodutiva – como informações sobre sexualidade humana, doenças sexualmente transmissíveis ou mesmo maternidade e paternidade – são negligenciados nas consultas de planejamento. O que se observa são discursos bem elaborados durante as entrevistas e raras ações evidenciadas na análise observacional das condutas práticas dos profissionais enfermeiros.

Entre as usuárias entrevistadas, cinco relataram nunca ter tido acesso a MEI

sobre saúde sexual e reprodutiva na unidade de saúde e três disseram ter recebido material educativo durante consulta com a enfermeira da unidade. Contudo, ficou claro que essa entrega não se dá com frequência, pois os próprios profissionais relataram só fazer uso do material quando há necessidade, não ficando claros os critérios para identificação do que chamam de ‘necessidade’. O discurso das usuárias em relação à entrega dos MEI pelos(as) enfermeiros(as) foram os seguintes: *“É... eu recebi já uma cartilha aqui, através do planejamento familiar”* (U2); *“Às vezes ela dá, assim, algum panfletinho, às vezes, não sempre”* (U3); *“Foi eu passando pela médica, pela enfermeira”* (U8).

Os relatos da maioria das usuárias que afirmaram ter tido acesso ao material na unidade confirmam o discurso dos(as) enfermeiros(as) em relação à utilização de palestras como principal metodologia de distribuição deste. Uma das usuárias disse: *“Às vezes a mulher que dá a palestra mesmo que faz a entrega”* (U2), outra confirmou a existência dessas atividades quando disse: *“Aqui estava divulgando aí entregou o folhetinho pra a gente”* (U4).

Notou-se, durante as entrevistas com as usuárias, que essas atividades são realizadas, muitas vezes, por estagiários de enfermagem. Uma usuária afirmou: *“Foi... as pessoas da Uesb mesmo que trouxe”* (U7). Outra confirmou a contribuição de estagiárias de enfermagem, dizendo: *“Quando as meninas estão aqui no posto elas falam sobre eles”* (U11). Os(as) profissionais queixaram-se do número de atividades as quais se tornam responsáveis por desenvolver na unidade de saúde, elencando esse fator como relevante para as poucas ações educativas: *“Gostaria de fazer mais, mas infelizmente não é possível”* (E3).

Evidencia-se, portanto, que existe uma falta de articulação entre a sistematização teórico-metodológica e os chamados materiais educativos usados (ou não) pelos



enfermeiros(as), como suporte das ações pedagógicas.

### **Linguagem, abordagem comunicativa, ilustrações e conteúdos**

Na opinião de quatro profissionais, os MEI em saúde sexual e reprodutiva possuem linguagem, ilustrações, abordagens comunicativas e conteúdos entre ‘bons’ a ‘excelentes’: *“Tem uma linguagem bem simples e popular”* (E3). No entanto, ao menos um desses considera a atuação do enfermeiro essencial na atividade educativa, pois, *“se for entregar só papel, a maioria fica sem entender”* (E2). Esses discursos têm respaldo na ideia de que a articulação entre MEI e o processo comunicativo entre profissional e usuário está dentro da concepção de educação dialógica destinada não só a comunicar conhecimentos, mas a desenvolver e modificar atitudes (FREIRE, 1987) que são essenciais à aquisição de autonomia do usuário em torno das decisões e ações sobre sua situação de saúde sexual e reprodutiva.

Dois profissionais consideram os MEI do Ministério da Saúde *“muito básicos”* (E1) e que *“não são adequados para a demanda da comunidade”* (E4). Este último profissional considera relevante levar em conta as especificidades dos(as) usuários(as) e o contexto em que se insere a população adstrita à unidade de saúde. Em função disso, relata elaborar materiais educativos próprios compatíveis com a demanda da comunidade: *“Minha comunidade é de cigano, tem muita gente ainda muito nova, muita gente que não sabe ler, então é por isso que eu tive a necessidade de fazer esses meus materiais”* (E4).

Esta última fala encontra respaldo no pensamento de Freire (1987) de que a educação tem que permitir o pensamento crítico do sujeito diante da sua realidade, por isso a necessidade da elaboração de materiais educativos que reflitam e problematizem a realidade dessas usuárias.

Das sete usuárias que tiveram acesso aos MEI, seis se posicionaram em relação à linguagem, ilustrações, comunicação e conteúdo destes. Três delas os consideraram *“muito explicativos”* (U2, U4, U6), duas reclamaram da dificuldade em entender alguns materiais quando relataram que *“às vezes dá pra entender, às vezes não”* (U1, U7), e uma queixou-se da visibilidade das ilustrações dos materiais dizendo que *“em alguns panfletos que entrega dá pra ver mais visível e outros não”* (U3).

Uma linguagem visual que contemple personagens, cenários e vivências mais próximas do público receptor pode possibilitar a oportunidade de construir novos significados, permitindo a maior compreensão dos conteúdos (SCHALL, 2005). Materiais carregados de textos e com imagens que não ilustrem o conteúdo abordado podem confundir ainda mais os(as) usuários(as).

### **Importância do MEI para a aprendizagem significativa e a promoção da saúde dos(as) usuários(as)**

Todos os profissionais entrevistados reconhecem a importância dos MEI tanto como ferramentas facilitadoras do processo de aprendizagem dos usuários quanto para a promoção da saúde destes. Em se tratando da área de saúde sexual e reprodutiva, destacam serem estes materiais de extrema importância na realização do trabalho educativo, em especial, por se tratar de uma área complexa. *“Fica mais fácil de você explicar pra a população; eles ficam mais cientes e acabam entendendo melhor e vendo que a coisa é mais séria do que eles imaginam”* (E3).

O MEI também auxilia no processo de comunicação com os usuários, favorecendo o desenvolvimento de uma abordagem comunicativa horizontal, essencial para o empoderamento do usuário e construção de sua autonomia por meio de um processo educativo mais participativo. Um dos(as)

enfermeiros(as) destaca que utiliza os materiais como ferramentas para estimular a curiosidade e salienta: “Quando eles têm curiosidade, eles vêm pra perguntar e aí a gente tem oportunidade pra conversar e esclarecer” (E5). Contudo, para que o material educativo estimule a curiosidade, é fundamental conhecer a realidade do público que se quer atingir, para saber com quais códigos de comunicação, de linguagem e de valores pode-se abordá-lo (NOGUEIRA; MODENA; SCHALL, 2009). Para tanto, os mesmos autores salientam a importância do envolvimento das secretarias municipais de saúde e da participação social, no sentido de contribuir na elaboração e organização de estratégias, visando atender às necessidades locais quanto ao uso do MEI.

O material educativo, quando bem elaborado e utilizado, problematiza e contextualiza a realidade dos(as) usuários(as), e assim o conteúdo passa a ter significado para eles. Os enfermeiros entrevistados acreditam que “não adianta a gente ficar só falando não” (E4) “[...] porque com os materiais eles visualizam o que a gente tá orientando (E2)” “[...] com certeza isso tem mais impacto” (E1).

Todas as usuárias entrevistadas destacaram a importância do MEI para aquisição de informações, em especial, para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, evidenciando maior ênfase à importância dos aspectos cognitivos potencializados pelos materiais: “Ensinam a prevenir muitas doenças” (U5); “Você vai adquirindo informação” (U2); “Alertando a gente das doenças, das prevenções, é sempre bom, não é?” (U4).

Contudo, para que o processo educativo em saúde seja comprometido com a formação de cidadãos ativos e autônomos, é essencial a busca de uma educação libertadora, capaz de promover a emancipação psicossocial dos sujeitos (FREIRE, 1996). Além disso, o conceito de promoção da saúde refere-se a aspectos mais amplos, atribuindo

maior enfoque aos processos de saúde e condições de bem-estar gerais dos indivíduos, em detrimento da simples busca por eliminação de doenças ou diminuição de suas incidências (CZERESNIA, 2009).

## Conclusão

Percebe-se que as estratégias de utilização do material educativo impresso ainda sofrem muito com a influência do modelo biomédico que impregna muitas das ações de saúde até hoje. Isso é notório quando se observa que grande parte das usuárias apenas atribui a importância dos MEI em saúde sexual e reprodutiva à obtenção de informações sobre doenças sexualmente transmissíveis, ou mesmo na tecnicidade do processo distributivo desse material.

A disponibilidade e a utilização desses materiais nas unidades pesquisadas também merecem destaque pela incoerência entre o que foi relatado por parte dos profissionais e o que foi observado em suas práticas. Nesse sentido, notou-se desconhecimento em relação aos materiais disponíveis por parte de alguns, e, em geral, as metodologias de entrega relatadas não foram evidenciadas durante a observação, em especial, durante as consultas do planejamento. Isso leva a atentar, entre outras questões, para a necessidade de ressignificar o planejamento reprodutivo de forma que ele venha atender a propósitos que vão além da anticoncepção.

Embora tenha sido uma exceção entre os profissionais deste estudo, é importante destacar a produção de materiais informativos próprios como alternativa eficaz na sua potencialização como ferramentas de promoção da saúde, em virtude de possuírem linguagem e abordagem compatíveis com as especificidades do público-alvo.

Quanto à relação desses materiais com a aprendizagem significativa e a promoção da saúde, ficou evidente que, isoladamente, os

MEI em saúde sexual e reprodutiva pouco contribuem nesse sentido. Contudo, aliados ao processo comunicativo horizontal entre profissionais e usuários(as) e metodologias

mais diversificadas e criativas que respeitem as especificidades do público-alvo, é possível alcançar aprendizagem e autonomia. ■

---

## Referências

- AUSUBEL, D. P. *The psychology of meaningful verbal learning*. New York: Grune and Stratton, 1963.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- FREIRE, P. *Ação cultural para a liberdade e outros escritos*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- \_\_\_\_\_. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- HAESER, L. M.; BÜCHELE, F.; BRZOZOWSKI, F. S. Considerações sobre a autonomia e a promoção à saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 605-620, 2012.
- LEMOS, A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 244-253, 2014.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
- MONTEIRO, S.; VARGAS, E. (Org.). *Educação, comunicação e tecnologia educacional: interfaces com o campo da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. Competência profissional e assistência em anticoncepção. *Rev. Saúde Pública*, v. 39, n. 5, p. 795-801, 2005.
- NOGUEIRA, M. J.; MODENA, C. M.; SCHALL, V. T. Materiais educativos impressos sobre saúde sexual e reprodutiva utilizados na atenção básica em Belo Horizonte, MG: caracterização e algumas considerações. *RECIIS- R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 169-179, 2009.
- OSIS, M. J. D. et al. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2481-2490, 2006.
- PELIZZARI, A. et al. Teoria da Aprendizagem Significativa Segundo Ausubel. *Rev. PEC*, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 37-42, 2002.
- PIERRE, L. A. S.; CLAPIS, M. J. Planejamento familiar em Unidades de Saúde da Família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1161-1168, 2010.
- PIMENTA, D. N.; LEANDRO, A. M. S.; SCHALL, V. T. Experiências de desenvolvimento e avaliação de

materiais educativos sobre saúde: abordagens sócio-históricas e contribuições da antropologia visual. In: MONTEIRO, S.; VARGAS, E. (Org.). *Educação, Comunicação e Tecnologia Educacional: interfaces com o campo da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

SCHALL, V. T. Histórias, jogos e brincadeiras: alternativas lúdicas para crianças e adolescentes sobre saúde e ambiente. In: MASSARANI, L. *O pequeno cientista amador*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

VILLA, E. A prática educativa no cotidiano do trabalho do profissional. In: GAZZINELI, M. F.; REIS, D. C.; MARQUES, R. (Org.). *Educação em saúde: teoria, método e imaginação*. Belo Horizonte: UFMG, 2006.

---

Recebido para publicação em dezembro de 2014  
Versão final em abril de 2015  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Complicações do abortamento e assistência em maternidade pública integrada ao Programa Nacional Rede Cegonha

*Abortion complications and assistance care in a public maternity integrated to the Rede Cegonha National Program*

Leila Adesse<sup>1</sup>, Kátia Silveira da Silva<sup>2</sup>, Claudia Bonan<sup>3</sup>, Vania Matos Fonseca<sup>4</sup>

**RESUMO** Objetivou-se descrever o perfil sociodemográfico, obstétrico e assistencial de todas as internações de abortamento em maio-agosto/2012, em emergência, em estudo transversal. Resultado: 20,5% eram adolescentes, 79,5% tinham mais de 20 anos de idade e 48,7% tinham a pele parda; 84,7% foram abortos não especificados e o tempo foi apropriado entre a classificação de risco e a internação em 36,6% dos casos. Há mudanças no perfil das complicações, com redução das infecções e aumento na porcentagem de adolescentes (20,5%). Na atenção diferenciada do Programa Rede Cegonha, a avaliação de risco acolheu 90% das mulheres em 30 minutos. O sub-registro do processo de abortamento persiste pela condição de ilegalidade e por dilemas ético-morais dos profissionais.

**PALAVRAS-CHAVES** Aborto; Complicações; Assistência hospitalar; Sub-registro.

**ABSTRACT** *It was aimed to describe the socio-demographic, obstetric and care profile of all in-door abortion hospitalizations from May-August/2012, in emergency, in cross-sectional study. Result: 20.5% were adolescents, 79.5% were over 20 years old and 48.7% were brown colored; 84.7% were unspecified abortions and the time between risk assessment and admission was appropriate in 36.6% of the cases. There are changes in the profile of complications, with reduction of infections and percentage increase of adolescent abortions (20,5%). In the differentiated approach of The Rede Cegonha National Program the risk assessment hosted 90% of women in 30 minutes. The under-registration of the abortion process remains due to lawlessness condition and to ethical and moral dilemmas of the professionals.*

**KEYWORDS** *Abortion; Complications; Hospital care; Under registration.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) - Rio de Janeiro, Brasil.  
leila.adesse@gmail.com

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) - Rio de Janeiro, Brasil.  
katiass@iff.fiocruz.br

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) - Rio de Janeiro, Brasil.  
cbonan@iff.fiocruz.br

<sup>4</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) - Rio de Janeiro, Brasil.  
vaniamf@iff.fiocruz.br

## Introdução

O abortamento é um tema relevante para a saúde pública, em face de sua representatividade entre as causas de mortalidade e morbidade materna. Mulheres grávidas nos países em desenvolvimento continuam morrendo devido a quatro principais causas: hemorragias severas pós-parto, infecções, distúrbios hipertensivos e abortos.

No Brasil, em 2011, foram registrados 77 óbitos por aborto no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), o que corresponde a 4,8% do total de óbitos maternos e a uma razão de mortalidade materna de três óbitos maternos em decorrência de aborto por cem mil nascidos vivos. No mesmo ano, o abortamento figura entre a terceira causa de ocupação de leitos obstétricos, depois do parto e outras complicações obstétricas (VICTORA ET AL., 2011).

Em nosso País, pelo Código Penal de 1940, a prática do aborto induzido é considerada ilegal, abrindo exceção para as gestações resultantes de estupro e casos de risco de morte para a mulher. Em maio de 2012, o Supremo Tribunal Federal deu sentença favorável à interrupção voluntária da gravidez em casos de má formação fetal incompatível com a vida, como se dá na anencefalia. Nos demais casos, quando as mulheres decidem por interromper a gravidez, têm que recorrer a práticas ilegais e sob condições consideradas ilícitas. Em tal contexto, as interrupções podem ser realizadas por pessoas sem as habilidades técnicas necessárias e/ou em ambiente que careça de mínimos padrões sanitários, sendo conceituadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como abortos inseguros (OMS, 2013). As desigualdades sociais se manifestam nas opções entre os procedimentos para a interrupção da gravidez: de um lado, mulheres que podem arcar com o custo financeiro e realizam a intervenção de maneira rápida e segura; de outro, aquelas que recorrem a métodos mais inseguros e insalubres, expondo-as a complicações relacionadas à saúde reprodutiva que podem levar à morte.

No entanto, a tipificação do aborto como um delito não desestimula as mulheres de realizá-lo, o que cria uma situação favorável para procedimentos de risco com importantes consequências: põem em risco sua saúde e sua vida, já que essas práticas estão, muitas vezes, à margem do controle sanitário; dificultam um maior conhecimento da situação epidemiológica e o desenvolvimento de programas e ações de saúde que abarquem integralmente o fenômeno, inclusive, com medidas preventivas; geram e reproduzem um ambiente cultural de culpa e estigma, que penaliza, antes de tudo, a mulher. Todos esses aspectos estão imbricados e se manifestam na atenção prestada às mulheres que procuram serviços públicos com complicações de abortamento (MARIUTI ET AL., 2010).

A situação de ilegalidade contribui para um sub-registro dos abortamentos entre as causas de morbidade e mortalidade materna nos serviços de saúde, bem como para a definição de sua magnitude no Brasil, fazendo com que os estudos e as políticas públicas lancem mão apenas de estimativas, a partir das internações por abortamento registradas no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS), o que, ainda assim, contabiliza um milhão de casos por ano (ADESSE; MONTEIRO; LEVIN, 2008).

A qualidade do atendimento prestado pode interferir na evolução das complicações do aborto inseguro. Nos países em desenvolvimento, tais cuidados são deficientes devido ao uso de métodos e técnicas obstétricas como a curetagem, tida como desatualizada quando comparada com os medicamentos e a aspiração manual intrauterina, bem como a falta de investimentos e estrutura dos serviços de saúde e de pessoal capacitado para prestar assistência de qualidade e de baixo custo (SINGH ET AL., 2010). Uma parcela destas complicações pode evoluir para o óbito, o que configura uma violação dos direitos reprodutivos das mulheres, uma vez que a maioria dessas mortes é considerada evitável se existisse acesso a uma atenção

pós-abortamento precoce e de qualidade (OMS, 2013). Dada a complexidade com a qual o tema é tratado – pela sua ilegalidade, por ser tabu cultural e pelos dissensos religiosos –, encontram-se poucos estudos epidemiológicos de âmbito nacional (MENEZES; AQUINO, 2009). O panorama dessa condição obstétrica tem sido construído a partir de pesquisas locais e estaduais sobre as complicações do abortamento e as condições em que as mulheres são atendidas nos serviços públicos (VIEIRA ET AL., 2007; FUSCO; ANDREONI; SILVA, 2008).

Com esse cenário, o estudo aqui apresentado tem como objetivo conhecer os tipos e as complicações advindas do abortamento, além dos aspectos da assistência prestada, o perfil sociodemográfico e a história reprodutiva das mulheres internadas. O presente artigo é parte integrante de um projeto que se destina a explorar as experiências e as representações de profissionais de saúde ao atenderem mulheres em abortamento.

## Método

Trata-se de um estudo transversal, exploratório, cuja população foi constituída por um censo das mulheres atendidas em processo de abortamento e com indicação de internação, no período de maio-agosto de 2012, totalizando 117 atendimentos. Para o cálculo do tamanho amostral definiu-se como parâmetro a frequência esperada de abortos, de 13,5 %, baseada em dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus)/morbidade hospitalar no município do Rio de Janeiro (RJ), no ano anterior, onde foram registrados 2.400 partos na unidade hospitalar, nível de confiança de 0,05 (alpha) e erro amostral =0,06. As mulheres foram selecionadas consecutivamente no período definido acima.

O campo de estudo foi uma unidade de emergência que possui uma maternidade integrada, a qual dispõe de 39 leitos, sendo 6 reservados para os casos de abortamento,

não sendo este serviço referência para casos de abortamento previstos em lei. Uma especificidade do mesmo é que ele está inserido na Rede Cegonha Carioca (RC), que tem como uma de suas diretrizes básicas a avaliação e classificação de risco e vulnerabilidades das gestantes, seja para parto, gravidez ou abortamento, logo na chegada à unidade. Neste momento, a gravidade do quadro clínico é avaliada e é gerado um protocolo de tempo de espera para o atendimento médico e a internação. A porta de entrada da demanda foi o setor de emergência ou diretamente a maternidade. Na maternidade, as mulheres receberam o primeiro atendimento dado pela equipe do Programa Cegonha Carioca, que é composta por enfermeiras e técnicas de enfermagem, sendo realizados o acolhimento em local específico, a aferição dos sinais vitais e a classificação de risco. Em seguida, as mulheres foram liberadas ou internadas. O critério de inclusão no estudo foi ter recebido diagnóstico de abortamento na admissão na emergência, considerando abortamento os casos de perda fetal com Idade Gestacional (IG) inferior a 22 semanas, definida pela ultrassonografia ou pela Data da Última Menstruação, e os casos de feto com peso inferior a 500 gramas (BRASIL, 2011). Foram excluídas as interrupções devido à gravidez ectópica ou mola hidatiforme. As pacientes foram primeiramente identificadas a partir de um livro de registros específico para os abortamentos. Os prontuários foram separados logo após a alta médica e a revisão técnica feita pelo chefe da maternidade, e entregues à pesquisadora para a seleção das informações, segundo formulário de pesquisa previamente elaborado.

As fontes de dados da pesquisa foram os documentos de uso institucional presentes nos prontuários médicos, que incluíam: boletim de emergência; ficha do Programa Cegonha Carioca; ficha de abortamento; ficha de cirurgia; e as evoluções médicas e de enfermagem. Essas fontes foram usadas de forma complementar na pesquisa, já que não

havia uniformidade nos registros, além de dados faltosos em vários campos dos prontuários. As variáveis estudadas foram distribuídas em três grandes grupos. O primeiro deles, sobre as características sociodemográficas, incluiu: faixa etária (categorizada como 10 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos e 40 anos ou mais); cor/raça; local de residência; ocupação (segundo categorias profissionais anotadas no prontuário); e características reprodutivas (histórico de paridade e de abortamento). Já o segundo grupo de variáveis apresentou as características do abortamento. Para classificar o tipo de aborto, utilizou-se o critério de desencadeamento do processo abortivo, sendo categorizado como aborto não especificado, quando não havia explicitação, no prontuário, quanto ao desencadeamento deste; aborto espontâneo, quando constava tal diagnóstico; e aborto induzido, quando era informada, no prontuário, a realização de alguma manobra abortiva por parte das mulheres, prévia à internação. Os tipos de aborto foram apresentados segundo o intervalo da Classificação Internacional das Doenças (CID) O002-O007.

A variável Idade Gestacional (IG) foi medida em semanas ou em dias decorridos após a Data da Última Menstruação (DUM) da mulher grávida. A variável causa da internação incluiu sangramento, infecção, dor no baixo ventre e outras.

Para a variável avaliação de risco, foram utilizados os registros feitos pela equipe do Programa Cegonha Carioca, em 2013, que seguem as mesmas diretrizes do Ministério da Saúde para verificar condições físicas (sinais vitais) e mentais (níveis de consciência) das mulheres atendidas, de modo a hierarquizar prioridades para a internação na maternidade. Esta escala distribui-se segundo cores, indo do mais grave para o de menor risco, considerando, então, que a cor vermelha indica emergência, com necessidade de atendimento imediato; a cor laranja significa muita urgência, e demanda atendimento rápido, em até 10 minutos; o amarelo, urgência com atendimento em até 60 minutos;

o verde indica casos de menor urgência, que podem ser atendidos em até 120 minutos; e os azuis, não urgentes, 240 minutos.

O terceiro e último grupo de variáveis incluiu os tempos (entre a chegada à unidade e a avaliação de risco; entre a avaliação de risco e a internação; e de internação) e os procedimentos terapêuticos da assistência (técnicas para esvaziamento uterino).

A coleta de dados foi realizada com o auxílio de um instrumento elaborado e aplicado pela autora principal deste artigo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz), através do protocolo CAAE 0063.0.008.000-11. Para a construção do banco de dados e a análise estatística foi utilizado o programa EpiInfo, versão 3.5.3.

## Resultados

No período da pesquisa foram realizadas 791 internações na maternidade, e cerca de 15% foram por motivo de abortamento (n=117). A maioria do grupo estudado era composta por mulheres adultas, com mais de 20 anos (79,5%), e por uma quantidade expressiva de adolescentes (20,5%). As mulheres de cor parda representavam 48,7% da amostra, e 29,9% eram de cor branca, porém, cerca de 10% dos prontuários não informavam sobre este quesito. Dos atendimentos prestados, 92,3% foram a moradoras do município do Rio de Janeiro. As ocupações predominantes eram de funções que demandavam baixo/médio nível de escolaridade e, conseqüentemente, eram de baixo/médio nível de proventos, sendo que, em 25,6% do total dos prontuários, não houve registro a este respeito (*tabela 1*). Quanto ao histórico reprodutivo, pouco mais da metade das mulheres (54,7%) tiveram pelo menos um parto anterior ao evento obstétrico do aborto, e 25% delas tinha história anterior de abortamento (*tabela 1*).



Tabela 1. Características sociodemográficas e reprodutivas das mulheres atendidas em abortamento inseguro, em hospital público, no município do Rio de Janeiro. Maio-agosto/2012

<b>Características Sociodemográficas (n=117)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>FAIXA ETÁRIA</b>		
10 a 19 anos	24	20,5%
20 a 29 anos	46	39,3%
30 a 39 anos	39	33,3%
40 anos ou mais	8	6,8%
<b>RAÇA/COR</b>		
Branca	35	29,9%
Preta	12	10,3%
Parda	57	48,7%
Outros	1	0,9%
Ignorado	12	10,3%
<b>MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA</b>		
Rio de Janeiro	108	92,3%
Outros	4	3,6%
Ignorado	5	4,3%
<b>OCUPAÇÃO</b>		
Ignorada	30	25,6%
Do lar	21	17,9%
Doméstica/diarista	13	11,1%
Estudante	8	6,8%
Serviços/comércio	31	26,5%
Outras	14	12%
<b>Características Reprodutivas</b>		
<b>HISTÓRICO DE PARIDADE</b>		
0	33	28,2%
1	31	26,5%
2	26	22,2%
3	16	13,7%
4 ou mais	7	6%
Ignorado	4	3,4%
<b>HISTÓRICO DE ABORTO</b>		
0	81	69,2%
1	20	17,1%
2	5	4,3%
3	1	0,9%
4	3	2,6%
Ignorado	7	6%
<b>Total</b>	<b>117</b>	<b>100%</b>

Nota: Elaboração própria

Mesmo com ausência de dados em 46,2% dos prontuários sobre a presença do acompanhante no momento da chegada ao hospital (dados encontrados somente em 63 casos), verificou-se que 39,7% de mulheres estavam acompanhadas pelos maridos e 11,5% pelas mães (dados não mostrados na *tabela 1*).

A *tabela 2* aponta um número elevado (84,6%) de mulheres com diagnóstico de

aborto não especificado e 1,7% de aborto espontâneo, além de 13,7% de abortos induzidos. Nos casos dos abortos classificados como induzidos, todas as mulheres informaram ter utilizado, previamente ao atendimento em uma unidade de saúde, o medicamento misoprostol (Cytotec®) em doses de dois comprimidos por via oral e intravaginal, para tentativas de autoaborto.

Tabela 2. Aspectos relacionados ao aborto e à internação dos prontuários de mulheres atendidas em abortamento, no município do Rio de Janeiro. Maio-agosto/2012 (n=117)

Aspectos	f	%
<b>TIPO DE ABORTO</b>		
Aborto não especificado	99	84,6%
Aborto induzido pela mulher	16	13,7%
Aborto espontâneo	2	1,7%
<b>CAUSA DA INTERNAÇÃO</b>		
Hemorragia	72	61,5%
Infecção	5	4,3%
Outra	37	31,6%
Ignorada	3	2,6%
<b>AVALIAÇÃO DE RISCO</b>		
Vermelha	5	4,3%
Laranja	6	5,1%
Amarela	57	48,7%
Verde	34	29,1%
Azul	1	0,9%
Ignorado	14	12,0%
<b>MANOBRAS ABORTIVAS PRÉ-INTERNAÇÃO</b>		
Ignoradas	100	85,5%
Medicamento	15	12,8%
Chá+Medicamento	1	0,9%
<b>TOTAL</b>	<b>117</b>	<b>100%</b>

Nota: Elaboração própria

Em relação à causa de internação, destacou-se a hemorragia em 61,5% dos casos. Nesta mesma variável, 31,6% correspondiam a internações classificadas como outras causas. Incluíram-se aqui mulheres com queixas, como atraso menstrual acompanhado de dor ou sangramento leve e esparsos, ou, até mesmo, com regressão destes sinais e sintomas, mas portando exame Ultrassonográfico (US) recente, realizado em serviço privado ou público, com ausência de sinais de vitalidade fetal – teste de Batimentos Cardíacos Fetais (BCF) com resultado negativo – ou ausência de saco gestacional. Em relação ao exame ginecológico, na internação, encontraram-se registros da presença de sangramento vaginal discreto em quase a metade dos casos (47,8%), número destoante dos 61,5% encontrados no momento de acolhimento e avaliação do risco. Não houve referência à presença de corpo estranho nos casos examinados ou, ainda, qualquer registro de choque séptico, abdômen agudo e/ou perfuração uterina, embora tenha havido necessidade de transfusão de sangue em três casos (dados não incluídos em tabela).

No momento da classificação de risco pela Rede Cegonha, poucos casos foram identificados como de grande gravidade (4,3% classificados com a cor vermelha), sendo mais frequentes (77,8%) os de risco moderado a leve (amarelo e verde). Também nesta etapa de avaliação de risco houve registro em 16 prontuários sobre manobras abortivas realizadas pelas mulheres (tabela 2).

Merece menção o fato de que, através da IG dos 105 prontuários com esta informação, identificou-se que 80,1% estavam na faixa do primeiro trimestre, com até 12 semanas de gestação (dados não apresentados em tabela).

A *tabela 3* apresenta a avaliação de risco da assistência segundo os tempos medidos a partir da entrada no setor de emergência, passando pelo Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) à internação na maternidade, até a alta. A informação do tempo entre a chegada e a avaliação de risco estava disponível em 76% dos prontuários e, nestes, cerca de 90% das mulheres foram acolhidas em até 30 minutos, demonstrando que a RC tem configurado uma atenção diferenciada para mulheres nessas condições. Por outro lado, a classificação não garantiu que o seguimento do cuidado (internação ou não) acontecesse no tempo preconizado pelo programa da RC: a quase totalidade dos casos classificados como vermelho (imediate) e laranja (até 10 minutos) não teve encaminhamento para atendimento médico no tempo adequado. A média do tempo de internação para todas as mulheres, independentemente da classificação de risco inicial, foi de três dias e meio. Quando este dado é analisado pormenorizadamente, identifica-se que as de menor gravidade (cor verde) acompanham esta média, enquanto as de maior gravidade (cor vermelha) têm predominância de um período de internação total de dois dias.

Tabela 3. Avaliação de risco segundo os tempos da assistência de mulheres atendidas em abortamento em unidade pública no município do Rio de Janeiro. Maio-agosto/2012 (n=117)

	AVALIAÇÃO DE RISCO													
	Azul		Verde		Amarela		Laranja		Vermelha		Ignorado		Total	
Tempo entre chegada e avaliação de risco	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Imediato	0	0,0%	6	17,6%	9	15,8%	2	33,3%	3	60,0%	0	0,0%	20	17,1%
1 a 10 minutos	1	100,0%	14	41,2%	27	47,4%	4	66,7%	1	20,0%	1	7,1%	48	41,0%
11 a 30 minutos	0	0,0%	8	23,5%	4	7,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	12	10,3%
31 a 120 minutos	0	0,0%	2	5,9%	7	12,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	9	7,7%
Ignorado	0	0,0%	4	11,8%	10	17,5%	0	0,0%	1	20,0%	13	92,9%	28	23,9%
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100,0%</b>	<b>34</b>	<b>100,0%</b>	<b>57</b>	<b>100,0%</b>	<b>6</b>	<b>100,0%</b>	<b>5</b>	<b>100,0%</b>	<b>14</b>	<b>100,0%</b>	<b>117</b>	<b>100,0%</b>

Tabela 1. (cont.)

<b>Tempo entre avaliação de risco e internação</b>	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Imediato	0	0,0%	1	2,9%	1	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	1	7,1%	3	2,6%
1 a 10 minutos	0	0,0%	0	0,0%	4	7,0%	1	16,7%	1	20,0%	0	0,0%	6	5,1%
11 a 30 minutos	1	100,0%	4	11,8%	6	10,5%	2	33,3%	2	40,0%	0	0,0%	15	12,8%
31 a 120 minutos	0	0,0%	12	35,4%	19	33,3%	2	33,3%	1	20,0%	0	0,0%	34	29,1%
121 a 240 minutos	0	0,0%	5	14,7%	9	15,8%	0	0,0%	0	0,0%	1	7,1%	15	12,8%
tempo excede a regra	0	0,0%	6	17,6%	3	5,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	9	7,7%
Ignorado	0	0,0%	6	17,6%	15	26,3%	1	16,7%	1	20,0%	12	85,8%	35	29,9%
<b>Total</b>	1	100,0%	34	100,0%	57	100,0%	6	100,0%	5	100,0%	14	100,0%	117	100,0%
<b>Tempo de internação</b>	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	0	0,0%	4	11,8%	9	15,8%	1	16,7%	0	0,0%	2	14,3%	16	13,7%
2	1	100,0%	11	32,4%	23	40,3%	2	33,2%	4	80,0%	6	42,9%	47	40,2%
3	0	0,0%	9	26,5%	13	22,8%	1	16,7%	0	0,0%	3	21,4%	26	22,2%
4	0	0,0%	6	17,6%	7	12,3%	1	16,7%	0	0,0%	2	14,3%	16	13,7%
5 ou mais	0	0,0%	3	8,8%	4	7,0%	1	16,7%	1	20,0%	1	7,1%	10	8,5%
Em branco	0	0,0%	1	2,9%	1	1,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,7%
<b>Total</b>	1	100,0%	34	100,0%	57	100,0%	6	100,0%	5	100,0%	14	100,0%	117	100,0%

Nota: Elaboração própria

Outro dado observado nas fichas do centro obstétrico foi que o procedimento de esvaziamento uterino tem registro diferenciado: no caso de aborto retido (colo fechado e BCF negativo), era administrado o medicamento misoprostol para a dilatação do colo, seguido de curetagem (29,1%); em outros atendimentos, havia a utilização de ocitocina venosa seguida de curetagem (66,7%). Não houve uso da técnica de Aspiração Manual Intrauterina (Amiu), bem como não foram realizados esvaziamentos uterinos em cinco casos: duas mulheres saíram à revelia; duas o fizeram pela demora na realização do ultrassom, após três dias de internação; e uma, por expulsão total do feto (aborto completo).

## Discussão

Este estudo observou uma proporção maior de adolescentes do que a que fora observada na década passada, e isto coincide com valores (20,7%) de outra pesquisa, realizada

na cidade de Bauru, em São Paulo (VIEIRA ET AL., 2007). Pesquisa nacional com dados do período de 1992-2005 aponta o grupo etário das adolescentes e as residentes na região Norte (ADESSE; MONTEIRO; LEVIN, 2008) como as únicas faixas em que a taxa anual de abortamento é de tendência crescente. Estes resultados corroboram a ideia de uma mudança no perfil etário dos casos de abortamento, em relação à década passada.

O relatório do Fundo de População das Nações Unidas (WEBER, 2012) destacou a ocorrência de 71 partos para cada mil adolescentes entre 15 e 19 anos, situando nosso País em 128º no *ranking* de gravidez precoce, entre 188 países, e sugerindo a necessidade de conhecimento sobre o grau de vulnerabilidade das adolescentes, suas experiências sexuais, de contracepção e práticas de aborto. Tais dados reforçam um necessário deslocamento das políticas públicas das mulheres para um enfoque não apenas nas que já foram mães, como também nas que se iniciam na vida sexual (HEILBORN ET AL., 2011). Estudo internacional das taxas de aborto apresentadas

por distribuição etária em diferentes países seguiram três padrões básicos (BANKOLE; SINGH; HAAS, 1999): um com a forma de U, em Cuba, no Canadá e na Dinamarca, com um declínio das taxas após a adolescência, entre mulheres de 20-24 anos ou 25-29 anos, e níveis de crescimento máximo entre 40 anos e mais; e outro, de aumento linear com a idade, na Bulgária, na Turquia e no Cazaquistão. Em países como a República Tcheca, na década de 1990, as taxas de aborto tiveram uma associação positiva com o aumento da idade. Já na Suécia e na Holanda, há um terceiro padrão: a curva é um J invertido quando as adolescentes têm uma taxa mais alta do que as mulheres da faixa etária de 40 anos e mais. Acrescentamos, analisando os dados do Datasus (ADESSE; MONTEIRO; LEVIN, 2008), que a curva no Brasil seria em forma de U com um crescimento na adolescência seguido de um declínio após 29 anos e um novo aumento depois dos 40 anos.

Pesquisa nacional (DINIZ; MEDEIROS, 2010) apontou que o abortamento é mais frequente entre mulheres com menor nível de escolaridade. Os efeitos diretos da baixa escolaridade podem estar expressos na falta de informação sobre sexualidade e reprodução, mas também afetam as condições de participação no mercado de trabalho, o acesso à renda e os padrões de união conjugal, entre outros. Por isso, a variável ocupação (26,5% das mulheres com ocupação em serviços de comércio e 11,9% de domésticas) foi utilizada como *proxy* da escolaridade. Poderíamos acrescentar que tais situações de vulnerabilidades imbricadas influenciam o acesso à assistência de saúde reprodutiva. Embora haja falta de registro nos prontuários sobre o nível de escolaridade, as ocupações desempenhadas pelas mulheres analisadas denotam que a maioria faz parte de grupos populacionais socialmente vulneráveis e estão inseridas em um contexto de desigualdades sociais.

Os registros dos prontuários pouco esclareciam sobre as circunstâncias do início do processo de abortamento: somente 2 casos foram anotados como abortamentos espontâneos, enquanto 16 (13,7%) foram referidos

pelas pacientes como induzidos por manobras abortivas pré-internação. Cabe lembrar que, das internações no Sistema Único de Saúde por motivo de abortamento, estima-se que, 25% destes sejam espontâneos; 2%, abortos previstos em lei; e os demais, induzidos (ADESSE; MONTEIRO; LEVIN, 2008).

A precocidade da ocorrência dos abortamentos refletida na IG abaixo de 12 semanas, para 93% (n=103) das mulheres, é um dado que pode ser considerado revelador, na medida em que os casos de IG avançada estão mais associados a complicações, conforme descrito em outras pesquisas (RAMOS; FERREIRA; SOUZA, 2010). Além disso, houve ausência de óbitos ou necessidade de intervenções cirúrgicas maiores ou de terapia intensiva, embora a média do tempo de internação das mulheres tenha sido de três dias.

A totalidade dos prontuários apresentou ausência de registro do diagnóstico de entrada e de saída, uma condição que pode estar presente em outros serviços do SUS que recebem mulheres em situação de abortamento e pode contribuir para o sub-registro do número e dos tipos de abortamentos existentes no País. Um importante achado da presente pesquisa diz respeito ao número elevado de mulheres com diagnóstico de aborto não especificado (84,6%). A falta desse registro pode representar uma prática justificada, talvez, pela condição de ilegalidade dos abortos que chegam em curso nos serviços de saúde, através dos quais os profissionais vivenciam dilemas éticos, morais e/ou de objeção de consciência. Dessa forma, lança-se mão de estimativas e é legítima a suposição de que, entre os casos estudados, há uma grande proporção de abortamentos inseguros (ADESSE; MONTEIRO; LEVIN, 2008).

Quanto às complicações do abortamento, o registro de infecção em apenas 4,3% dos casos, sem indicativo de choque, abdômen agudo e/ou perfuração uterina, aponta uma morbidade com bom prognóstico para as mulheres, ainda que possa ter havido sub-registros de possíveis manobras abortivas

feitas pelas mulheres, e de complicações decorrentes destes abortamentos. Mesmo para os casos considerados mais graves, na avaliação de risco da porta de entrada (80% das mulheres com risco de cor vermelha e 33,3% de cor laranja), o tempo de permanência foi de dois dias de internação na unidade.

Apesar dos limites legais, algumas mulheres informaram – e os profissionais registraram – o uso de Cytotec® (misoprostol) para os abortos induzidos. Este dado, ainda que reduzido em nossa pesquisa, pode expressar uma mudança de tendência das manobras abortivas realizadas pelas mulheres, com a substituição das antigas práticas populares (chás, aplicação *in loco* de permanganato de potássio e outras substâncias abrasivas, objetos perfurantes, intervenções de ‘curiosas’) pelo Cytotec® (SINGH; MONTEIRO; LEVIN, 2012). Pesquisas com enfoque nas complicações pós-abortamento, sobre o uso deste medicamento por mulheres, para indução, referem uma menor ocorrência de eventos infecciosos e hemorrágicos, diferentemente dos métodos descritos na década passada. A singularidade da experiência das mulheres brasileiras com o misoprostol tem sido expressa em publicações acadêmicas e leigas (MENEZES; AQUINO, 2009).

Em relação ao tratamento, enquanto o Ministério da Saúde preconiza a utilização da técnica de Amiu nos casos de esvaziamento uterino, em até 12 semanas de gestação (BRASIL, 2011), o procedimento de rotina nesta maternidade é a curetagem uterina. Segundo o mesmo guia técnico, são escolhas aceitáveis de método no primeiro trimestre: aspiração intrauterina, abortamento farmacológico (misoprostol) e curetagem uterina. Estudo de Saciloto *et al.* (2011) apontou que o procedimento Amiu pode reduzir o período de internação, sendo, inclusive, uma medida de verificação do fluxo e da qualidade da atenção. Também recomendado e progressivamente utilizado nos casos de abortamento, o misoprostol – análogo sintético da prostaglandina – tem ação uterotônica e de amolecimento do colo uterino. Este medicamento

consta da 7ª. Portaria da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) desde 2010, e teve protocolo de uso editado pelo Ministério da Saúde em 2012 (BRASIL, 2012).

Um aspecto interessante, que pode estar associado à implementação da RC, é a presença de acompanhantes (53,84%) na chegada das pacientes à unidade. Componente da assistência ao parto e ao nascimento, esta proposta de modelo de atenção humanizada rompe com uma prática passada, de deixar a mulher sozinha como uma punição por ter interrompido a gravidez, e pode representar certo nível de apoio social (AQUINO *ET AL.*, 2012). Destaca-se, também, a importância deste registro para que seja avaliado o cumprimento dessa diretriz no âmbito do SUS (Lei nº 11.108) e para que seja permitida a medição de seu efeito na humanização da assistência ao abortamento e na saúde da mulher.

Outra questão relacionada à RC foi a diretriz de acolhimento e avaliação de risco, que permitiu avaliar que, para a maioria dos casos mais graves, o tempo para a internação ultrapassou o limite indicado (RIO DE JANEIRO, 2013). Os dados relativos à classificação de cor vermelha indicaram que todos excederam o tempo preconizado para a internação imediata. Em relação aos de cor laranja, apenas um caso seguiu encaminhamento no tempo adequado.

## Conclusão

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, metade das gestações são indesejadas, com uma a cada nove mulheres recorrendo ao abortamento (OMS, 2013). A preocupação com a redução da morbimortalidade por abortamento tem sido objeto de normas e protocolos do Ministério da Saúde à luz dos objetivos das Metas do Desenvolvimento do Milênio (BRASIL, 2010). Com base na observação empírica de que existe uma defasagem entre o preconizado e o realizado no SUS, deu-se a motivação deste estudo, bem como a necessidade de se

conhecer os graus e tipos das complicações do abortamento e da assistência prestada nos serviços emergenciais de saúde.

As condições restritivas e punitivas da lei brasileira podem ser importantes justificativas para a ocorrência de limitações no acesso aos serviços de saúde com vistas ao atendimento precoce, principalmente nos casos com complicações obstétricas geradas pelo abortamento induzido. No entanto, a maioria dos registros quanto à IG inferior a 12 semanas pode ter contribuído para um perfil de complicações mais leves em nossos achados, corroborando a literatura científica (RAMOS; FERREIRA; SOUZA, 2010), na qual o abortamento realizado em IG menos avançada estaria associado a menores índices de complicações. Das mulheres que informaram como o aborto foi realizado, todas citaram o uso de misoprostol. As evidências científicas (BRASIL, 2012; OSAVA ET AL., 1997) têm ampliado o debate sobre a possibilidade de o acesso a este medicamento, pelas mulheres (ainda que usado em situação de ilicitude), possa reduzir a morbidade e a mortalidade por abortamento.

Pela leitura dos prontuários, pôde-se observar que, naquela unidade, o atendimento às mulheres em abortamento é dissonante em relação ao preconizado pela Norma Técnica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) quanto ao esvaziamento uterino com o procedimento de Amiu, este que implicaria em redução do tempo de permanência na unidade, uma vez que esta técnica demanda menor nível de anestesia e recuperação mais rápida (SACIOTO ET AL., 2011).

Cabe ressaltar a importância das iniciativas de aprimoramento da qualidade da assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério por meio do Programa Cegonha Carioca (2013), semelhante ao programa nacional da RC. A inclusão dos casos de abortamento na proposta de acolhimento e avaliação de risco expressa uma mudança na direção de um modelo de atenção humanizada e baseado em evidências científicas, o que pode contribuir para

a redução da mortalidade materna por esta causa. Os resultados do estudo indicam, porém, que ainda são necessários investimentos para que as ações previstas sejam realizadas de acordo com os protocolos assistenciais disponíveis. Isto porque somente 36,6% das mulheres que passaram pela avaliação de risco foram adequadamente encaminhadas, segundo o tempo preconizado.

O acolhimento orientado pelos princípios da humanização da assistência e de garantia de direitos humanos contempla “o tratamento digno e respeitoso, a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir de homens e mulheres” (BRASIL, 2011, P. 23). É nesta etapa inicial do fluxo da atenção que, potencialmente, as barreiras operacionais de acesso à internação podem ser reduzidas, constituindo, assim, um espaço para uma escuta privilegiada, por exemplo, sobre os métodos utilizados em manobras abortivas por mulheres, no caso do abortamento induzido.

A proposta da RC possibilita privacidade e confidencialidade, e pode operar mudanças no processo do cuidado e do respeito aos direitos das mulheres. Com trato respeitoso, livre de julgamento moral e embasado nos critérios técnicos das vulnerabilidades clínico-obstétricas, as equipes de saúde podem contribuir para um tratamento mais adequado às necessidades da clientela, atendendo aos princípios da Política Nacional de Humanização da Atenção com acolhimento e classificação de risco em tempo adequado pelos serviços.

Os registros sobre aborto permanecem ocultos, impossibilitando o desvelamento da magnitude do tema pelas pesquisas de prontuários médicos. Isto talvez se justifique pela condição de ilegalidade dos abortos incompletos que chegam aos serviços de saúde, através dos quais os profissionais vivenciam dilemas éticos, morais e/ou de objeção de consciência. Em nosso estudo, a quase totalidade dos prontuários apresentava falta de anotação do diagnóstico de entrada e da CID,

o que pode se refletir no sub-registro do número e dos tipos de abortamentos. A falta de informações em diversos campos dos prontuários foi um fator limitador no estudo, o que culminou na classificação da grande maioria dos tipos de abortamento (84,7%) como ‘não especificado’.

Ainda que apresente limitações, o estudo pode colaborar com o campo de conhecimento sobre a assistência prestada ao

abortamento. A qualificação do preenchimento das fichas pelos profissionais de saúde – desde as informações sobre a queixa principal, a evolução clínica e cirúrgica, e o diagnóstico de saída – é primordial, tanto para um melhor conhecimento sobre as complicações do abortamento e a assistência prestada quanto para a utilização de dados reais e menos estimados sobre a realidade das mulheres que abortam. ■

## Referências

- ADESSE, L.; MONTEIRO, M. F. G.; LEVIN, J. Abortamento, um grave problema de saúde pública e de justiça social. *Revista Radis – Comunicação em Saúde*, Rio de Janeiro, n. 66. <Disponível em: <[http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis\\_66.pdf](http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_66.pdf)>. Acesso em: 9 mar. 2008.
- AQUINO, E. *et al.* Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1765-1776, 2012.
- BANKOLE, A.; SINGH, S.; HAAS, T. Characteristics of women who obtain induced abortion: a worldwide review. *Internacional Family Planning Perspectives*, New York, v. 25, n. 2, p. 68-77, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Área Técnica da Mulher, 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica da Mulher. *Protocolo do misoprostol*. 2012. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_utilizacao\\_misoprostol\\_obstetricia.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_utilizacao_misoprostol_obstetricia.pdf)>. Acesso em: 6 ago. 2015.
- DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 959-966, 2010.
- FUSCO, C. L. B.; ANDREONI, S.; SILVA, R. S. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza – Favela Inajar de Souza. *Rev. bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 78-88, 2008.
- HEILBORN, M. L. *et al.* Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios. *Sex Saúde Soc.*, Rio de Janeiro, n. 12, 2011.
- MARIUTI, M. G. *et al.* Abortamento: um estudo da morbidade hospitalar no país. *Revista Brasileira de Medicina*, São Paulo, v. 67, n. 4, p. 97-103, 2010.
- MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25 supl. 2, 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde*. 2 ed. Genebra: OMS, 2013.
- OSAVA, R. H. *et al.* Perfil reprodutivo e padrões de consumo do misoprostol (Cytotec) como droga abortiva em usuárias de baixa renda. *Revista enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 325-330, 1997.
- RAMOS, K. S.; FERREIRA, A. L. C. G.; SOUZA, A. I. Mulheres hospitalizadas por abortamento em uma Maternidade Escola na Cidade do Recife. Brasil. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 605-610, 2010.
- RIO DE JANEIRO (Cidade). Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. *Gestão do Programa Cegonha Carioca – Módulo Acolhimento*. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/176388/DLFE-208307.../AnexoB.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2013.



SACIOTO, M. P. *et al.* Aspiração manual intrauterina no tratamento do abortamento incompleto até 12 semanas gestacionais: uma alternativa à curetagem uterina. *Rev. bras. ginecol. obstet.*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 10, p. 292-296, 2011.

SINGH, S. *et al.* Aborto a nível Mundial: que há cambiado? In:\_\_\_\_\_. *Aborto a nível mundial: uma década de progresso desigual*. Nova Iorque: Allan Guttmacher Institute, 2010, p. 7-11.

SINGH, S.; MONTEIRO, M. F.; LEVIN, J. Trends in hospitalization for abortion-related complications in Brazil, 1992-2009: Why the decline in numbers and severity? *International journal of gynaecology and Obstetrics*, Edmond, n. 118, p. 99-106, 2012.

VICTORA, C. G. *et al.* A saúde das mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*, Londres, p. 32-46, maio 2011. (Saúde no Brasil, 2).

VIEIRA, L. M. *et al.* Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1201-1208, 2007.

WEBER, D. Brasil em 128º em ranking de gravidez precoce. *O Globo*. Disponível em: <[www.oglobo.com.br](http://www.oglobo.com.br)>. Acesso em: 10 mar. 2013.

---

Recebido para publicação em junho de 2014  
Versão final em julho de 2015  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Integralidade do cuidado no Programa de Controle do Câncer de Colo Uterino: visão das usuárias com alteração na citologia oncótica

*Integrity of health care in Control Program of Cervical Cancer: the view of users with occurrence of citopathological alteration*

Brígida Gimenez Carvalho<sup>1</sup>, Carolina Milena Domingos<sup>2</sup>, Fernanda de Souza Leite<sup>3</sup>

**RESUMO** Objetivou-se avaliar a integralidade no cuidado de mulheres atendidas pelo Programa de Controle do Câncer de Colo Uterino. Estudo avaliativo, qualitativo, que analisou o acompanhamento e o tratamento de mulheres com alteração na citologia oncótica nos serviços que compõem a rede de atenção, segundo a percepção das mulheres entrevistadas no segundo semestre de 2013. Realizada a análise temática de conteúdo, verificou-se que o acesso ao exame não garantiu a continuidade do cuidado, devido à falta de acolhimento/vínculo e à dificuldade de acesso ao tratamento. Constata-se a necessidade de outras medidas de avaliação do programa que mensurem a integralidade do cuidado, para além da cobertura de exames.

**PALAVRAS-CHAVE** Integralidade em saúde; Acesso aos serviços de saúde; Acolhimento; Atenção Primária à Saúde.

**ABSTRACT** *It was aimed to evaluate the integrality in health care of women treated by the Control Program of Cervical Cancer. Evaluative, qualitative study that examined the monitoring and the treatment of women with citopathological alteration in services that compose the network of care, according to the perception of women interviewed in the second half of 2013. Once performed the thematic content analysis, it was found that access to the examination did not ensure the continuity of care, due to the lack of receptiveness/link and to the difficulty in access to treatment. It was found the need of other assessment measures of the program, that measure the integrality in health care, beyond the coverage tests.*

**KEYWORDS** *Integrality in health; Health services accessibility; User embracement; Primary Health Care.*

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Londrina (UEL), Departamento de Saúde Coletiva - Londrina (PR), Brasil.  
brigidagimenez@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Estadual de Londrina (UEL), Departamento de Saúde Coletiva - Londrina (PR), Brasil.  
carolinamdomingos@gmail.com

<sup>3</sup>Universidade Estadual de Londrina (UEL), Residência Multiprofissional em Saúde da Família - Londrina (PR), Brasil.  
fernanda\_leiti@hotmail.com

## Introdução

O câncer do colo do útero é um problema de alta magnitude e transcendência entre as mulheres. Anualmente, são diagnosticados 528 mil novos casos desse tipo de câncer, e estima-se que tenha sido o responsável pela morte de 266 mil mulheres no mundo no ano de 2012 (WHO, 2012). No Brasil, é o segundo tumor mais frequente entre a população feminina e a quarta causa de morte de mulheres por câncer (INCA, 2011).

Devido à magnitude do problema e com o intuito de incorporar a realização da detecção precoce da neoplasia, ações de prevenção do câncer têm sido desenvolvidas no Brasil desde 1984. Em 1998, foi criado o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo do Útero (PNCCU), desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS), em parceria com o Instituto Nacional do Câncer (Inca). Em 1999, surgiu o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo), para monitoramento e gerenciamento das ações (INCA, 2011).

No ano de 2005, foi instituída a Política Nacional de Atenção Oncológica, e, a partir de 2006, as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do câncer de mama e do colo de útero devem constar nos planos de saúde estaduais e municipais, como indicador universal para pactuação entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013).

Para que as metas e os indicadores pactuados sejam cumpridos, a Unidade Básica de Saúde (UBS) tem relevante papel enquanto coordenadora da rede de atenção, pois cabe a ela articular-se aos demais serviços que compõem a rede de atenção ao câncer, além de desenvolver ações relacionadas à coleta do exame papanicolau. Essa articulação deve ser realizada com o objetivo de ordenar o cuidado na referida rede, integrando ações de promoção e prevenção da saúde ao tratamento e à reabilitação, visando à garantia da integralidade da atenção às mulheres.

A discussão sobre integralidade, no Brasil, na área da gestão, apresenta dois eixos

distintos, mas interligados. O primeiro refere-se à utilização das tecnologias de saúde disponíveis para todos os usuários do SUS, com base nas necessidades e com a prudência necessária a um bom resultado. O outro eixo trata de como implantar esse princípio estruturante. A aposta atual passa pela constituição de redes de atenção articuladas e ordenadas pela Atenção Básica, possibilitando a qualificação e a resolubilidade para a consequente integralidade da atenção (MAGALHÃES JÚNIOR, 2008).

Como ordenadora do cuidado na rede de atenção, é fundamental que os trabalhadores integrantes da equipe da UBS conheçam a população usuária de seu território e identifiquem grupos prioritários e/ou de risco e para os quais já existam ações e/ou programas estruturados. Essa estruturação, denominada ação programática em saúde, tem como proposta organizar o trabalho de saúde fundamentada no ideal da integração sanitária e inspirada em tecnologias de base epidemiológica, ou seja, possui uma racionalidade de intervenção que articula ações terapêuticas individuais e ações de saúde coletiva (SALA; NEMES; COHEN, 1996).

Tais ações são fundamentais quando se pensa na organização das demandas atendidas nas UBS pelo PNCCU, no entanto, necessitam de constantes avaliações que subsidiarão o planejamento e a readequação das atividades desenvolvidas. Para isso, devem-se avaliar as intervenções realizadas por meio de dispositivos que permitam fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre aquela intervenção (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

A maioria das avaliações de programas e serviços desenvolvidas no Brasil tem caráter normativo, com foco no alcance de metas de cobertura quanto ao número de consultas/procedimentos realizados, sendo rara a utilização de indicadores de qualidade. Esses são facultativos e variam de acordo com as características dos serviços, das equipes e do processo de trabalho (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004).

No caso do PNCCU, seria fundamental uma avaliação qualitativa, tendo em vista que a utilização de métodos estritamente

normativos impossibilita avaliar se o tratamento em tempo oportuno foi atingido, já que, a depender de como as mulheres vivenciam e enfrentam esse problema na rede de serviços, determinará a realização ou não do acompanhamento e do tratamento necessários.

Desta forma, o estudo teve como objetivo avaliar a integralidade do cuidado prestado às mulheres atendidas pelo Programa, por meio da análise de como se deu o acesso ao resultado do exame, ao tratamento e como foi o acompanhamento das pacientes nos serviços que compõem a rede de atenção, segundo a percepção das próprias mulheres.

A rede de atenção e de controle do câncer uterino no município em que a pesquisa foi desenvolvida é constituída por UBS, laboratórios diagnósticos, hospitais gerais, hospital de referência para o tratamento do câncer e pelo consórcio intermunicipal de saúde, que disponibilizam serviços de apoio diagnóstico e terapêutico nessa área.

## Referencial teórico

Neste estudo, a avaliação foi realizada na perspectiva da integralidade do cuidado prestado às mulheres no PNCCU. A integralidade é um termo polissêmico, que pode ser usado no sentido de um olhar para o ser humano como um todo – a integralidade vertical. Também pode ser utilizado no sentido do acompanhamento ao usuário em todos os níveis de atenção à saúde, no que se refere ao acesso à promoção, à prevenção, ao tratamento e à recuperação da saúde – a integralidade horizontal (CARVALHO, 2006).

Segundo Mattos (2001), a integralidade, desde a criação do SUS, segue sendo um bom indicador da direção a ser seguida pelo sistema e suas práticas. Esse mesmo autor aponta três conjuntos de sentidos do princípio da integralidade:

[...] o primeiro conjunto se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde,

sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática; o segundo conjunto refere-se a atributos das organizações dos serviços; o terceiro aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde. [...] Quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, quer como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo. (MATTOS, 2001, P. 61).

Para Silva Junior e Mascarenhas (2004), a integralidade engloba o acolhimento, o vínculo e a qualidade da atenção. Para esses autores, o acolhimento envolve o acesso, seja geográfico ou organizacional, e a postura, tanto na escuta como na atitude profissional-usuário. O vínculo refere-se ao afeto, à continuidade do cuidado, pela aceitação e pelo relacionamento de confiança, expectativas, percepções e singularidades do usuário, além da adesão ao tratamento. É a relação terapêutica que reflete na eficácia do tratamento. Já a qualidade da atenção baseia-se na conduta profissional e na interação com o usuário. A relação profissional-usuário engloba satisfação, expectativas e adaptação. Buscam-se, como resultado, além da cura do biológico, também melhores atitudes e comportamentos (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004).

## Método

Trata-se de um estudo avaliativo, de natureza qualitativa, em que se realizou um monitoramento sistemático das mulheres atendidas pelo PNCCU em uma UBS no ano de 2012, cujos resultados dos exames de citologia oncótica estavam alterados.

Essa UBS se localiza em um município da região Sul do País e sua área de abrangência abarca uma população estimada de 9.568

habitantes (IBGE, 2010), sendo que 50,8% são mulheres. Estima-se que, na faixa etária de 25 a 64 anos, público alvo do PNCCU, residem no território dessa UBS 2.600 mulheres. No ano de 2012, a meta pactuada da unidade em estudo para cobertura de exames de Citologia Oncótica (CO) foi de 650 exames coletados. Naquele ano, essa meta foi superada, tendo sido atingida uma cobertura de CO de 112%.

Com relação à população de estudo, os critérios de inclusão foram: ter coletado CO no ano de 2012, ter alguma alteração no resultado do exame e residir na área de abrangência da UBS. Os critérios para exclusão foram: não ter alteração no resultado de CO coletado na UBS no ano de 2012, ter se mudado da área de abrangência, ou não pertencer a ela, e, mesmo que residindo na área, não ter sido encontrada em sua residência após três visitas, realizadas em dias e horários alternados. Desta forma, a população inicial de estudo foi composta por 26 mulheres que tiveram seu exame de CO alterado.

Foram consideradas alterações no exame de CO as seguintes atípicas celulares: células atípicas de significado indeterminado em células escamosas; lesão intraepitelial de baixo grau em células escamosas; células atípicas de significado indeterminado em células glandulares; células atípicas de significado indeterminado de origem indefinida; lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão; carcinoma epimóide invasor em células escamosas; adenocarcinoma *in situ*; adenocarcinoma invasor, cervical, endometrial, sem outras especificações; e outras neoplasias malignas em células glandulares (LONDRINA, 2006).

Os dados da população de estudo foram obtidos por meio dos relatórios de acompanhamento do PNCCU da UBS, do ano de 2012. A partir da identificação das mulheres, foram realizadas visitas domiciliares para realização de entrevistas com um roteiro semiestruturado, no período de julho a agosto de 2013. O roteiro contemplou, além de questões sobre a caracterização (nome, idade, escolaridade), e que serviram para descrever o perfil das

mulheres pesquisadas, outras questões que permitiram conhecer a percepção de como receberam o resultado do exame alterado e como se deram o acompanhamento e/ou o tratamento na UBS e na rede de serviços.

As mulheres foram esclarecidas sobre o objetivo da pesquisa e lhes foram garantidos o anonimato e o sigilo no tratamento dos dados, bem como a possibilidade de desistirem de sua participação em qualquer etapa da pesquisa. Após receberem todas as informações, as que concordaram em participar preencheram o termo de consentimento livre e esclarecido. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Após transcrição, os dados foram trabalhados e editados para a correção gramatical, excluídos os vícios de linguagem, as pausas e interferências, para guiar o leitor à compreensão do sentido da entrevista. Para não identificar os depoimentos, esses foram codificados com letra e número (E1, E2... En), na ordem em que foram realizadas as entrevistas.

Para análise do material empírico, foi utilizada a técnica de análise temática de conteúdo, que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 2009, p. 131).

A análise de temática de conteúdo prevê a organização e a realização das atividades em três etapas: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados, ou seja, a inferência e a interpretação. A pré-análise consistiu numa fase de organização do material, e foi realizada a leitura flutuante, de forma a possibilitar a impregnação do seu conteúdo. A exploração do material consistiu em operações de codificação/categorização, processo pelo qual os dados brutos foram transformados e agregados em unidades. O tratamento dos resultados consistiu na interpretação da categorização realizada, com base no referencial teórico de integralidade proposto por Junior e Mascarenhas (2004).

Os aspectos éticos foram respeitados.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina, sob o parecer nº 053/2013, CAAE nº 15588213.0.0000.5231.

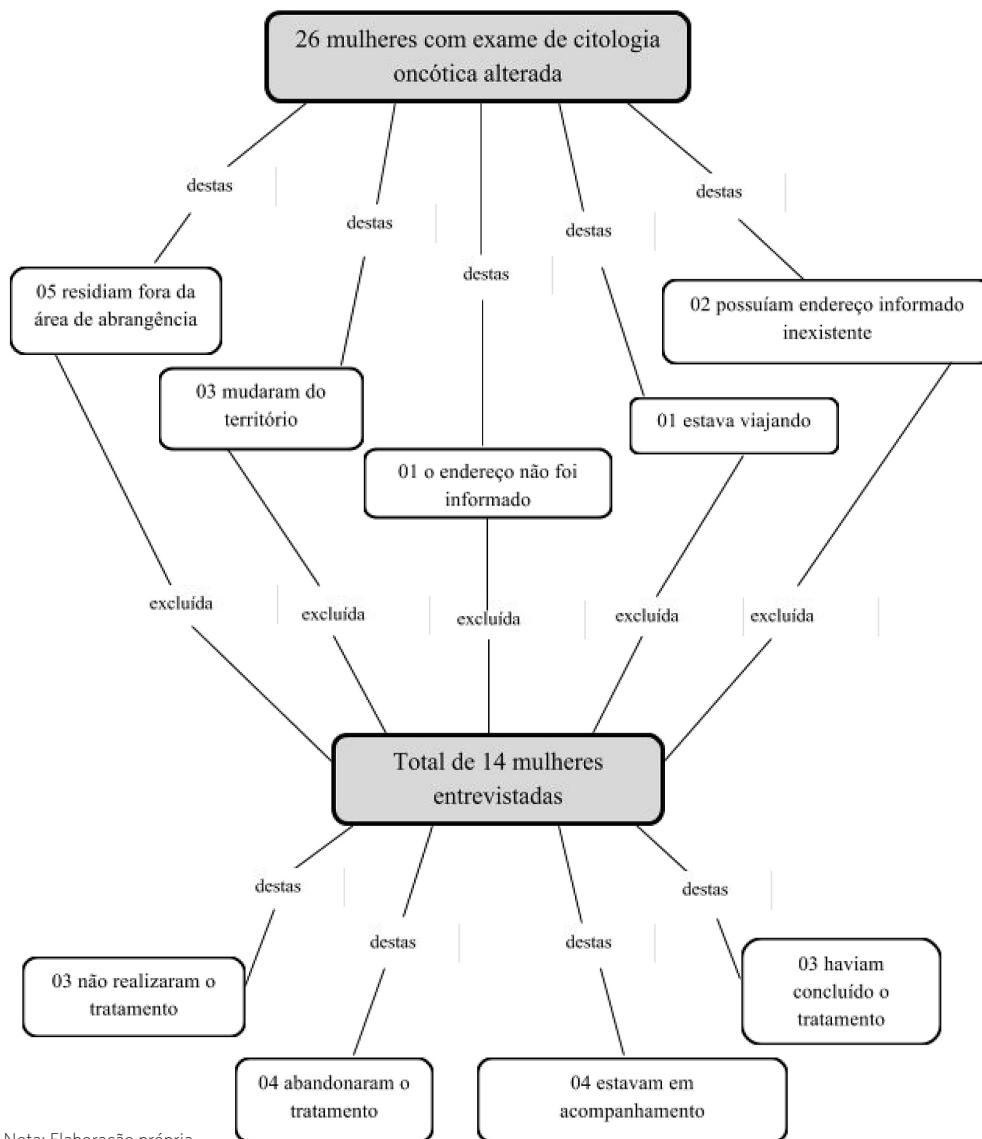
## Resultados e discussão

### Caracterização da população de estudo

Das 26 mulheres que tiveram o exame de CO alterado no ano de 2012, cinco residiam

fora da área de abrangência da UBS; três se mudaram do território assistido pela unidade; duas possuíam endereço informado inexistente; uma não teve o endereço informado; e uma estava viajando durante o período em que foram realizadas as três visitas domiciliares. Assim, foram entrevistadas 14 mulheres identificadas na área de abrangência da UBS. Das mulheres participantes do estudo, três não realizaram o tratamento indicado; quatro apenas começaram e abandonaram o tratamento; quatro ainda estavam em acompanhamento; e apenas três já haviam concluído o

Figura 1. Fluxograma de identificação da população de estudo e realização do tratamento indicado



Nota: Elaboração própria

tratamento à época da entrevista (*figura 1*).

Com relação à idade das entrevistadas, a maioria (78,6 %) estava na faixa etária de 25 a 64 anos, priorizada pelo programa de controle do câncer de colo de útero para a realização do exame. Entretanto, um percentual significativo das participantes (21,4%) com exame alterado possuía idade entre 15 a 24 anos.

Quanto à escolaridade, a maioria possuía ensino médio (35,7%) e fundamental (14,2%) completo. A minoria (14,2%) das mulheres iniciou o ensino superior, no entanto, nenhuma o havia concluído à época da entrevista. Quanto à ocupação, a maioria das participantes do estudo trabalhava fora de casa (71,4%).

Com relação ao tipo de alteração no resultado dos exames, quatro corresponderam a metaplasia escamosa imatura, duas possivelmente não neoplásicas, duas NIC I e seis NIC II/ III. Já na busca e na caracterização da população de estudo, a impossibilidade de identificação de 12 (46%) das 26 mulheres que tiveram seu resultado de exame alterado e o abandono ou não realização do tratamento de sete (50%) das 14 mulheres encontradas demonstram a fragilidade da UBS na identificação e na localização da população adscrita.

A execução das práticas de saúde sobre um território e a estratégia de territorialização, com adscrição da população e realização de busca ativa da mesma, contribuem para a garantia do acesso e a continuidade do cuidado (SANTOS; RIGOTTO, 2010). No entanto, para esses autores, a territorialização no contexto das ações da Atenção Básica (AB) à saúde vem sendo tratada de forma parcial. A ênfase nas características geográficas do local para fins administrativos tem limitado suas possibilidades de identificação de questões de saúde e das correspondentes iniciativas de intervenção concreta na realidade cotidiana da população, ou mesmo na importância da identificação do indivíduo (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

Para além dessa dimensão, o território,

na condição de cotidiano vivido no qual se dá a interação entre as pessoas e os serviços de saúde no nível local do SUS, caracteriza-se por uma população específica, com seus respectivos problemas de saúde. A compreensão do território, com toda a sua riqueza e complexidade, sinaliza uma etapa primordial para a caracterização descritiva e analítica das coletividades humanas e de seus problemas de saúde, abrindo espaços para o desenvolvimento de práticas de saúde voltadas para as pessoas (SANTOS, 2008).

De acordo com a portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, faz parte do escopo de seus fundamentos e diretrizes, além de a equipe atuar em um território adscrito, desenvolver relações de vínculo e responsabilização para com a população desse território. Essas relações colaboram para o alcance da longitudinalidade do cuidado. Desta forma, a relação entre trabalhador e usuário é permeada pela confiança e pelo afeto que permitem a construção do vínculo e da responsabilização pelo cuidado de modo constante ao longo do tempo. Tal possibilidade colabora para que os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários sejam conhecidos e acompanhados pela equipe de saúde da UBS (BRASIL, 2011).

## **Acesso e acolhimento na perspectiva da integralidade do cuidado**

As mulheres participantes do estudo referiram fragilidades e potencialidades quanto ao acesso e ao acolhimento do serviço de saúde como medidas complementares para a garantia da continuidade do cuidado e do consequente alcance da integralidade do serviço prestado.

De acordo com as falas das usuárias, a

dificuldade da continuidade do cuidado já fica evidente no momento da coleta do preventivo, sendo ressaltado como “*algo constrangedor*” (E10); “*chato e vergonhoso*” (E07); “*Horrível! Não vai! Na hora, parece que eu estou fazendo uma cesárea, muito horrível. Eu não gosto*” (E11), o que pode resultar na recusa da mulher em realizar o tratamento. Oliveira *et al.* (2008) referem que as consequências do primeiro encontro entre profissional e usuário alteram de forma decisiva a passagem do usuário pela unidade e a resolução de seus problemas.

Apesar de expressarem esses sentimentos, a maioria das participantes do estudo reconhece o exame como necessário para o diagnóstico de patologias e que sua realização deve ser constante:

Quando eu fiz a primeira vez, foi esquisito, mas é sempre bom prevenir, por causa de doenças, câncer. O médico me explicou tudo como funciona [...] é sempre bom fazer. Se ocorrer alguma alteração, tratar também. (E07).

As entrevistadas citaram, como uma fragilidade do serviço, a forma de comunicação das alterações demonstradas nos resultados dos exames, feita por telefone pelos profissionais da unidade, sendo referida como fato que gerou ansiedade e desconforto nas usuárias. Houve um caso em que o resultado do diagnóstico foi informado de forma incorreta, e a usuária, entendendo que o resultado estava normal, não retornou para o tratamento: “*Deu tudo certo [...] não tinha nenhuma alteração*” (E07).

Outra barreira apresentada “*foi a demora que você leva para conseguir determinada consulta*” (E04) com o ginecologista da UBS em tempo oportuno para o tratamento. Esse fato foi indutor da busca de serviço de saúde especializado privado, sem ter havido encaminhamento da UBS: “*Não [fui encaminhada], fui direto pra lá porque eu desisti. Eu não quis passar com o ginecologista do posto porque não tinha muita*

*vaga*” (E01).

Os resultados levam a pensar sobre o problema do acesso ao tratamento necessário. Durante o processo de construção do SUS, foi propagado que a implementação da Estratégia Saúde da Família, de suas ações e serviços, ampliou o acesso aos usuários. Tal afirmação é válida quando se pensa na dimensão quantitativa do acesso: aumento do número de pessoas atendidas pelo sistema na Atenção Básica. No entanto, torna-se indispensável passar do enfoque estritamente quantitativo para o qualitativo, ou seja, considerar, além do primeiro atendimento, a continuidade do cuidado na rede de atenção e a qualidade do cuidado ao usuário (MERHY, 1998; CAMPOS, 1998; CAMPOS, 2003; MERHY ET AL., 2003).

Starfield (2004) discute acesso e acessibilidade, demonstrando que os significados desses termos se complementam, na medida em que acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis.

A demora da consulta com o ginecologista da unidade foi a justificativa dada pelo trabalhador de saúde para recomendar à usuária a procura de um serviço privado. Essa conduta contraria o conceito de acesso como a possibilidade da consecução do cuidado, de acordo com as necessidades de saúde. A inter-relação do acesso com a resolubilidade extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos como a oferta de serviços (SOUZA ET AL., 2008). Os encaminhamentos efetuados sem que tenham sido esgotados todos os recursos das ações e dos serviços da rede básica demonstram desresponsabilização com o cuidado ao usuário, levando ao aumento desnecessário da utilização dos serviços de média e alta complexidades. O atual modelo assistencial biologicista, médico centrado, gera um excesso de encaminhamentos para especialistas, alto consumo de exames e serviços pouco resolutivos (CAMPOS, 1992; MERHY, 1998), e não garante a integralidade da atenção ao usuário.

Além disso, vale lembrar o papel da AB



nas redes de atenção em saúde. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011), para o funcionamento das redes de atenção à saúde, a AB tem que ser a base, tem que ser resolutiva. Sua participação no cuidado se faz sempre necessária, devendo, por meio de uma clínica ampliada, ser capaz de construir vínculos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas.

Outros fatores que atuaram como empecilho para o tratamento foram as singularidades e especificidades das usuárias: a condição de estar gestante, em um dos casos, e a crise hipertensiva no momento da cirurgia, em outro, fizeram-nas abandonar o tratamento. Outra usuária referiu que o fato de ser a chefe da família e ter de cuidar das filhas também dificultou a continuidade do tratamento: *“Foram as meninas mesmo, porque não tem como. Minha mãe tem que trabalhar, sabe? Quando ela estava de férias, ela ficava pra mim, mais [...] é relaxo meu mesmo”* (E08).

No entanto, também houve potencialidades citadas pelas participantes do estudo. Uma usuária referiu estar satisfeita com o atendimento e o tratamento recebido: *“Já me encaminharam, me chamaram pra ir ao Hospital do Câncer e já foi feita a cirurgia [...]”* (E02), pois, havendo necessidade de encaminhamento, existe facilidade de agendamento e realização de exames. Esta atribuiu a percepção positiva sobre o cuidado que recebeu ao fato de ter sido ‘bem informada’: *“A enfermeira me informou, me orientou e me ajudou a marcar o mais rápido possível. Pelo problema de base, me chamaram mais rápido”* (E02).

Para outra participante do estudo, houve escuta do usuário:

a médica era bem tranquila, ela conversou bem. Ela até falou, se não tivesse procurado logo, tinha virado um câncer de útero. Ainda falei pra ela que eu sempre faço o exame, porque é uma doença quieta, ela vem e vem quietinha. (E14).

Essa condição permitiu a continuidade do cuidado.

Ressalta-se que a forma de agir do profissional que realiza o exame foi citada como facilitadora desde o momento da coleta do preventivo, pois, apesar de sentir *“vergonha mesmo, a enfermeira [Nome], ela me deixa bem à vontade”* (E08). A relação de afeto e confiança entre usuária e profissional é ilustrada na fala de outra mulher entrevistada:

Tanto pelas enfermeiras quanto as enfermeiras chefes, eu fiz o exame aqui, aí ela chegou pra mim e conversou, explicou tudo certinho, e o tratamento também foi super tranquilo. No preventivo, me alertaram que eu estava com uma carne esponjosa na entrada do útero [...] foi muito legal. (E01).

As potencialidades e fragilidades no cuidado às mulheres que tiveram resultado do exame de CO alterado nos remete à proposta do acolhimento como diretriz operacional dos serviços de saúde. Ele acontece na relação usuário-serviço como um dispositivo para propiciar o acesso, o vínculo entre equipe-população, desencadear o cuidado integral e modificar a clínica, em um processo mediado pela capacidade dos trabalhadores de recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar.

Para o Ministério da Saúde, o acolhimento é concebido como uma ação que acontece por meio de diálogos permanentes que alcancem a corresponsabilização do usuário no processo de produção da saúde (BRASIL, 2006). É um processo no qual trabalhadores e instituições tomam para si a responsabilidade a partir das principais necessidades de saúde (SOUZA ET AL., 2008).

Considerando a taxonomia adotada por Cecílio (2001), vale ressaltar que o vínculo, constitui uma necessidade de saúde a ser apropriada e trabalhada na prática cotidiana dos serviços de saúde. A criação de vínculo se consolida na relação de confiança que o usuário estabelece, a qual acontece ao longo

do tempo, com caráter pessoal, intransferível, de forma solidária.

Entretanto, apesar do que foi relatado pelas outras entrevistadas, uma usuária declarou não haver escuta por parte do trabalhador de saúde. O contato para informar sobre o diagnóstico foi feito de maneira impessoal, e o encaminhamento para outro serviço realizado sem o esclarecimento sobre o agravo e/ou tratamento proposto: “*Não sei quem me encaminhou, só sei que ligaram pra mim, e eu fui o ano passado*” (E13). Esse depoimento nos leva a inferir que, nessa situação, o atendimento não esteve centrado no usuário, o que faz com que o mesmo assuma a condição de objeto, sendo colocado à margem do plano terapêutico (SOUZA ET AL., 2010).

A falta de interação e vínculo pode ter gerado expectativas que não foram alcançadas, frustrações com relação ao cuidado prestado em uma das participantes do estudo. Esta disse ter ficado “*chateada [...] eu fui lá duas vezes [...] só tomei um remédio, um comprimido, e só, só isso aí*” (E03). Tal situação também foi referida como geradora de “*medo*”: “*Assim, é que eu nunca tinha feito. Ninguém me explicou essas coisas. Eu que tive que ir atrás pra saber*” (E07). Mesmo tendo sido relatada a falta de interação com o profissional de saúde, em alguns casos, várias usuárias citam o vínculo com a família como fator que ajudou na continuidade do tratamento:

Assim, quando eu cheguei e contei pra minha família, todo mundo me apoiou. ‘Você vai fazer o tratamento, você é forte, não é o bicho de sete cabeças. Você vai tratar e vai melhorar’. Então, eu fui bem tranquila também. (E11).

Para outra usuária entrevistada, o sentimento de fé em Deus se constituiu como estimulador de uma atitude de confiança e otimismo:

Falei com Deus e pensei que não era pra eu me preocupar, daí deu tudo certo. Eu fiz o exame

e a enfermeira falou que era pra me preparar para o tratamento. Pensei: nada do que elas estão falando é verdade. Eu falei: Senhor, eu vim aqui, o Senhor está no comando [...] então, fiquei bem tranquila (EN12).

Segundo Jaspard (2004, p. 208), apesar de o sofrimento ser, “antes de tudo, uma realidade existencial comum e autônoma no plano simplesmente humano”, para aqueles que têm fé e creem, com confiança, Deus está próximo dos que sofrem e os sustenta. Esse sentimento faz com que adotem uma postura que os estimula positivamente no enfrentamento das dificuldades experienciadas.

## Conclusões

O acesso à coleta da citologia oncológica atendeu à demanda apresentada e ultrapassou a cobertura estabelecida pelo programa, o que é fundamental, já que se constitui como a porta de entrada das mulheres para o cuidado, no tocante à prevenção e ao tratamento do câncer de colo de útero.

No entanto, os resultados deixam evidentes as dificuldades quanto à realização da continuidade do cuidado, apresentando fragilidades referentes à localização de usuárias com resultado de exame alterado e oferta de serviços na unidade e em outros serviços da rede. Esse cenário compromete a efetividade do Programa e a integralidade do cuidado a essas mulheres, na medida em que fica evidente a falta de captação de algumas delas para o tratamento. Este estudo demonstrou que apenas o rastreamento isolado não garantiu a qualidade da atenção em saúde para o grupo estudado.

É necessário compreender a coleta do preventivo como a primeira parte do cuidado, que deve ser constantemente monitorada com o apoio de indicadores e metas. Entretanto, o serviço de saúde também deve voltar sua estrutura organizacional para garantir a continuidade do cuidado,

imprescindível para gerar impacto sobre a situação de saúde de mulheres com o resultado de exame alterado.

Ainda que a postura acolhedora e o vínculo tenham sido percebidos como condicionantes para a qualidade da atenção e a efetividade do tratamento, esse caminho ainda não está consolidado, e parece impossível fazê-lo sem a participação de todos os envolvidos no processo saúde e doença, desde os usuários

aos trabalhadores e gestores.

Recomenda-se a constante realização da avaliação do programa de câncer para além de aspectos como a cobertura da realização do exame. Deve-se considerar o funcionamento da rede de atenção voltada para esse grupo, avaliando o acesso e a continuidade das usuárias ao tratamento. ■

## Referências

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. *Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
- \_\_\_\_\_. 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): *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 21 out. 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- CAMPOS, G. W. S. *A reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- \_\_\_\_\_. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- \_\_\_\_\_. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. (Org). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 229-266.
- CARVALHO, G. Os governos trincam e trancam o conceito de integralidade. *Radis: Comunicação em Saúde*. Rio de Janeiro, n. 49, p. 16, set. 2006.
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Os sentidos da integralidade da atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, ABRASCO, 2001. p. 113-127.
- FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I. *et al.* (Org.). *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 1-14.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo demográfico: Resultados da Amostra, Características da População*. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/temas.php?codmun=411370&idtema=90&search=parana|londrina|censo-demografico-2010:-resultados-da-amostra-caracteristicas-da-populacao->>. Acesso em: 20 fev. 2013.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. *Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero*. [Rio de Janeiro]: Inca, 2011. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PROGRAMA\\_UTERO\\_internet.PDF](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/PROGRAMA_UTERO_internet.PDF)>. Acesso em: 14 abr. 2014.
- JASPARD, J. Significação religiosa do sofrimento e posição psicológica na fé. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 191-212, 2004.
- LONDRINA. Prefeitura Municipal. *Prevenção do câncer de colo uterino e mama*. Londrina: Prefeitura Municipal, 2006.

- MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Prefácio. In: SILVA, S. F. (Org.). *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. Campinas: Idisa, 2008. p. 7-10.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: uma reflexão acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p. 39-64.
- MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. (Org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998, p. 103-120.
- MERHY, E. E. *A cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E. *et al.* *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- OLIVEIRA, A. *et al.* A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 749-762, 2008.
- SALA, A.; NEMES, M. I. B.; COHEN, D. D. A avaliação e a prática programática. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 173-192.
- SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica de saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro. v. 8, n. 3, p. 387-406, 2010.
- SANTOS, A. L. *A comunidade do mangue do bairro Vila Velha, Fortaleza/CE: o território e o cotidiano vivido a partir da perspectiva dos moradores e dos profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF)*. 2008. 248 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.
- SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da Atenção Básica em saúde sob ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIROS, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: UERJ, 2004. p. 241-257.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2004.
- SOUZA, E. C. F. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 1, p. S100-S110, 2008.
- SOUZA, K. M. J. *et al.* Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 904-910, dez. 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International Agency for Research on Cancer. *Globocan 2012*. Lyon, 2012. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/>>. Acesso em: 14 abr. 2014.

---

Recebido para publicação em abril de 2014  
Versão final em dezembro de 2014  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# A integralidade na assistência à saúde da criança na visão dos cuidadores

*The child health care integrality in the view of the caregivers*

Rosane Meire Munhak da Silva<sup>1</sup>, Cláudia Silveira Viera<sup>2</sup>, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso<sup>3</sup>, Eliane Tatsch Neves<sup>4</sup>, Reinaldo Antônio da Silva-Sobrinho<sup>5</sup>

**RESUMO** O artigo identifica o atributo integralidade e elementos do cuidado integral para resolução de problemas de saúde das crianças na percepção de seus cuidadores. Pesquisa qualitativa, baseada na hermenêutica-dialética, composta por 16 entrevistas e mapas falantes. Verificou-se: a assistência à saúde da criança com um olhar focado na doença, mas que o olhar para além do biológico começa a emergir; o cuidado centrado no êxito técnico em busca do sucesso prático; a inexistência de tecnologias leve-duras e duras para o cuidado. A parcialidade da integralidade levou a não resolutividade dos problemas de saúde infantil, demonstrando a necessidade de transformar o modo de pensar e fazer saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde da criança; Atenção Primária à Saúde; Cuidado da criança; Assistência integral à saúde; Cuidadores.

**ABSTRACT** *The article identifies the integrality attribute and elements of integral care for solving the health problems of children in the caregiver's perception. Qualitative research, based on the hermeneutic-dialectic, composed of 16 interviews conducted and talking maps. The data showed: Children's care focused on the sickness; a view further than the biologic is emerging; centered care on the technical success looking for practical success; non-existence of light-hard and hard technologies to the care. The partiality of integrality conducted to the non-solving of the children's health problems, it demonstrated a necessity to change the way of thinking and making health.*

**KEYWORDS** *Child health; Primary Health Care; Child care; Comprehensive health care; Caregivers.*

<sup>1</sup>Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) - Foz do Iguaçu (PR), Brasil. zanem2010@hotmail.com

<sup>2</sup>Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) - Cascavel (PR), Brasil. clausviera@gmail.com

<sup>3</sup>Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) - Cascavel (PR), Brasil. lb.toso@certto.com.br

<sup>4</sup>Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - Santa Maria (RS), Brasil. elianeves03@gmail.com

<sup>5</sup>Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) - Foz do Iguaçu (PR), Brasil. reisobrinho@yahoo.com.br

## Introdução

Embora seja constatada a redução dos índices de Mortalidade Infantil (MI), como remete o último relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) uma diminuição do índice para 16/1000 nascidos vivos (UNICEF, 2012), o grande problema que permanece e converge à saúde da criança no Brasil refere-se à concentração da MI no período neonatal, decorrente da prematuridade e de agravos perinatais, bem como da extensão de morbidades evitáveis e sensíveis à Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2009). Esse cenário demonstra que estratégias governamentais, implementadas por meio de políticas públicas, poderiam reduzir as causas que levam ao adoecimento infantil pela ampla cobertura à prevenção de doenças e promoção da saúde. Contudo, a vulnerabilidade em que se encontra a APS faz com que mortes evitáveis e hospitalizações por causas sensíveis a esse ponto de atenção continuem acontecendo, refletindo no aumento dos índices de morbimortalidade por causas evitáveis no País (OLIVEIRA ET AL., 2010).

A APS envolve um conjunto de propostas assistenciais distribuídas de forma uniforme a toda população, com vistas a resolver uma diversidade de problemas comuns pela oferta de ações preventivas, curativas e reabilitadoras (STARFIELD, 2002; MENDES, 2012). Para concretizar essas ações e resolver problemas de saúde, a APS apresenta como elementos estruturais os atributos da atenção ao primeiro contato, da longitudinalidade, da integralidade e da coordenação. Ressalta-se que estes devem estar articulados para funcionar efetivamente e alcançar resolutividade, somados inclusive a atributos complementares, quais sejam: a orientação familiar, comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002).

O atributo da integralidade, temática deste estudo, abrange a oferta da ampla rede

de serviços mediante as necessidades de saúde das pessoas, disponibilizadas a todo o momento, independentemente das dificuldades dos serviços (STARFIELD, 2002). Também é definido como a oferta de serviços de saúde para promoção, prevenção, cura, cuidado, reabilitação e palição, bem como a responsabilização dos serviços por problemas biológicos, sociais e psicológicos desencadeadores de doenças (FRACOLLI ET AL., 2011; MENDES, 2012).

Uma APS resolutiva poderia evitar mortes infantis redutíveis e hospitalizações pela contemplação e seguimento dos seus atributos, dentre os quais se tem a integralidade como condutor das ações de saúde, norteadas pelo cuidado integral. Nesse sentido, para alcançar a integralidade, é preciso repensar sobre a forma de reconstruir os serviços de saúde.

Percebe-se que as ações direcionadas à saúde da criança, destarte as políticas públicas já efetivadas, requerem transformações, visto que a morbimortalidade no período neonatal permanece elevada. Além disso, reconhece-se que cerca de 60% de mortes precoces poderiam ser evitadas por um conjunto de ações voltadas às necessidades das pessoas, caracterizadas pela integralidade (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2009). Essas ações – como exemplo, o acompanhamento ao crescimento e desenvolvimento da criança, imunização básica, visitas domiciliares – não têm sido desenvolvidas em sua plenitude no País (BRASIL, 2009; CURSINO; FUJIMORI, 2012).

Compreende-se que a resolução dos problemas de saúde das crianças deve ser iniciada na APS, pautando-se na integralidade para nortear as ações de cuidado a elas (STARFIELD, 2002). Nesse atributo da APS, o usuário deve ter os serviços disponíveis, e as ações devem estar direcionadas a um contexto amplo de saúde focada no cuidado integral. Esse enfoque implica em abdicar do reducionismo do cuidar, recusa a considerar o usuário um objeto em prol de contemplar a abertura ao diálogo, à interlocução. A concepção de integralidade acompanha a ruptura com o modelo biologista quando introduz que o entendimento do

problema vivido pelo usuário deve partir de uma relação de horizontalidade, pautada na realidade deste. Assim, o profissional de saúde precisa utilizar da escuta como ferramenta em seu processo de trabalho para planejar as necessidades de ações e de serviços de saúde que um usuário traz como demanda (AYRES, 2009; FRACOLLI ET AL., 2011).

O sentido de cuidar envolve o propósito e as formas de reedificar as intersubjetividades, em exercício das sabedorias práticas, alicerçadas as tecnologias, porém, não exclusivas para as intervenções em saúde. Nessa perspectiva, há de refletir sobre os horizontes a serem conquistados e os meios para alcançá-los, direcionados eticamente pela liberdade humana (AYRES, 2000). O cuidar abarca caminhos entre as subjetividades socialmente aceitas, as quais direcionam para o que o indivíduo define como bem-estar ou felicidade e a forma digna e moral de conseguí-la (AYRES, 2005).

Haja vista que as ações fragmentadas e descontínuas contribuem para o parcelamento do cuidado, subsidiam a incompletude das ações em saúde e favorecem o processo de adoecimento infantil, emerge então a necessidade de uma mudança no modo de cuidar desse grupo. Para cuidar integralmente, alguns elementos são apontados pela literatura (AYRES, 2004A), quais sejam: a) movimento, o construir o cuidado pelo movimento do viver; b) interação, estabelecer relações; c) alteridade, construção da identidade a partir da família e a reconstrução através de interações sociais; d) plasticidade, a capacidade de transformar; e) projeto, potencial criador do cuidado; f) desejo, ato que faz emergir projetos de ações, talvez o mais complexo modo para cuidar, pela livre escolha, o qual faz aumentar o interesse e necessidade pelas práticas de saúde; g) temporalidade, relação coerente do modo de ser cuidado; h) não causalidade, processo de formação humana que apreende os aspectos cognitivos do tipo causa-efeito, assim questionamentos sobre causa e efeito devem ser

contextualizados, do mesmo modo, perguntas não causalistas devem focar os princípios, práticas, valores que as originaram; i) responsabilidade, a necessidade de respostas para autocompreensão e construção formativa do ser humano.

Partindo dessas premissas, apresenta-se como objetivo deste estudo identificar a presença do atributo da integralidade da APS e dos elementos do cuidado integral para a resolução dos problemas de saúde das crianças no município de Cascavel (PR), na percepção de seus cuidadores.

## Método

Trata-se de pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa, utilizando-se do referencial da hermenêutica-dialética como método de análise. A abordagem qualitativa buscou compreender a dinamicidade do ser humano, ou seja, procurou significados implícitos nos dados do estudo, bem como aprofundou o caráter social e as dificuldades na construção do conhecimento (MINAYO, 2010).

O método hermenêutico refere-se à interpretação e à significação, o saber compreensivo motivado pelo interesse prático de grupos sociais (AYRES, 2000; AYRES, 2005; STREUBERT; CARPENTER, 2011). Esse tipo de estudo parte de uma experiência concreta do encontro ou alteridade, não se limitando a ser uma repetição lógica do método tradicional do pensar, pois busca ampliar o horizonte do pensamento por meio da compreensão e interpretação (GADAMER, 2008).

Este estudo é parte de projeto bicêntrico desenvolvido na Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) e na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), com fomento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Assim, os sujeitos deste estudo foram captados junto à amostra do estudo bicêntrico referente ao município de Cascavel, o qual tinha como objetivo caracterizar as crianças atendidas

em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) em dois municípios do sul do Brasil.

Observando-se que a busca pela UPA era de crianças, em sua maioria, menores de 1 ano e que as causas eram sensíveis à APS, buscou-se pela abordagem qualitativa compreender, a partir da percepção dos cuidadores, como o atributo da integralidade e os elementos do cuidado integral influenciaram na resolutividade da atenção à saúde da criança na APS. Desse modo, o total de sujeitos participantes do estudo foi 16 cuidadores, sendo 14 mães e 2 avós de crianças menores de 1 ano atendidas na UPA do município de Cascavel, em 2010. Os critérios de inclusão foram: cuidadores residentes na área urbana do município; possibilidade de contato telefônico prévio; cuidadores de crianças menores de 1 ano.

A busca de dados foi realizada em duas etapas. A primeira referiu-se à pesquisa documental realizada no Serviço de Arquivo Médico das UPA com o objetivo de caracterizar clinicamente a criança. A segunda etapa abrangeu o inquérito domiciliar; Mapa Falante (MF) e entrevista semiestruturada. Essa etapa foi realizada nas residências das famílias na procura de dados referentes a sua caracterização socioeconômica e à resolutividade da atenção à saúde da criança por meio da presença e seguimento do atributo integralidade e dos elementos do cuidado integral. O período de coleta envolveu o primeiro semestre de 2012.

O MF, técnica que é parte do método criativo sensível, relacionou-se a uma ferramenta de representação gráfica por meio de desenho simples do caminho percorrido pelos cuidadores em busca de atenção à saúde no adoecer da criança. Ressalta-se que esse momento permitiu a interação entre pesquisador e sujeitos (PACHECO; CABRAL, 2011).

Por tratar-se de pesquisa qualitativa, a somatória das entrevistas não apresentou relevância para a proposta metodológica, embora fizesse parte da práxis compreensiva. Dessa forma, quando os dados passaram a

gerar constructo, possibilitando agrupar subsídios para a compreensão lógica dos fenômenos estudados, e a transpor respostas aos questionamentos iniciais, encerrou-se a sua trajetória de busca (STREUBERT; CARPENTER, 2011).

A análise dos resultados deu-se com base nos princípios de análise temática, os quais indicam que se faça a organização dos dados traçando-se o mapa horizontal do material para, posteriormente, com base nos conceitos do quadro teórico e nos objetivos propostos, realizar leituras contínuas dos textos, fazendo uma relação interrogativa com eles para apreenderem-se as estruturas de relevância (MINAYO, 2010). Permitiu-se assim elaborar uma classificação por meio da leitura transversal, obtendo-se os eixos centrais de análise, estabelecendo-se a articulação entre os dados empíricos e o referencial teórico do atributo da integralidade na APS (STARFIELD, 2002) e dos elementos do cuidado integral (AYRES, 2004B).

Para identificar e compreender as tecnologias no presente estudo, buscou-se considerar: tecnologias leves, como as práticas relacionais; tecnologias leve-duras, conhecimento técnico-científico; tecnologias duras, os instrumentos, como medicamentos, exames laboratoriais e de imagem, entre outros. Ressalta-se que as tecnologias vistas de forma associadas permitem o processo de produção do cuidado (MERHY, 2007; FRANCO; MERHY, 2012).

Esta pesquisa teve sua aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Unioeste, sob o parecer 495/2010, atendendo às normas de acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e Pesquisa envolvendo seres humanos, vigente à época. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para garantir o anonimato dos participantes das entrevistas, buscou-se identificá-los pela letra 'S', a qual significou 'sujeito participante da entrevista' seguido do número sequencial da entrevista.



## Resultados e discussão

Entre os 16 cuidadores selecionados para o estudo, a maioria, com crianças menores de 6 meses de idade, buscou atendimento na UPA pelo fato da criança apresentar problemas respiratórios seguido de problemas gastrointestinais, as quais receberam atendimento pediátrico, e não foram orientados ou referendados a continuidade do cuidado em serviços de APS. Ressalta-se que os problemas que levaram esses cuidadores a buscarem atenção em serviços de urgência e emergência referiram-se a problemas sensíveis à atenção ainda em unidades de saúde de APS (OLIVEIRA ET AL., 2010; LIMA; ALMEIDA, 2013).

A análise das estruturas de relevância com base no referencial da integralidade (STARFIELD, 2002) e dos elementos do cuidar (AYRES, 2004B) possibilitou a construção de quatro categorias temáticas, quais sejam: Olhar biológico – foco da assistência na doença; Emersão de um olhar para além do biológico; Cuidado centrado no êxito técnico em busca de sucesso prático; Inexistência de tecnologias leve-duras e duras para o cuidado.

### Olhar biológico – foco da assistência na doença

O conceito ampliado de saúde não apenas focado na doença permite que a complexidade, diversidade e amplitude das situações de vida das crianças e suas famílias possam ser pautadas no planejamento de ações e intervenções de saúde. No entanto, ainda é perceptível a resistência de usuários e profissionais de saúde nessa forma de fazer saúde (FRACOLLI ET AL., 2011; MENDES, 2012).

Essa compreensão do processo de saúde e doença direcionada exclusivamente ao olhar biológico pôde ser evidenciada nesta pesquisa. Alguns usuários descreveram que seus filhos saudáveis não necessitavam ser assistidos por profissionais de saúde

ao longo do tempo, devendo procurá-los apenas no adoecer das crianças.

*“[...] ela [filha] foi um mês [na puericultura], um dia, porque não precisou, acho ela bem saudável” (S1).*

*“[...] minha filha não tem problema de saúde grave, está lá nos pronto-socorros, as consultas é mesmo por gripe e, essas coisas mais simples [...]” (S14).*

Contraopondo-se aos relatos anteriores, outros cuidadores perceberam a necessidade de ampliar seus horizontes para cuidar, entretanto, nesse momento, os profissionais de saúde que os atenderam pouco valorizaram esta forma de cuidar. Direcionaram seus cuidados apenas a problemas imediatistas, deixando de utilizar poderosas ferramentas da APS: a promoção da saúde e a prevenção de doenças em prol da construção da integralidade (STARFIELD, 2002; MENDES, 2012; CURSINO; FUJIMORI, 2012; PEREIRA ET AL., 2014).

*[Risos] Se eu digo que está doendo o ouvido dele [filho], ela [pediatra] só olha o ouvido, que dói. A barriga, só examina a barriga, mais nada e só. [...] se eu falo que ele está com dor na raiz do cabelo, é só a raiz do cabelo que ela vai olhar [...]. (S12).*

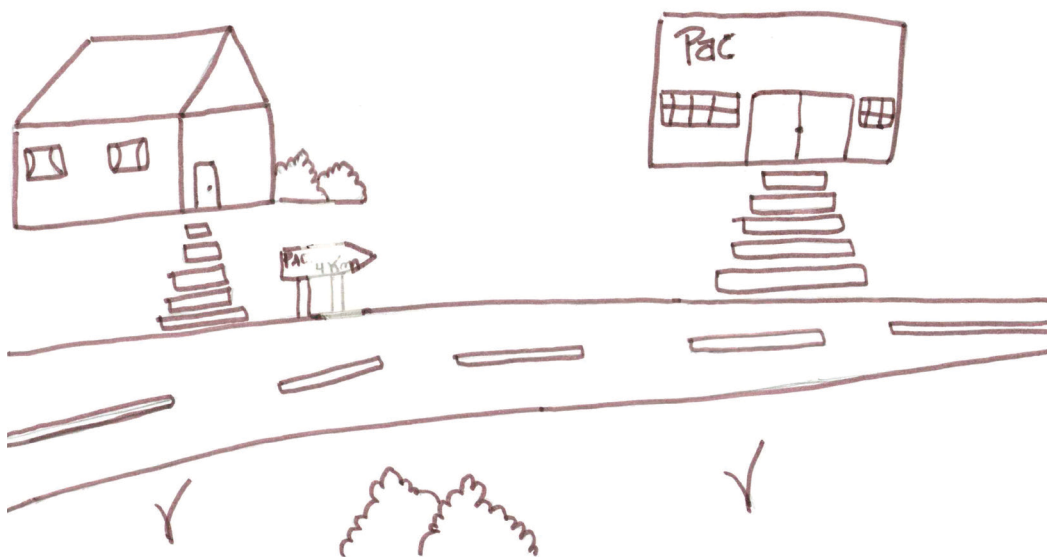
*Ele [pediatra] tinha uma coisa que eu não gostei [...], como era agendado [consulta], agendei, e, levei o M. [filho] para falar o que aconteceu, pois meu filho teve crise [bronquite] no decorrer da semana. Eu consegui conter em casa, estava dando os remédios, e, outros recursos mais, assim eu o levei para ele [pediatra] ver. E, ele falou assim, que não, [...] que criança não se levava ao médico se não estivesse doente, só doente. Como eu não iria levar meu filho ao médico sendo que era agendado na sexta para semana toda? (S16).*

Em análise aos elementos do cuidado integral, esse olhar biológico denota a não responsabilização dos profissionais pelo cuidado prestado (AYRES, 2004B). Dessa forma, deixam de projetar o cuidado ao

longo do tempo ao buscarem apenas a causalidade, ou seja, inutilizam a temporalidade, explicado pela falta de alteridade dos profissionais de saúde e interação, propósitos para a fusão de horizontes no modo de cuidar. Inclusive, se essa busca por atenção à saúde da criança não acontecer

inicialmente em serviços de APS, como está representado na *figura 1*, a seguir, dificilmente haverá um serviço que se responsabilize por esses usuários, levando à fragmentação do cuidado, reducionismo e à falta de resolutividade (STARFIELD, 2002; AYRES, 2004B; MENDES, 2012; LIMA; ALMEIDA, 2013).

Figura 1. Mapa falante construído pelo S9, representando a busca por atenção à saúde da criança diretamente em um Posto de Atendimento Continuado (PAC), atualmente denominado Unidade de Pronto Atendimento (UPA), sem acessar antes a unidade de saúde da APS



## Emersão de um olhar para além do biológico

O fazer saúde de forma ampliada abarca uma transformação nas atitudes das pessoas, sejam usuários, profissionais ou gestores (AYRES, 2004B; MENDES, 2012), como também no comportamento das pessoas para com o ambiente (CHIESA ET AL., 2009). A falta de cuidado com o ambiente como foco causador de doenças foi descrito por um sujeito.

*[...] a bronquite [frequente em seu filho] era por muita poeira [...], mas também por fumaça, [...]*

*meu vizinho fazia fogo bem no canto do muro, era aquele fumacerão todo dia, eu não aguento, minha garganta tranca, imagina a criança. (S7).*

Ainda, esse olhar para o cuidado, percebido como transformador, ultrapassa o conceito de cuidar das crianças na presença de doenças, mas cuidar para que não adoçam (MENDES, 2012). Essa percepção inclui as necessidades das famílias de ambientes adequados e saudáveis para abrigar suas crianças no momento em que seus cuidadores encontram-se impossibilitados para cuidar, como, por exemplo, durante a jornada de trabalho.

Contudo, esses ambientes não se encontraram disponíveis a todos, tornando o cuidado para com a criança deficiente, bem como interferem nas condições socioeconômicas das famílias, como relatou o sujeito a seguir.

*[...] ter um lugar para deixar eles [filhos], um bom cuidado, um bom atendimento, porque se ele [filho] estivesse na creche e tivesse um probleminha, elas [professores da creche] têm como levar ao posto [...]. Eu não disponho de nada, de nada, quando eu preciso de um bom atendimento, para ter uma pessoa assim, para conversar e explicar, eu tenho que pagar. Eu tenho que tirar do meu salário [...]. (S12).*

Essa forma de pensar a saúde avultada além de significar cuidar para não adoecer também implica no buscar os profissionais para promover saúde, prevenir doenças e, previamente, ao adoecer da criança (STARFIELD, 2002; MENDES, 2012; CURSINO; FUJIMORI, 2012; PEREIRA ET AL., 2014).

*[...] falam [enfermeiros] para procurar não quando estiver morrendo, mas quando estiver bem [risos]. Não deixar a criança ficar acabadinha, bem mal, se tiver um resfriado, vem, não deixar de vir [a unidade de saúde]. (S1).*

*[...] quando eu levava o M. [filho] no posto do bairro próximo, levei muito tempo neste posto [...], fiz acompanhamento muito tempo, o levava todo mês para acompanhar, toda vez que ele [filho] ficava ou não doente, e, a pediatra falava assim, que era pra trazer mesmo, ela verifica o peso, media, via tudo. [...] uma pediatra ótima, maravilhosa. (S16).*

Entretanto, esse olhar diferenciado para o cuidado será possível mediante o desejo de profissionais e cuidadores em edificar as práticas de saúde e o flexibilizar das ações conjuntamente. Para tanto, deve-se dispor de um projeto terapêutico que contemple

todas as necessidades das crianças, direcionadas para a não causalidade, propostas pela interação entre cuidadores e serviços, uma vez que os profissionais devem buscar subjetividades e intersubjetividades das crianças e os cuidadores apreenderem os aspectos da atenção. Todavia, para essa abordagem global da criança, torna-se necessário a educação continuada dos profissionais de saúde, associada à reorganização do processo de trabalho em saúde nos serviços de APS por meio do reconhecimento das condições sociais das famílias e da comunidade, assim como do trabalho em equipe e interdisciplinar (STARFIELD, 2002; AYRES, 2004B; CURSINO; FUJIMORI, 2012).

## **Cuidado centrado no êxito técnico em busca do sucesso prático**

Para cuidar não basta apenas pautar-se nas dimensões técnicas, uma vez que o cuidado é processual e envolve diversas facetas no cotidiano das pessoas. É necessária uma fusão de horizontes entre os serviços de saúde e o usuário desses serviços (AYRES, 2004B). Porém, muitos profissionais, através de técnicas, buscam alcançar o sucesso prático no cuidar, sem desvelar caminhos de ir e vir junto com os cuidadores das crianças, incapacitando o cuidado de tornar-se integral, como observado na seguinte fala.

*Quando eu ganhei a nenê, vieram aqui na minha casa. Vieram as meninas do posto [enfermeira e agente comunitário de saúde], ficaram olhando [leve sorriso] eu cuidar [risos], [...] eu ia dar o banho na R. [filha]. [...] elas entraram junto [...]. Me ensinaram a lavar os "genitais da criança" [utilizou termo popular], [...]. Ensinaram-me a cuidar do umbiguinho, a boquinha assim, a*

*limpar, tudo, [...] a secar rapidinho, secar rapidinho e já ir colocando a roupinha, pois estava frio [...], limpar o ouvido [...]. (S14).*

Salienta-se que, para cuidar e alcançar sucesso prático, são necessárias tecnologias, sejam leves, leve-duras ou duras. Todavia, é preciso que estas sejam esgotadas em serviços de APS para seguir a outras esferas de atenção (STARFIELD, 2002; MENDES, 2012). Nesta pesquisa, observou-se que tecnologias leves podem direcionar a continuidade do cuidado à criança, desvelando um novo caminhar para o cuidado através da plasticidade (AYRES, 2004B), conforme relato do sujeito 10.

*Em relação ao sopro cardíaco, só foi visto quando ela [neta] nasceu no HU [Hospital Universitário]. [...] fez os exames, lá que disseram que ela tinha. Mas depois, uma consulta especializada ela nunca teve, sempre só com o pediatra mesmo. Eu sempre pergunto a ele, ele fala sempre, que está pouco, está diminuindo. (S10).*

Contra-pondo-se ao relato, muitos serviços de APS deixam de esgotar as possibilidades de cuidados, buscando recursos nos demais níveis de atenção. Essa forma de cuidar afasta-se do contexto de cuidado integral por deixar de responsabilizar-se pelo usuário, caracterizando ausência de movimento, plasticidade, desejo e projeto para o cuidar (AYRES, 2004B).

*[...] ela [filha] tem um problema de sopro no coração, e ele [pediatra] me deu três encaminhamentos e, era pra conseguir uma consulta para Curitiba e até agora nada. Está esperando. [...] o pediatra até sugeriu que eu entrasse com um pedido na promotoria, para o ministério público [...]. (S15).*

Destaca-se que a responsabilização pela criança que necessita ser cuidada vai além do esgotamento de possibilidades de atenção e contrapõe-se ao olhar biológico do processo

saúde e doença. Implica na construção do cuidado e interação entre usuário e profissional mediante idas e vindas do cuidar (STARFIELD, 2002; AYRES, 2004B; SOUSA; ERDMANN; MOCHEL, 2011). Significa doar-se para resolver os problemas no momento que o cuidador procura. Porém, certos profissionais de saúde, cotidianamente, resumem-se ao atendimento desfocado e sem responsabilização pelo outro (SOUSA; ERDMANN; MOCHEL, 2011), como no relato a seguir.

*Ela [pediatra] deu um xarope antialérgico para meu filho, com uma dosagem enorme, absurda, que o menino começou, parecia que estava com ataque [...]. Levei no PAC [Posto de Atendimento Continuado] [...] as recepcionistas falaram: Você vai ter que esperar, tem quase 20 crianças na sua frente [...]. Peguei saí dali, consegui um cheque emprestado da minha irmã, fui ao hospital XX e a doutora de plantão o atendeu. Ela [pediatra do hospital] ficou de boca aberta em saber que a Dra. X. que era do posto deu aquele remédio [...]. Fiquei medicando ele uns quatro dias, e, muito chá e água pra lavar o organismo [...]. É onde a criança devagarzinho foi se acalmando, voltando ao normal. Quando cheguei no hospital, ela [pediatra] não conseguia nem olhar, teve que amarrar a criança pra dar uma medicação e tentar ver ele, porque não conseguiam. Nesse dia que a pediatra deu a medicação errada, ela estava no celular. Ficou um bom tempo no celular, conversando e medicando outra criança por telefone. Eu fiquei assim em dúvida, acho que ela receitou o remédio da outra criança para o meu filho, ela se confundiu, eu acho. (S12).*

O entendimento reducionista em relação ao sucesso prático na tentativa de resolver os problemas que afetam a saúde das crianças, caracterizado pela falta de movimento no cuidar (AYRES, 2004B), também pode ser observado entre os cuidadores e não somente entre profissionais, sendo que em determinados depoimentos notou-se a focalização do cuidado na medicalização e em tecnologias duras, conforme os relatos na sequência.

*“Mesmo com a febre meio baixa, fiquei internada com ela lá [UPA], umas duas horas, tomando soro, em seguida abaixou a febre, ela ficou mais coradinha [...]” (S1); “[...] acho que foi boa [consulta na UPA], porque tiraram o raio-X, passaram o medicamento que foi bom, acho que foi bom” (S2). “[...] vai ao posto para fazer exames, exame de sangue, que nem no caso ele [filho] ficou internado com febre e não abaixava a febre, não abaixava. Nesse caso fez no PAC os exames, o raio-X, tudo” (S7).*

Ainda, para alcançar sucesso prático em suas ações, os serviços de APS disponibilizam de importantes ferramentas para cuidar de crianças adscritas em sua área de abrangência: as visitas domiciliares. Por meio delas, é possível adentrar o ambiente dos usuários, é permitido compreender o modo de promover saúde e prevenir doenças. Uma vez conhecendo as vulnerabilidades das famílias, as equipes de APS poderão planejar e executar ações voltadas ao cuidado integral (STARFIELD, 2002; PEDROSO; MOTTA, 2010). Nesta pesquisa, pouco se observou a utilização de tal ferramenta, dificultando continuamente a interação proposta para desenvolver o cuidado integral (STARFIELD, 2002; AYRES, 2004B). Vale ressaltar que as famílias mostraram compreender a significativa importância da visita domiciliar para o cuidado familiar.

*Engraçado aqui [refere-se à unidade de saúde do bairro] não faz visita domiciliar. Eu sinto falta disso, eu moro aqui há 4 anos e até hoje veio uma agente comunitária aqui em casa, no dia que eu ganhei o G. [filho], só neste dia. Preencheu a carteirinha de vacina, colocou o nome na carteirinha e não veio mais. Eu até comentei com elas [recepcionista e enfermeiras] do posto, falaram que falta agentes comunitários. (S4).*

*Acho que não, aqui nunca passou. Só passa as moças da dengue [profissionais da unidade de*

*saúde e Centro de zoonoses]. [...] moro aqui há uns 12 anos. [...] vinham no meu pai quando ele morava aqui [sinaliza a casa ao lado], mas só ali, aqui nunca veio. (S10).*

## Ausência de tecnologias leves e duras para o cuidado

Para o sistema de saúde produzir saúde integral por meio de ações de promoção, prevenção, cura, reabilitação e palição, faz-se necessária não só a transformação das atitudes das pessoas, mas também de recursos para complementar e estruturar este cuidar (STARFIELD, 2002; CHIESA ET AL., 2009; SOUSA; ERDMANN; MOCHEL, 2011; LIMA; ALMEIDA, 2013). Os recursos ou densidades tecnológicas que se mencionam envolvem o encaminhamento a especialistas, uma tecnologia leve-dura, ou seja, o conhecimento científico, bem como a realização de uma diversidade de exames para apoio diagnóstico, conceituado como tecnologias duras, somados à utilização de medicamentos que suplementam o cuidado (STARFIELD, 2002; MERHY, 2007).

Neste estudo, foi possível evidenciar divergências entre as unidades de saúde às quais as crianças pertencem em relação a essa temática. Quanto à disponibilização de medicamentos, constatou-se que determinadas unidades garantem a distribuição às famílias, mas outras não.

*“[...] medicamentos nós nunca conseguimos, sempre teve que comprar, eles [médicos] dão a receitinha, mas nem no posto não tem e nem na farmácia básica” (S3).*

*Não dei sorte até hoje [risos], [...] então você passa no balcão não tem, já vou na certeza que não tem [risos], vou preparada que não vai ter [risos]. Vou à farmácia e compro, tem que dar*

um jeito e comprar [demonstra conformação com a situação]. (S4).

“*Consigo na farmácia do posto. Todos [medicamentos] eu encontro, o que o doutor receita, dificilmente eu precisei comprar, dificilmente precisei*” (S16).

O mesmo aconteceu em relação aos exames simples, observando-se divergências entre as unidades de saúde. Nesses casos, o tratamento acabou postergado, ou, para que isto não aconteça, os cuidadores buscaram outros recursos para realizá-los.

“*[...] coletam os exames no posto mesmo, [...] antes era coletado no centro, no posto central, agora não, agora vem o pessoal para coletar ali mesmo [...]*” (S2). “*[...] eu fiquei sabendo que vários postos coletam [exames laboratoriais], mas aqui no posto de saúde do bairro não tem coleta*” (S4).

Exames de média complexidade, como ultrassonografia, ou alta complexidade, como tomografias, dificilmente estiveram disponíveis, e muito embora houvesse o acesso, este acontecia de forma bastante morosa.

*[...] tomografia, é caro, a gente sabe que é caro, gente pelo amor de Deus, com tanto posto que tem disponível, não tem condições de fazer isso, daqui 1 ano, 2 anos, para fazer um exame desse. [...] o raio-X demora 15 dias [...].* (S4).

“*[...] ele [médico] faz tempo que marcou um ultrassom pra mim, eu estava com dor e até hoje não conseguiu*” (S8).

Já os encaminhamentos aos profissionais especialistas foram descritos como a grande problemática que converge o cuidado integral na APS, uma vez que o serviço pouco disponibilizava destes profissionais, e, quando possível, também havia morosidade no serviço.

“*Conseguir mesmo especialista é uma guerra. Minha prima está há 4 anos na fila de espera para conseguir um psiquiatra e não conseguiu ainda [...]. Para a criança, se precisar de um especialista não tem [...].*” (S6).

*[...] se precisar de uma especialidade não, é muito difícil conseguir. [...] depois de uns cinco, seis meses começou a dar gripe no meu filho, dar as alergias de bronquite. Fui e peguei um encaminhamento para a pneumologista. [...] eu o consultei, fiz o tratamento, porque eu fui lá particular, porque até hoje não saiu a consulta dele [a criança tem mais de 2 anos].* (S7).

A ausência de tecnologias leve-duras e duras como suporte para o cuidado denota a falta de movimento no serviço de saúde, ou seja, impede, muitas vezes, a transformação na forma de fazer saúde (AYRES, 2004B). No entanto, sabe-se que esta não depende unicamente do profissional inserido no cuidado imediato, mas de gestores que trabalham no planejamento e projeção para a construção do cuidado. Essa estrutura tecnológica seria um importante coadjuvante nos serviços de APS para subsidiar o atendimento global às crianças, mas não deixar que esse aparato represente o componente principal dos serviços de APS (STARFIELD, 2002; SOUSA; ERDMANN; MOCHEL, 2011). É preciso que a APS se configure como a ordenadora da rede integrada de atenção à saúde e, a partir de fluxos e contrafluxos organizados, possibilite o acesso dos usuários aos demais pontos de atenção do sistema de saúde. Para tal, é preciso que o atributo de coordenação seja efetivo, consequentemente haverá longitudinalidade, acesso e integralidade na atenção à saúde da população. Nessa perspectiva, os serviços de APS poderiam resultar em 85% de solução aos problemas apresentados no adoecer das crianças (MENDES, 2012) e, principalmente, contribuir para a modificação do panorama atual de morbimortalidade infantil no País.

Desse modo, para melhorar a saúde da criança, é essencial que haja movimento e plasticidade na organização do sistema de atenção à saúde, uma vez que este ainda se encontra fragmentado, reativo e episódico, respondendo às demandas de eventos agudos, focado na doença. A reestruturação do sistema de atenção à saúde inserida no

contexto da integralidade nos direcionará a ações e práticas proativas, integradas, contínuas, focadas na criança e na família e voltadas para a promoção e conservação da saúde (SOUSA; ERDMANN; MOCHEL, 2011).

## Conclusão

As limitações para o presente estudo referiram-se ao fato de as entrevistas serem realizadas apenas com os cuidadores de crianças menores de 1 ano, as quais seriam necessárias ser realizadas com os profissionais dos serviços de APS e com os gestores de saúde da realidade estudada.

A presença do atributo da integralidade e dos elementos do cuidado integral para a resolução dos problemas de saúde das crianças enredam a desmistificação do cuidado voltado para o modelo biologicista, direcionando profissionais de saúde e usuários para outro olhar no processo saúde e doença.

O estudo demonstrou que, na compreensão dos cuidadores, o foco da atenção à criança menor de 1 ano ainda está na doença e que o cuidado está centrado no êxito

técnico em busca do sucesso prático, sendo que tecnologias leve-duras e duras não estão disponíveis para o cuidado integral da criança. Nesse sentido, entende-se que a parcialidade do atributo integralidade e dos elementos do cuidado integral levou a não resolutividade dos problemas de saúde da criança. Contudo, embora de forma tímida, emergiu um movimento de olhar para a saúde além do biológico, dimensionando outra forma de cuidar por meio da transformação das práticas em saúde.

Espera-se que o estudo contribua para a construção de alicerces que complementem e (re)estruem as práticas de saúde no contexto integral. Assim, ferramentas, como visita domiciliar, tecnologias (leves, leve-duras e duras) e capacitação profissional, devem estar presentes continuamente, sem que sua falta, como evidenciado, impeça a solidificação do cuidado integral para com as crianças. Mais do que isso, é necessário dar visibilidade aos problemas de saúde do segmento infantil por meio de políticas ampliadas que contemplem as singularidades e subjetividades daqueles que buscam os serviços públicos de saúde ■

## Referências

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 117-121, 2000.

\_\_\_\_\_. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004a.

\_\_\_\_\_. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 583-592, jul./set. 2004b.

\_\_\_\_\_. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.

\_\_\_\_\_. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 11-23, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

CHIESA, A. M. *et al.* Building health care technologies based on health promotion. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, Ribeirão Preto, v. 43, spe. 2, p. 1352-1357, 2009.

CURSINO, E. G.; FUJIMORI, E. Integralidade como uma dimensão das práticas de atenção à saúde da criança: uma revisão bibliográfica. *Revista de*

- Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, esp. 1, p. 676-680, 2012.
- FRACOLLI, L. A. *et al.* The concept and practice of comprehensiveness in primary health care: nurses perception. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, Ribeirão Preto, v. 45, n. 5, p. 1135-1141, 2011.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Tempus Actas Saúde Coletiva*, Brasília, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012.
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). *Committing to child survival: a promise renewed*. 2012. Disponível em: <[http://www.apromiserenewed.org/APR\\_2014\\_web\\_15Sept14.pdf](http://www.apromiserenewed.org/APR_2014_web_15Sept14.pdf)>. Acesso em: 1 maio 2014.
- GADAMER, H. *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.
- LIMA, L. M. B.; ALMEIDA, N. M. G. S. Procura da emergência pediátrica pelas mães: implicações para a superlotação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 51-61, 2013.
- MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília, DF: OPAS, 2012.
- MERHY, E. E. *Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde*. 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/sau decoletiva/professores/merhy/artigos-25.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2013.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.
- OLIVEIRA, B. R. G. *et al.* Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 268-277, jun. 2010.
- PACHECO, S. T. A.; CABRAL, I. E. Alimentação do bebê de baixo peso no domicílio: enfrentamentos da família e desafios para a enfermagem. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 314-322, 2011.
- PEDROSO, M. L. R.; MOTTA, M. G. C. Vulnerabilidades socioeconômicas e o cotidiano da assistência de enfermagem pediátrica: relato de enfermeiras. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 293-300, 2010.
- PEREIRA, M. M. *et al.* Conceptions and practices of professional family health strategy for health education. *Texto e Contexto de Enfermagem*, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 167-175, 2014.
- SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; MOCHEL, E. G. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. *Texto e Contexto de Enfermagem*, Florianópolis, v. 20, n. spe., p. 263-271, 2011.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.
- STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. Phenomenology as method. In: STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. (Ed.). *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. 5. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011. p. 72-95.

---

Recebido para publicação em novembro de 2014  
Versão final em abril de 2015  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: fomento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Edital Universal 014/2010, processo nº 472639/2010-2.



# Atenção à saúde bucal das Pessoas que Vivem com HIV/Aids na perspectiva dos cirurgiões-dentistas

*Current status of oral healthcare services for Persons with HIV/Aids from the perspective of the dentists*

Lizaldo Andrade Maia<sup>1</sup>, Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer<sup>2</sup>, Sharmênia de Araújo Soares Nuto<sup>3</sup>, Ana Patrícia Pereira Morais<sup>4</sup>, Érico Alexandro Vasconcelos de Menezes<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Núcleo Ceará - Fortaleza (CE), Brasil. lizaldo@gmail.com

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - Fortaleza (CE), Brasil. anyavieira10@gmail.com

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Fortaleza (CE), Brasil. Universidade de Fortaleza (Unifor) - Fortaleza (CE), Brasil. nuto@fiocruz.br

<sup>4</sup>Universidade Estadual do Ceará (Uece) - Fortaleza (CE), Brasil. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família - Fortaleza (CE), Brasil. anapatricia.morais@uece.br

<sup>5</sup>Universidade de Fortaleza (Unifor) - Fortaleza (CE), Brasil. ericomeneses@hotmail.com

**RESUMO** Este artigo descreve a dimensão do processo de atenção à saúde bucal das Pessoas que Vivem com HIV/Aids em Fortaleza (CE), sob a ótica dos dentistas. Estudo transversal quantitativo descritivo-analítico. A coleta de dados foi realizada aleatoriamente com 170 dentistas do Sistema Único de Saúde, Centros de Saúde da Família e Centros de Especialidades Odontológicas. Para a análise estatística, calculou-se o teste Qui-quadrado de *Pearson*, T Independente e Correlação de *Spearman*. O acesso, a estrutura física, a biossegurança e a formação profissional não são considerados satisfatórios para a atenção e influenciam na predisposição dos profissionais em atender esses pacientes.

**PALAVRAS-CHAVE** HIV; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Saúde bucal; Serviços de saúde bucal; Condutas na prática dos dentistas.

**ABSTRACT** *In this quantitative and descriptive-analytical study, we describe the current status of oral healthcare services for Persons with HIV/Aids in Fortaleza (Ceará, Brazil) within the Unified Healthcare System according to data collected from 170 dentists from Family Health Program clinics and Specialized Odontology Centers. The findings were submitted to statistical analysis with the Chi-square test and the Independent T test, and Spearman Correlation Coefficients were calculated. Access, facilities, biosafety and training were found to be inadequate and to impact dentists' willingness to treat this patient population.*

**KEYWORDS** *HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Oral health; Dental health services; Dentists' practice patterns.*

## Introdução

Em 2013, em todo o mundo, 33,5 milhões de pessoas viviam com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), sendo que destes, 2,3 milhões de novos casos surgiram em 2012. Nesse mesmo ano, 1,6 milhões de pessoas morreram por enfermidades relacionadas à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) no planeta. No Brasil, segundo estimativas realizadas pelo Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais, aproximadamente 718 mil pessoas vivem com HIV/Aids. No ano de 2012, foram notificados 39.185 novos casos de Aids no País. Esse valor manteve-se estável entre 2008 e 2012, sendo a taxa de incidência de 20,2 casos para cada 100 mil habitantes. A mortalidade média anual, desde 1998, é de 11 mil pessoas (UNAIDS, 2013; BRASIL, 2013).

No Ceará, segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), desde o primeiro caso conhecido da doença, em 1983, até julho de 2013, foram registrados 13.208 casos de Aids, com uma taxa de incidência, em 2012, de 14,1 casos por 100 mil habitantes. Em Fortaleza, foram registrados 8.027 casos (60,8% dos casos estaduais) no mesmo período. Em 2012, foram notificados 621 casos novos, gerando uma taxa de incidência de Aids em Fortaleza de 24,8 casos por 100 mil habitantes, muito superior à do estado. A epidemia apresenta uma tendência de crescimento desde 2006, ano que sucedeu à introdução da Terapia Antirretroviral (Tarv) no País, a qual aumentou a sobrevivência das Pessoas que Vivem com HIV/Aids (PVHA), melhorando sua qualidade de vida (BRASIL, 2013; CEARÁ, 2013).

Na década de 1990, a Aids deixou de ser uma doença terminal, de progressão rápida e alta letalidade, diminuiu sua mortalidade e, conseqüentemente, tornou-se uma doença de característica crônica. Então, considerando sua prevalência e cronificação, ela é, atualmente, um importante problema de saúde

pública mundial. Torna-se necessária a garantia de atenção integral a esses pacientes, cada vez mais presentes na rede de atenção à saúde bucal (BUCHALA; CAVALHEIRO, 2008).

O Sistema Único de Saúde (SUS) prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, tendo em vista que a atenção integral ao paciente deve ser garantida a toda a população, independentemente de seu problema de saúde, incluindo as PVHA (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, considerando o processo de organização das demandas assistenciais do SUS, a atenção à saúde bucal das PVHA deve ser realizada prioritariamente pelo dentista na atenção primária através da Estratégia Saúde da Família (ESF). As Equipes de Saúde Bucal (EqSB), que são parte integrante da ESF, devem ser orientadas a ampliar o acesso aos serviços de saúde, adequando o processo de trabalho em direção a respostas satisfatórias às necessidades da população, no sentido de que o usuário deve se sentir acolhido, independentemente de sua atividade profissional, orientação sexual ou estilo de vida. As PVHA somente devem ser referenciadas ao atendimento em nível secundário – Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) – e/ou terciário – ambiente hospitalar – quando apresentarem complicações sistêmicas avançadas e/ou necessidade de encaminhamento para tratamento de doença periodontal grave e outras necessidades de maior complexidade, tais como endodontia, prótese etc. (BRASIL, 2008).

É importante salientar que a assistência às PVHA na ESF deve considerar a singularidade desses sujeitos, sua complexidade, subjetividade, vulnerabilidade e sua inserção sociocultural no ambiente em que vivem, haja vista que os problemas de saúde bucal dessas pessoas são influenciados por fatores sociodemográficos, uso e satisfação dos serviços de saúde (SOARES ET AL., 2014). A equipe deve desenvolver relações acolhedoras de vínculo e responsabilização do processo de cuidado humanizado ao paciente, buscando

a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. Contudo, para que o profissional possa desenvolver essas ações, é necessário que ele esteja qualificado e tenha condições de estrutura física para tanto (BRASIL, 2008).

Sabe-se que o SUS tem o dever de ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde. Nesse sentido, o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais têm realizado vários processos formativos junto aos profissionais do sistema. Pode-se citar como exemplos de processos de formação desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza: a Residência de Medicina de Família e Comunidade, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, a Especialização em Saúde da Família e o Curso de Formação para o atendimento às PVHA de 60h oferecido em 2008 (CHAGAS; NUTO; ANDRADE, 2008; FORTALEZA, 2008).

Pesquisa realizada por Pinheiro *et al.* (2009) mostrou que estudos de avaliação da formação dos cirurgiões-dentistas estão concentrados nas regiões Sul e Sudeste. Revela também que há necessidade de mudanças na formação dos trabalhadores, apontando a importância de modificar o ensino, aproximando-o da ESF em outras regiões do Brasil.

Dessa forma, compreende-se a importância de conhecer os cenários das práticas dos trabalhadores de atenção primária em saúde bucal relativos à assistência odontológica às PVHA, considerando os processos de educação permanente desenvolvidos, o acesso dos usuários e a estrutura das unidades de saúde. Assim, este artigo busca descrever a dimensão relacional no processo de atenção à saúde bucal das PVHA no SUS do município de Fortaleza, sob a ótica dos cirurgiões-dentistas dos Centros de Saúde da Família (CSF) e dos CEO, bem como investigar características da atenção e verificar a existência de parâmetros da humanização do cuidado.

## Método

Estudo transversal quantitativo, descritivo-analítico, realizado no município de Fortaleza (CE) com os profissionais cirurgiões-dentistas das EqSB da ESF e CEO. A população do estudo foi composta pelos 270 cirurgiões-dentistas das EqSB dos 91 CSF das 6 Secretarias Executivas Regionais (SER) e dos 2 CEO do município de Fortaleza. No desenho amostral do estudo, foi utilizada a técnica de amostragem aleatória, através de sorteio, estratificada pelas diferentes regiões do município. Com o universo de 256 cirurgiões-dentistas das EqSB, assim como 14 cirurgiões-dentistas dos CEO, fixou-se o nível de significância em 95% e o erro amostral em 5%. Desse modo, foram entrevistados 156 cirurgiões-dentistas das ESF e os 14 dos CEO.

A coleta de dados foi realizada por dois pesquisadores devidamente treinados, entre os meses de julho e outubro de 2013. O questionário abordou, além dos aspectos demográficos e socioeconômicos, questões de dimensão do processo da atenção à saúde bucal das PVHA, incluindo os tipos de procedimentos realizados, a forma de organização do acolhimento com classificação de risco da demanda, questões relativas à humanização – como clínica ampliada –, escuta qualificada, fatores que influenciam na disposição do atendimento etc.

Os dados coletados foram digitados no *software* estatístico EpiData® 3.1, processados e analisados no *Statistical Package for Social Science (SPSS) 19.0 for Windows (SPSS INC, CHICAGO, IL, USA)*. Os dados colhidos da amostra foram distribuídos em tabelas de frequência apresentadas nos resultados descritivos. A análise estatística para estudar a associação entre as variáveis dicotômicas processou-se através de referência cruzada, calculando o teste Qui-quadrado de *Pearson* ( $\chi^2$ ), o Teste T Independente e o Teste de Correlação de *Spearman*. O valor de 'p' foi considerado significativo quando menor ou igual a 0,05.

Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo sido o estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (Uece), sob o nº 357.459.

## Resultados

Participaram da pesquisa 170 dentistas, vinculados à SMS, distribuídos proporcionalmente nas 6 SER e nos 2 CEO municipais. Entre estes, 116 (68,3%) são do sexo feminino, 114 (67,1%) casados. A idade variou entre 27 e 61 anos, com média de 38,0 ( $\pm 7,5$ ) anos. A maioria dos profissionais, 146 (85,9%) nasceu no Ceará, e 113 (66,5%) têm renda mensal entre 8 e 11 salários mínimos; 32 (18,8%) ganham mais que 11 salários mínimos.

Em relação à formação e processos de educação dos profissionais, detectou-se que a maioria, 102 (60%), graduou-se entre 2000 e 2006, e 118 (69,4%) em universidade pública. Quanto a curso de especialização, 63 (37,1%) cursaram Especialização em Saúde da Família, 69 (40,6%) concluíram outros cursos e apenas 15 (8,8%) não têm especialidade. Cinquenta e nove (34,7%) dentistas informaram que haviam feito um curso, em 2008, de formação específica (teórico-prático de 60 horas aula) ao atendimento às PVHA. Entre estes, 47 (79,7%) afirmaram que esse curso os auxiliou na assistência ao paciente. Todos os profissionais possuem vínculo estatutário, nenhum concluiu doutorado e 156 (91,8%) têm carga horária no serviço público de 40h. A *tabela 1* apresenta as informações de formação detalhadas.

Tabela 1. Dados referentes à formação e à educação dos dentistas da SMS de Fortaleza, segundo CSF e CEO. Fortaleza, 2013

Ano graduação	CSF/CEO		CSF		CEO	
	n	%	n	%	n	%
1976-1989	28	16,5	27	17,3	1	7,1
1990-1999	40	23,5	35	22,4	5	35,7
2000-2006	102	60,0	94	60,3	8	57,2
<b>Universidade de graduação</b>						
Pública	118	69,4	109	69,9	9	64,3
Privada	52	30,6	47	30,1	5	35,7
<b>Curso de Especialização</b>						
Saúde pública/coletiva	21	12,4	20	12,8	1	7,1
Saúde da família	63	37,1	60	38,5	3	21,4
Pacientes especiais	2	1,2	2	1,3	-	-
Outros	69	40,6	59	37,8	10	71,4
Não tem	15	8,8	15	9,6	-	-
<b>Curso de Mestrado</b>						
Saúde pública/coletiva	3	1,8	3	1,9	-	-
Saúde da família	-	-	-	-	-	-
Pacientes Especiais	-	-	-	-	-	-
Outros	9	5,3	7	4,5	2	14,3
Não tem	158	92,9	146	93,6	12	85,7
<b>Curso de formação de 60h atendimento às PVHA</b>						
Sim	59	34,7	54	34,6	5	35,7
Não	50	29,4	49	31,4	1	7,1
Não estava na SMS	61	35,9	53	34,0	8	57,1

Tabela 1. (cont.)

Este curso auxiliou na assistência às PVHA <sup>a</sup>						
Sim	47	79,7	42	77,8	5	35,7
Não	4	6,8	4	7,4	-	-
Parcialmente	8	13,6	8	14,8	-	-
Atividade com PVHA na graduação <sup>b</sup>						
Sim	22	12,9	22	14,1	-	-
Não	145	85,3	131	84,0	14	100
Não lembra	3	1,8	3	1,9	-	-
Atividade com PVHA depois da graduação <sup>b</sup>						
Sim	28	16,5	25	16,0	3	21,4
Não	142	83,5	131	84,0	11	78,6

Notas: Elaboração própria

a. O total destes refere-se a n=59, que fizeram o curso

b. Atividade que envolveu o atendimento ao paciente HIV/Aids

Analisando os dados sobre o conhecimento em HIV/Aids relacionados ao atendimento odontológico prestado pelos cirurgiões-dentistas, verificou-se que 87 (51,2%) profissionais não conhecem os exames laboratoriais mais importantes para o acompanhamento às PVHA, 42 (24,7%) conhecem parcialmente e apenas 41 (24,1%) têm conhecimento dos exames. Entre os dois últimos grupos, os exames citados foram: hemograma completo 63 (75,9%), contagem de células CD4 56 (67,5%) e carga viral 36 (43,4%). Somente 31 (18,2%) cirurgiões-dentistas informaram saber quando, durante o tratamento odontológico das PVHA, há necessidade de fazer prescrição de profilaxia antibiótica. Entre estes, 29 (93,5%) afirmaram que a profilaxia deve ser feita em paciente com CD4 abaixo de 200 (resposta correta), e 2 (6,5%), em todos os pacientes (resposta errada). Quando perguntado se sabe em que tipos de procedimentos é prescrita a profilaxia, 68 (40%) responderam sim. Apenas 11 (6,5%) dentistas disseram, corretamente, saber o tipo de medicação que deve ser prescrita, considerando a quantidade de células de CD4. Seis (3,5%) profissionais afirmaram que a medicação deve ser oral com CD4 entre 50 e 200 células, e 5 (2,9%) que deve ser venosa com menos de 50 células.

As informações referentes à estrutura dos CSF e CEO demonstram que o serviço foi interrompido por falta de material/manutenção, para todas as suas atividades clínicas, inclusive para o atendimento às PVHA, em quase todas as unidades 167 (98,2%). Setenta e dois (42,3%) profissionais afirmaram que o serviço parou entre 4 meses e 1 ano; 28 (16,5%) afirmaram a interrupção do serviço por mais de 1 ano. Somente 3 cirurgiões-dentistas (1,8%) informaram que o serviço não parou. Sobre a percepção do risco de contaminação durante atendimento odontológico às PVHA usando todos os equipamentos de proteção individual, detectou-se que 58 (34,1%) dentistas afirmaram o risco ser muito baixo, 69 (40,6%) ser baixo e 28 (16,5%) ser médio e 15 (8,8%) profissionais responderam que o risco é alto. Em relação à estrutura física do consultório odontológico, 118 (69,4%) dentistas afirmaram não ser satisfatória para atendimento às PVHA, e também 98 (57,6%) consideraram que as condições de biossegurança do CSF/CEO são insatisfatórias para o atendimento delas. Todos informaram que a esterilização é realizada por autoclave, no entanto, somente 6 (3,5%) profissionais disseram que é realizado controle biológico do processo de esterilização. As informações sobre a estrutura das unidades de saúde estão detalhadas na *tabela 2*.

Tabela 2. Dados referentes à estrutura das unidades informada pelos dentistas da SMS de Fortaleza, segundo CSF e CEO. Fortaleza, 2013

Serviço interrompido por falta material/manutenção	CSF/CEO		CSF		CEO	
	n	%	n	%	n	%
Não foi interrompido	3	1,8	2	1,3	1	7,1
Menos de 1 semana	6	3,5	3	1,9	3	21,4
Entre 1 e 4 semanas	11	6,5	8	5,1	3	21,4
Entre 1 e 2 meses	19	11,2	17	10,9	2	14,3
Entre 2 e 4 meses	31	18,2	27	17,3	4	28,6
Entre 4 e 6 meses	32	18,8	31	19,9	1	7,1
Entre 6 meses e 1 ano	40	23,5	40	25,6	-	-
Mais de 1 ano	28	16,5	28	17,9	-	-
<b>Biossegurança do CSF/CEO satisfatórias</b>						
Sim	37	21,8	31	19,9	6	42,9
Não	98	57,6	91	58,3	7	50,0
Em parte	34	20,0	33	21,2	1	7,1
Não sabe	1	0,6	1	0,6	-	-
<b>Apto ao atendimento às PVHA</b>						
Sim	109	64,1	97	62,2	12	85,7
Não	19	11,2	18	11,5	1	7,1
Parcialmente	42	24,7	41	26,3	1	7,1
<b>Motivos citados para Não/ Parcialmente apto a atender<sup>a</sup></b>						
Falta de informação	40	65,6	38	64,4	2	14,3
Falta de capacidade técnica	15	24,6	15	25,4	-	-
Falta de capacitação auxiliares	12	19,7	12	20,3	-	-
Falta de estrutura	17	27,9	17	28,8	-	-
Insegurança/medo contaminação	17	27,9	17	28,8	-	-
<b>Sugestão para gestão<sup>b</sup></b>						
Melhorar estrutura física	51	30,0	51	32,7	-	-
Educação para os dentistas	138	81,2	127	81,4	11	78,6
Educação para os auxiliares	91	53,5	80	51,3	11	78,6
Insumos suficientes	50	29,4	49	31,4	1	7,1
Garantir EPI	46	27,1	41	26,3	5	35,7
Melhorar biossegurança	62	36,5	58	37,2	4	28,6
Esterilização eficiente	28	16,5	27	17,3	1	7,1

Notas: Elaboração própria

a. O total destes refere-se aos que Não são ou são Parcialmente aptos (n=61). A soma ultrapassa 100%, porque o profissional pode citar mais de um motivo

b. A soma ultrapassa 100%, pois o profissional pode citar mais de uma sugestão

Sobre o processo de atendimento às PVHA, 102 (60%) dentistas relataram que atendem os pacientes, enquanto 68 (40%) não os atendem. Destes, 60 (88,2%) profissionais afirmaram não os atender porque esses pacientes não procuraram o serviço. Em relação à marcação das consultas odontológicas das PVHA, 45 (44,1%) dentistas disseram que este processo é igual aos outros usuários. Trinta e quatro profissionais (33,3%) informaram que o atendimento às PVHA é prioritário; 25 (24,5%) que é por demanda espontânea; 18 (17,6%)

que é por encaminhamento do Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE); 9 (8,8%) que é por marcação uma vez no mês por ordem de chegada; 7 (6,9%) que é por agendamento no sistema de marcação de consultas da unidade e 3 (2,9%) que é por acolhimento com classificação de risco. A maioria dos dentistas, 76 (74,5%), avaliou o atendimento como satisfatório, com nota média de 7,9 ( $\pm 1,2$ ), variando entre 5,0 e 10,0. A *tabela 3* apresenta mais informações acerca dos dispositivos do atendimento às PVHA.

Tabela 3. Dados sobre os dispositivos no atendimento às PVHA pelos dentistas da SMS de Fortaleza, segundo CSF e CEO. Fortaleza, 2013

	CSF/CEO		CSF		CEO	
	n	%	n	%	n	%
<b>Atende ao paciente</b>						
Sim	102	60,0	94	60,3	8	57,1
Não	68	40,0	62	39,7	6	42,9
<b>Porque não atende<sup>a</sup></b>						
Medo de contaminação	2	2,9	2	3,2	-	-
Não é capacitado	2	2,9	2	3,2	-	-
Não se envolver	2	2,9	2	3,2	-	-
Paciente não procurou	60	88,2	54	87,1	6	100,0
Outros	2	2,9	2	3,2	-	-
<b>Paciente procurasse o serviço atenderia?<sup>b</sup></b>						
Sim	49	81,7	43	79,6	6	100,0
Não	11	18,3	11	20,4	-	-
<b>Quantos pacientes atendeu</b>						
1 a 2	52	51,0	50	53,2	2	25,0
3 a 5	36	35,2	33	35,1	3	37,5
6 a 35	14	13,8	11	11,7	3	37,5
<b>Quais procedimentos<sup>c</sup></b>						
Exame clínico	100	98,0	92	97,9	8	100,0
Exame estomatológico	89	87,3	81	86,2	8	100,0
Profilaxia e flúor	76	74,5	72	76,6	4	50,0
Restaurações	98	96,1	92	97,9	6	75,9
Exodontias	79	77,5	73	77,7	6	75,5
Raspagem	84	82,4	80	85,1	4	50,0
Urgência	75	73,5	72	76,6	3	37,5
Educação em saúde	75	73,5	71	75,5	4	50,0
<b>Tratamento completo</b>						
Sim	89	87,3	82	87,2	7	87,5
Não	13	12,7	12	12,8	1	12,5
<b>Resistência das auxiliares</b>						
Sim	34	33,3	34	36,2	-	-
Não	65	63,7	57	60,6	8	100,0
Não sabe	3	2,9	3	3,2	-	-

Notas: Elaboração própria

a. O total destes refere-se aos que Não atendem (n=68). A soma ultrapassa 100%, porque o profissional pode citar mais de um motivo

b. O total destes refere-se aos que Não procuraram o serviço (n=60)

c. A soma ultrapassa 100%, porque o profissional citou mais de um procedimento

Considerando os aspectos que influenciam o dentista a atender as PVHA, constatou-se que 60 (58,8%) profissionais assinalaram que estar bem informados sobre as condutas ante o paciente influencia sua

decisão em atendê-lo, e 33 (32,4%) destacaram a participação no Curso de Formação para o atendimento às PVHA de 60h oferecido pela SMS em 2008. A *tabela 4* contém os dados detalhados.

Tabela 4. Dados sobre os dispositivos no atendimento referentes aos aspectos que influenciam o profissional a atender as PVHA pelos dentistas da SMS de Fortaleza, segundo CSF e CEO. Fortaleza, 2013

	CSF/CEO		CSF		CEO	
	n	%	n	%	n	%
<b>Solidariedade ao paciente</b>						
Sim	78	76,5	73	77,7	5	62,5
Não	18	17,6	15	16,0	3	37,5
Em parte	6	5,9	6	6,4	-	-
<b>Serviço de referência</b>						
Sim	35	34,3	35	37,2	-	-
Não	32	31,4	26	27,7	6	75,0
Em parte	15	14,7	14	14,9	1	12,5
Desconhece o serviço	20	19,6	19	20,2	1	12,5
<b>Estar bem informado</b>						
Sim	60	58,8	53	56,4	7	87,5
Não	25	24,5	24	25,5	1	12,5
Em parte	17	16,7	17	18,1	-	-
<b>Participação curso de 60h<sup>a</sup></b>						
Sim	33	76,7	30	75,0	3	100,0
Não	4	9,3	4	10,0	-	-
Em parte	6	14,0	6	15,0	-	-
<b>Realização profissional</b>						
Sim	73	71,6	68	72,3	5	62,5
Não	18	17,6	16	17,0	2	25,0
Em parte	11	10,8	10	10,6	1	12,5
<b>Ciente da obrigação ética</b>						
Sim	94	92,2	87	92,6	7	87,5
Não	5	4,9	4	4,3	1	12,5
Em parte	3	2,9	3	3,2	-	-

Notas: Elaboração própria

a. O total destes refere-se aos que atendem e participaram do curso (n=43)

Na *tabela 5* estão os dados referentes à humanização do atendimento odontológico às PVHA nos CSF e CEO.



Tabela 5. Dados referentes à humanização do atendimento às PVHA pelos dentistas da SMS de Fortaleza, segundo CSF e CEO. Fortaleza, 2013

	CSF/CEO		CSF		CEO	
	n	%	n	%	n	%
<b>Usuário ficou satisfeito</b>						
Sim	86	84,3	78	83,0	8	100,0
Não	3	2,9	3	3,2	-	-
Em parte	12	11,8	12	12,8	-	-
Não sei	1	1,0	1	1,1	-	-
<b>Atende com respeito e atenção</b>						
Sim	99	97,1	91	96,8	8	100,0
Não	-	-	-	-	-	-
Em parte	3	2,9	3	3,2	-	-
<b>Passou as informações de forma clara</b>						
Sim	73	71,6	66	70,2	7	87,5
Não	-	-	-	-	-	-
Em parte	29	28,4	28	29,8	1	12,5
<b>Acolhe, escuta a queixa, os medos, a vulnerabilidade</b>						
Sim	62	60,8	58	61,7	4	50,0
Não	8	7,8	6	6,4	2	25,0
Em parte	32	31,4	30	31,9	2	25,0
<b>Pratica a clínica ampliada</b>						
Sim	23	22,5	22	23,4	1	12,5
Não	59	57,8	52	55,3	7	87,5
Em parte	17	16,7	17	18,1	-	-
Não sabe	3	2,9	3	3,2	-	-

Nota: Elaboração própria

Para verificar a influência de algumas variáveis sobre a realização do atendimento ao paciente HIV/Aids, utilizou-se o teste estatístico Qui-quadrado relacionando a variável 'Você atende às PVHA no serviço público (ESF ou CEO)' com 'Sexo'; 'Filhos'; 'Curso Especialização'; 'Durante sua graduação, você desenvolveu alguma atividade curricular e/ou extracurricular com as PVHA?'; 'Qual a sua percepção do risco de contaminação durante atendimento odontológico às PVHA usando equipamentos de proteção individual?'; 'Você participou do Curso de Formação para o atendimento às PVHA de 60h oferecido pelo SMS em 2008?'; 'Universidade de graduação'; 'Você conhece os exames laboratoriais mais importantes para o acompanhamento às

PVHA?'; 'Você considera que a estrutura física do consultório odontológico é satisfatória ou adequada para atendimento às PVHA?'; 'Você considera que as condições de biossegurança do CSF/CEO são satisfatórias para o atendimento às PVHA?'; 'Depois de graduado, antes de ingressar no ESF/CEO em Fortaleza, você desenvolveu alguma atividade que envolveu o atendimento às PVHA?'

Verificou-se que há uma relação entre a percepção do risco de contaminação durante atendimento odontológico e o fato de atender o paciente HIV/Aids no serviço público ( $\chi^2$ ;  $p=0,031$ ), em que aqueles profissionais que responderam perceber um risco muito baixo ou baixo atendem mais do que os profissionais que disseram ser o risco médio

ou alto. Atestou-se também uma associação entre a participação no Curso de Formação para o atendimento aos pacientes HIV/Aids de 60h oferecido pela SMS em 2008 e o atendimento a estes pacientes no serviço público (Qui-quadrado;  $p=0,0001$ ), em que os cirurgiões-dentistas que participaram do curso atendem mais do que os profissionais que não o frequentaram. Da mesma forma, verificou-se associação entre haver participado do Curso de Formação para o atendimento aos pacientes HIV/Aids e haver desenvolvido alguma atividade com atendimento ao paciente HIV/Aids (Qui-quadrado;  $p=0,0001$ ), em que os cirurgiões-dentistas que desenvolveram alguma atividade com PVHA atendem mais do que os profissionais que não tiveram esta experiência.

Analisando o conhecimento clínico do dentista sobre os exames laboratoriais mais importantes para o acompanhamento do paciente HIV/Aids e o atendimento a este paciente no serviço público, constatou-se uma relação (Qui-quadrado;  $p=0,035$ ), na qual os profissionais que responderam conhecer os exames laboratoriais atendem mais do que os que não conhecem.

Nesse mesmo sentido, observou-se dependência entre as variáveis 'considera que as condições de biossegurança do CSF/CEO são satisfatórias para o atendimento às PVHA' e 'atende as PVHA no serviço público' (Qui-quadrado;  $p=0,012$ ). Os profissionais que responderam serem satisfatórias as condições de biossegurança do serviço atendem mais do que os que responderam não.

Para verificar se a nota que o profissional atribui ao seu atendimento ao paciente HIV/Aids é influenciada por variáveis dicotômicas, realizou-se o Teste T Independente, utilizando como variável de teste a nota e variáveis de agrupamento: 'Sexo'; 'Tem curso de especialização'; 'Você participou do Curso de Formação para o atendimento às PVHA de 60h oferecido pelo SMS em 2008?'; 'Procedimentos que realiza (Exame clínico, Exame estomatológico, Profilaxia e

Flúor, Restaurações, Exodontias, Raspagem, Urgência, Educação em Saúde)'; 'Você considera que o atendimento odontológico às PVHA no CSF/CEO é satisfatório?'; 'Você considera que o usuário está satisfeito com seu atendimento?'; 'Você considera que oferece um atendimento com respeito e atenção?'; 'Você considera que repassou ao paciente sobre o atendimento as informações com clareza?'; 'Você acredita que acolhe, escuta a queixa, os medos e as expectativas do usuário, identifica os riscos e a vulnerabilidade dele, oferece uma escuta qualificada ao paciente?'; 'Você acredita que pratica o dispositivo da clínica ampliada buscando ajuda em outros setores além da saúde (intersectorialidade)?'.

Considerando o relacionamento entre as variáveis dicotômicas descritas acima, observou-se relação significativa apenas entre a nota e ter curso de especialização. Os profissionais que não possuem curso de especialização se atribuem uma nota mais alta ( $9,1\pm 1,2$ ), quando comparado aos que possuem especialização ( $7,8\pm 1,1$ ).

O teste Qui-quadrado foi utilizado para verificar se a variável 'Procedimentos que realiza (exame clínico, exame estomatológico, profilaxia e flúor, restaurações, exodontias, raspagem, urgência, educação em saúde)' tem correlação com: 'Você participou do Curso de Formação para o atendimento às PVHA de 60h oferecido pela SMS em 2008?'; 'Você se sente apto a realizar o atendimento às PVHA?'; 'Você considera que o atendimento odontológico às PVHA no CSF/CEO é satisfatório?'; 'Você considera que as condições de biossegurança do CSF/CEO são satisfatórias para o atendimento às PVHA?'.

Relacionados os dados, observou-se que existe uma relação entre as variáveis 'Realiza Restaurações' e 'Você considera que as condições de biossegurança do CSF/CEO são satisfatórias para o atendimento às PVHA?' (Qui-quadrado;  $p=0,034$ ), na qual os profissionais que afirmaram ser as condições de biossegurança satisfatórias realizam mais

restaurações. Também se verificou uma relação entre a variável 'Realiza Raspagem' e 'Você se sente apto a realizar o atendimento às PVHA?' (Qui-quadrado;  $p=0,043$ ), na qual os profissionais que afirmaram se sentir aptos a realizar o atendimento fazem mais raspagem. Aferiu-se uma relação entre a variável 'Realiza Educação em saúde' e 'Você considera que o atendimento odontológico às PVHA no CSF/CEO é satisfatório?' (Qui-quadrado;  $p=0,025$ ), na qual os profissionais que consideram o atendimento odontológico ao paciente satisfatório praticam mais atividade de educação em saúde. Da mesma forma, no relacionamento entre as variáveis 'Realiza Educação em saúde' e 'Você participou do Curso de Formação para o atendimento às PVHA de 60h oferecido pela SMS em 2008?' há uma associação (Qui-quadrado;  $p\leq 0,001$ ). Os profissionais que participaram do Curso de Formação realizam mais procedimentos de educação em saúde.

## Discussão

Esta é a primeira vez que uma pesquisa com esta magnitude, abordando quase todos os aspectos da operacionalização do cuidado às PVHA, envolvendo dentistas de todas as unidades da ESF (atenção primária) e CEO (atenção secundária), é realizada no estado do Ceará. Com ela, pode-se observar a real situação do atendimento às PVHA no serviço público da quinta maior cidade do País, que é responsável pelo atendimento da vasta maioria da população, entendendo seus pontos positivos e limitadores. Entre os achados, é importante destacar que: os cirurgiões-dentistas ainda atendem poucos pacientes, ou seja, o atendimento às PVHA na capital é limitado; os profissionais que acreditam serem satisfatórias as condições de biossegurança das unidades de saúde tendem a ter mais disposição a atender esse grupo de pacientes, o que demonstra que a infraestrutura e as condições de trabalho,

incluindo biossegurança, ainda são limitantes ao atendimento dessa parcela da população; os dentistas que fizeram educação permanente direcionada para PVHA se sentem mais sensíveis e aptos a prestar serviços odontológicos a estas pessoas, e, conseqüentemente, o fazem mais; a humanização do cuidado é apontada como um aspecto importante na relação profissional-paciente. Dessa forma, a discussão abaixo focará primordialmente esses aspectos, tentando relacioná-los a todos os demais dados coletados e à literatura pertinente.

Sobre o processo de atendimento às PVHA, os cirurgiões-dentistas que não se propõem a atender estes pacientes apontam como motivos principais o medo de contaminação, o paciente não haver procurado o serviço, o profissional não se sentir capacitado e não desejar se envolver com este grupo de pacientes. Camurça (2008) pesquisou sobre a existência de assistência odontológica às PVHA na ESF em Fortaleza. O estudo observou que de 58,06% dos cirurgiões-dentistas que sabiam da existência de PVHA em sua área de abrangência, somente 29,57% afirmaram atender as PVHA nos CSF sabendo que o paciente era infectado por HIV. Esse percentual é considerado baixo, comparando-se com o presente estudo, mas deve-se observar que, no ano da pesquisa de Camurça (2008), a rede de atenção à saúde bucal das PVHA não estava estruturada e os cirurgiões-dentistas ainda não haviam sido capacitados na temática.

Sena, Guimarães e Pordeus (2005) relatam que, de acordo com a literatura, os principais fatores associados com a disposição para o atendimento de PVHA são: preconceito; medo do contágio; atitudes ante a epidemia; conhecimento técnico sobre a infecção pelo HIV; percepção sobre risco ocupacional; experiência anterior com pacientes portadores de HIV/AIDS. Pesquisa realizada em Natal (RN) descobriu que 68% dos cirurgiões-dentistas afirmaram se sentir aptos a atender as PVHA, e 29% não se consideraram

preparados (RODRIGUES; DOMINGOS SOBRINHO; SILVA, 2005).

Estudantes de odontologia da Índia demonstraram disposição em atender as PVHA, porém, problemas potenciais para este atendimento foram citados, como o impacto que este atendimento pode ter diante de outros pacientes e dos demais profissionais de saúde do consultório (OBEROI ET AL., 2014). A atitude de estudantes de odontologia em relação aos pacientes também tem relação com aspectos religiosos, etnia e convivência com PVHA (JIN ET AL., 2014). Entretanto, de acordo com outro estudo realizado na Índia, é importante notar que nem sempre o conhecimento sobre a doença e seus tratamentos se relaciona positivamente com a disposição para o atendimento (GROVER ET AL., 2014). Na presente pesquisa, mais da metade dos dentistas afirmaram que se sentem aptos a realizar o atendimento às PVHA, pouco mais de 10% não se sentem aptos e um quarto sente-se parcialmente apto. Os motivos citados por estes dois últimos grupos foram: falta de informação, de capacitação técnica, de capacitação do pessoal auxiliar, de estrutura da unidade de saúde, insegurança e medo de contaminação.

Investigou-se também que os cirurgiões-dentistas – depois de graduados, antes de ingressar no ESF/CEO em Fortaleza – que desenvolveram alguma atividade envolvendo o atendimento odontológico às PVHA, atendem mais do que os profissionais que não tiveram esta experiência. Esses resultados corroboram os estudos anteriores, que demonstram a necessidade de capacitação e sensibilização profissional para o atendimento às PVHA (RODRIGUES; DOMINGOS SOBRINHO; SILVA, 2005; SENA; GUIMARÃES; PORDEUS, 2005).

Sobre o processo de organização de assistência odontológica às PVHA, Senna, Guimarães e Pordeus (2005) afirmam que o atendimento na cidade de Belo Horizonte (MG), por ser centralizado em um serviço de referência, mostrou-se insuficiente para atender à alta demanda. Essa forma

de atendimento, além de ser insuficiente, tem o potencial de estigmatizar os usuários desse serviço, pois todos os pacientes que se dirigem a essa unidade de saúde são automaticamente identificados com o HIV ou com a Aids. O município de Fortaleza, tentando superar essas limitações, optou por uma atenção à saúde bucal das PVHA descentralizada, buscando melhorar o acesso, em que o paciente pode procurar diretamente o CSF ou é referenciado pelo SAE. Entretanto, observou-se no presente estudo que, desde o ano de 2006, mais da metade dos cirurgiões-dentistas que se dispuseram a atender essa população, o fizeram somente com 1 ou 2 pacientes. Dessa forma, apenas 429 pacientes foram atendidos pelos 102 profissionais investigados, média de 4 pacientes por cirurgião-dentista nos últimos 8 anos, quantidade muito baixa, especialmente considerando que em torno de 7 mil PVHA residem em Fortaleza. Sabendo que a maioria desses usuários tem necessidade de tratamento odontológico, com índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) médio de 15,3 (ARAÚJO, 2010), e que pertencem à classe econômica baixa, dependente do SUS para a assistência odontológica, estes achados são ainda mais alarmantes. É importante frisar que essa realidade não é nova no município, muito menos existente apenas em solo cearense. A pesquisa de Camurça (2008), realizada em Fortaleza, apontou que a maioria dos cirurgiões-dentistas, 89,1%, atendeu de 1 a 2 pacientes; apenas 6,5% dos cirurgiões-dentistas atenderam de 3 a 4 pacientes; 4,4% dos profissionais atenderam mais de 5 PVHA. Ribeiro, Melo e Freire (2006), estudando a atenção à saúde bucal das PVHA em Aracaju (SE), observaram que 41% dos 56 entrevistados afirmaram que haviam atendido o paciente HIV positivo sabendo de sua condição, mas destes, 95% atenderam apenas um paciente.

No presente estudo, um terço dos cirurgiões-dentistas informou que o atendimento

às PVHA é prioritário; um quarto que é por demanda espontânea e a minoria dos atendimentos é por encaminhamento do SAE. Este dado demonstra, mais uma vez, a fragilidade do sistema de atenção à saúde das PVHA no município de Fortaleza, que apesar de ter tentado inovar, no sentido de ampliação e universalização do cuidado, tem esbarrado na fragilidade das redes de atenção do município. Segundo Mendes (2011), os sistemas fragmentados têm sido um desastre sanitário e econômico em todo o mundo, pois os pontos de atenção à saúde ficam isolados uns dos outros e, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Neles, a Atenção Primária à Saúde não se comunica fluidamente com a Atenção Secundária à Saúde, e esses dois níveis também não se comunicam com a Atenção Terciária à Saúde nem com os sistemas de apoio. Esta desarticulação compromete o atendimento não só dessa parcela da população, mas também de todo o grupo de pacientes atendidos pelo SUS. Dessa forma, estratégias diferenciadas são necessárias para otimizar os serviços de saúde e aprimorar o cuidado à população.

Uma das estratégias para aumentar o acesso à assistência à saúde bucal das PVHA, segundo diversos autores, é a instituição de processos de educação permanente para as equipes (BRASIL, 2009; CECCIM, 2005). Há estudos que demonstram uma relação entre anos de estudo de pós-graduação e maior conhecimento e capacidade de atendimento ao paciente HIV/Aids (VIJAYALAXMI ET AL., 2014). Nessa perspectiva, a SMS, em parceria com Universidade Federal do Ceará, promoveu um curso de formação teórico-prático de 60 horas-aula específico no atendimento odontológico aos usuários com HIV/Aids, tendo como público-alvo os trabalhadores das EqSB da ESF. Além de facilitar o acesso ao tratamento clínico odontológico das PVHA, o curso teve, entre outros, os seguintes objetivos: contribuir para a integração das políticas de saúde bucal e de DST/HIV/Aids

no município de Fortaleza e sensibilizar e capacitar os cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal da SMS para o atendimento (FORTALEZA, 2008). No presente estudo, um terço dos cirurgiões-dentistas fez o referido curso de 60h. Entre os que concluíram o curso, a grande maioria dos profissionais afirmou que este os auxiliou na assistência às PVHA. Observou-se uma associação entre a participação no curso de formação e o atendimento às PVHA, em que os cirurgiões-dentistas que assistiram ao curso atendem mais. Este dado comprova a necessidade de formação profissional, que deve incluir sensibilização, para o atendimento dessa parcela da população. Senna, Guimarães e Pordeus (2005) e Ribeiro, Melo e Freire (2006) concluíram, em seus estudos, que programas de educação permanente para a EqSB, relacionados à epidemia de HIV/Aids, constituem-se em importante estratégia para ampliar o acesso e aprimorar a qualidade do atendimento odontológico ofertado a esses pacientes.

Sobre o conhecimento necessário para o atendimento às PVHA, várias questões foram feitas em relação à ciência dos exames laboratoriais mais importantes, à necessidade de fazer prescrição de profilaxia antibiótica e ao tipo de medicação utilizada nestes casos. Verificou-se que a metade dos cirurgiões-dentistas conhece total ou parcialmente os exames laboratoriais mais importantes para o acompanhamento às PVHA. Poucos cirurgiões-dentistas informaram saber quando, durante o tratamento odontológico das PVHA, há a necessidade de fazer prescrição de profilaxia antibiótica, e menor ainda foi o número destes profissionais que sabiam o tipo de medicação a ser utilizada. Apesar de não encontrar na literatura estudos específicos relacionados com o conhecimento dos exames laboratoriais importantes, há estudos conflitantes em relação à percepção dos profissionais sobre sua capacidade de atender as PVHA. Marques (2006), em pesquisa com 230 cirurgiões-dentistas do município de Recife (PE), descobriu que 71 (31%)

profissionais se acham muito capazes de reconhecer e diagnosticar manifestações da Aids na cavidade bucal. Resultados observados por Ribeiro, Melo e Freire (2006) indicam que a maioria dos profissionais se considera capacitado, por isso tem disposição em atender as PVHA.

É importante mencionar que, no presente estudo, há uma associação positiva entre as variáveis conhecer os exames laboratoriais e atender as PVHA, assim como entre haver feito o curso específico de HIV (60h) e conhecer os exames laboratoriais. Observa-se, dessa forma, a fragilidade do conhecimento específico do cirurgiões-dentistas de Fortaleza em relação ao cuidado de PVHA, assim como a dependência destes em relação à formação específica na área. É interessante dizer que, mesmo tendo os profissionais que fizeram o curso melhor conhecimento na área, muitos destes continuam deficitários de informação sobre questões importantes no cuidado desse grupo de pacientes. Portanto, fica clara a fragilidade dos processos de formação organizados para estes profissionais. Esta fragilidade, na verdade, pode ser consequência da falta de continuidade dos processos de formação, que teriam um maior potencial educativo caso fossem, verdadeiramente, processos de educação permanente em serviço (CECCIM, 2005).

No presente estudo, identificou-se que mais da metade dos cirurgiões-dentistas consideram insatisfatórias as condições de biossegurança para atendimento de PVHA, enquanto um quinto as consideram parcialmente satisfatória ou satisfatória. Sabendo que biossegurança é uma condição alcançada por um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, reduzir ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde humana, talvez não seja razoável falar em biossegurança parcial, alcança-se ou não (ENGELMANN *ET AL.*, 2010). É importante destacar a gravidade desse problema, pois mais da metade dos profissionais afirmaram não existir biossegurança nos

CSF/CEO, no entanto, atendem, conscientemente ou não, pacientes com diferentes tipos de enfermidades infectocontagiosas, PVHA ou não. Esse dado é preocupante por evidenciar o risco que usuários e profissionais estão correndo. Sabe-se que o risco de contaminação da Aids nesse ambiente é muito baixo, entretanto, é bastante alto em outras doenças, como no caso da hepatite B, em que os dados demonstram risco de até 30% (COTRAN; KUMAR; COLLINS, 2000). Os profissionais investigados parecem ter consciência dessa limitação, haja vista que mais de um terço deles sugerem a biossegurança como uma atividade a ser aprimorada nas unidades de saúde, correlacionando esta necessidade à garantia de maior aptidão destes em relação ao atendimento de PVHA. Coerentemente com pesquisa de Cavalcante *et al.* (2006), observou-se, no presente estudo, associação entre condições de biossegurança e 'atende as PVHA no serviço público', em que os profissionais que afirmaram serem satisfatórias as condições de biossegurança do serviço atendem mais do que os que responderam não.

Estudos afirmam que, quando corretamente adotadas todas as medidas universais de proteção, o risco de contaminação durante o atendimento odontológico às PVHA é baixo. Estima-se que após um acidente percutâneo, o risco de soroconversão seja de 0,3%, e após uma exposição mucocutânea a sangue contaminado, o risco é de 0,09% (MCCARTHY *ET AL.*, 2002). Também não existem casos de transmissão do vírus HIV por aerossóis, resultantes da atividade clínica odontológica (MARQUES, 2006). Resultados da pesquisa de Sena, Guimarães e Pordeus (2005) indicam que os cirurgiões-dentistas que apresentaram maior disposição para o atendimento odontológico às PVHA tinham uma percepção correta sobre o risco de contaminação ocupacional durante o atendimento odontológico, usando os equipamentos de proteção individual. Essa associação também foi relatada por Marques (2006), que reafirma ser a

avaliação correta sobre o risco ocupacional ao HIV um fator importante na disposição de profissionais de saúde para o atendimento às PVHA. Esta associação, entre a percepção do risco de contaminação e o fato de atender as PVHA no serviço público, também foi detectada na presente pesquisa. Os profissionais que afirmaram perceber um risco muito baixo ou baixo atendem mais do que os profissionais que disseram ser o risco médio ou alto. Fica claro, assim, que a biossegurança influencia, consciente ou inconscientemente, na disponibilidade do profissional em atender os pacientes que possuem conhecida doença infectocontagiosa.

Sabe-se, entretanto, que outros aspectos influenciam o dentista a atender as PVHA. Na presente pesquisa, observou-se que a solidariedade ao paciente foi assinalada por dois terços dos profissionais. Esse achado é relevante, considerando o contexto de medo, de preconceito e de estigmatização relacionados à doença, ainda hoje presentes, apesar das intensas campanhas de sensibilização da sociedade civil e profissionais de saúde desenvolvidas ao longo das últimas décadas. Por isso é interessante que a EqSB esteja sensível para acolher, levando em conta os aspectos relativos à humanização do cuidado, sobretudo nesse grupo de pacientes. A Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1988, considera que os cirurgiões-dentistas têm obrigação humana e profissional de atender as PVHA, inserido em uma equipe multiprofissional, aceitando o desafio de combater e prevenir a doença, especialmente nos países onde a infecção por HIV representa um sério problema de saúde pública, como no Brasil (OMS, 1988). No presente estudo, quase a totalidade dos cirurgiões-dentistas relatou que o fato de estarem cientes da obrigação ética os influencia em atender as PVHA. O Código de Ética Odontológica afirma que a odontologia deve ser exercida em benefício da saúde do ser humano, da coletividade e do meio ambiente, sem discriminação de qualquer forma

ou pretexto (CFO, 2012). Entretanto, sabe-se que não é a força da lei que vai obrigar o cirurgião-dentista a atender as PVHA e outros grupos vitimados por preconceito, mas sua sensibilização e inclusão dos dispositivos da humanização do cuidado, que devem ser praticados cotidianamente.

Constatou-se também que mais da metade dos profissionais entrevistados na presente investigação assinalaram que estar bem informados sobre as condutas ante as PVHA influencia sua decisão em atendê-las. Também se evidenciou que mais de dois terços da amostra destacaram, como influência na decisão de atender, a participação no Curso de Formação para o atendimento às PVHA de 60h oferecido pela SMS em 2008. Estas duas variáveis estão muito interligadas, pois o acúmulo de informações sobre HIV/Aids pode ser consequência da participação no curso. Estes dados são coerentes com os descobertos por Marques (2006). De acordo com esta autora, estar bem informado sobre o tratamento para PVHA e haver participado de programas de educação continuada em atendimento a estes pacientes influenciam em 93,1% e 81,6%, respectivamente, a decisão de os profissionais atendê-los.

Em 2006, a SMS de Fortaleza, superando um contexto de vínculo precário por meio de cooperativas, contratou, por concurso público, médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros para atuar em 300 equipes da ESF. Nesse mesmo ano, a gestão municipal tomou a decisão política de adotar a Política Nacional de Humanização (PNH), proposta pelo Ministério da Saúde. Nos anos seguintes, foram desenvolvidos diversos processos de educação permanente, inclusive curso de atendimento odontológico às PVHA, nos quais foi abordada a humanização da atenção. Como mencionado anteriormente, a prática desse cuidado humanizado é importante, principalmente, em grupos mais vulneráveis, como as pessoas que vivem com HIV/Aids. No presente estudo, a vasta maioria (84,3%) dos cirurgiões-dentistas que

atendem as PVHA afirma que o usuário ficou satisfeito com seu atendimento, assim como, quase unanimemente (97,1%), os profissionais consideram que oferecem um atendimento com respeito e atenção. Quando questionados se acolhem, escutam a queixa, os medos e as expectativas do usuário, identificam os riscos e a vulnerabilidade dele, oferecem uma escuta qualificada às PVHA, 60,8% responderam sim, 31,4% em parte e 7,8% não. Quanto à prática da clínica ampliada, somente 22,5% dos cirurgiões-dentistas responderam sim e 16,7% em parte. Não se localizou na literatura estudo desta natureza que possa ser comparado à presente pesquisa. Esses dados apontam para uma sensibilização, pelo menos do ponto de vista da autoavaliação profissional, em relação à questão da humanização do cuidado. Isso é positivo não só no aspecto do cuidado humanizado, mas também na perspectiva de que os profissionais respondam bem às capacitações realizadas. Assim, fica claro que se deve incentivar a formação profissional nas áreas de interesse do SUS.

## Considerações finais

No município de Fortaleza, aconteceu uma importante e oportuna articulação entre as coordenações de Hepatites Virais e DST/Aids e Saúde Bucal da SMS, no sentido de ampliar o acesso à consulta odontológica às PVHA. Essa articulação resultou no estabelecimento que as PVHA, com necessidades de tratamento odontológico, seriam encaminhadas pelos SAE para serem atendidas de forma descentralizadas nos centros de saúde. Apesar deste

conceito interessante de descentralização, que possibilita que o tratamento seja feito mais perto da residência do paciente e com menor chance de estigmatização no serviço, constatou-se que, desde 2006, mais da metade dos cirurgiões-dentistas que atenderam as PVHA, somente o fizeram com 1 ou 2 pacientes. Assim, apenas 429 usuários foram atendidos pelos 102 profissionais entrevistados, que representam 60% dos profissionais entrevistados. Observa-se que esta quantidade é baixa, pois Fortaleza tem em torno de 7 mil PVHA, e boa parte é de classes sociais que dependem do SUS.

Conclui-se, com esta pesquisa, que o conhecimento apropriado sobre questões técnicas relacionadas à infecção pelo HIV, educação permanente direcionada para as PVHA oferecidas aos profissionais, boas condições de trabalho e infraestrutura satisfatória – incluindo biossegurança – bem como experiência profissional prévia com estes usuários, são os principais fatores associados à disposição para o atendimento a este grupo de pacientes. Os profissionais que não se sentem aptos ao atendimento às PVHA apontaram como principais motivos: falta de informação, de capacitação técnica, de capacitação do pessoal auxiliar, de estrutura da unidade de saúde, insegurança e medo de contaminação. Assim, o investimento na estrutura dos serviços juntamente com a estratégia de educação permanente em saúde, pautados nas necessidades da população, são as principais formas de enfretamento destas barreiras, que, se superadas, podem melhorar consideravelmente o acesso com atenção humanizada e, conseqüentemente, diminuir a iniquidade em saúde bucal das PVHA. ■



## Referências

- ARAÚJO, D. B. *Condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos por pessoas que vivem com HIV/AIDS no município de Fortaleza-Ceará*. 2010. 110 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Bucal*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico Aids e DST*. Versão preliminar. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2010/boletim2010\\_prelimi\\_nar\\_pdf\\_34434.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2010/boletim2010_prelimi_nar_pdf_34434.pdf)>. Acesso em: 2 jan. 2014.
- BUCHALA, C. M.; CAVALHEIRO, T. R. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde e a Aids: uma proposta de core set. *Acta Fisiátr.*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 42-48, 2008.
- CAMURÇA, V. V. *Assistência odontológica a pessoas portadoras de HIV/Aids na rede pública de saúde de Fortaleza: política de atenção e atuação do PSF*. 2008. 85 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.
- CAVALCANTE, C. A. T. *et al. A atenção em saúde bucal para DST/HIV/AIDS na rede municipal de Belo Horizonte: diagnóstico loco-regional*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2006.
- CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde (COPROM). Núcleo de Epidemiologia (NUVEP). *Informe Epidemiológico Aids*. Fortaleza, 2013. Disponível em: <[www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins](http://www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins)>. Acesso em: 2 jan. 2014.
- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-178, 2005.
- CHAGAS, R. A.; NUTO, S. A. S.; ANDRADE, L. O. M. Política municipal de saúde bucal: da construção coletiva ao desafio de seu desenvolvimento em Fortaleza (CE). *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 42, p. 35-50, 2008.
- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). *Código de Ética Odontológica*. 2012. Disponível em: <[http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/codigo\\_etica.pdf](http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/codigo_etica.pdf)>. Acesso em: 2 jan. 2014.
- COTRAN, R. S.; KUMAR, V.; COLLINS, T. *Patologia estrutural e funcional*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- ENGELMANN, A. I. *et al.* Avaliação dos procedimentos realizados por cirurgiões-dentistas da região de Cascavel-PR visando ao controle da biossegurança. *Odontol. Clín.-Cient.*, Recife, v. 9, n. 2, p. 161-165, 2010.
- FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. *Projeto de Implantação da Rede de Atendimento Odontológico para Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Prefeitura de Fortaleza*. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.
- GROVER, N. *et al.* Attitude and knowledge of dental students of ational Capital Region regarding HIV and AIDS. *J Oral Maxillofac Pathol.*, Mumbai, v. 18, n. 1, p. 9-13, 2014.
- JIN, H. *et al.* An assessment of health-care students' attitudes toward patients with or at high risk for HIV: implications for education and cultural competency. *AIDS Care*, London, v. 26, n. 10, 2014, p. 1223-8.
- MARQUES, K. M. G. *Perfil dos cirurgiões-dentistas frente ao atendimento odontológico de paciente HIV positivo na cidade do Recife*. 2006. 186 f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Universidade de Pernambuco, Camaragibe, 2006.
- MCCARTHY, G. M. *et al.* Transmission of HIV in the dental clinic and elsewhere. *Oral Dis.*, Copenhagen, v. 8, supl. 2, p. 126-135, 2002.
- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OBEROI, S. S. *et al.* Knowledge and attitude of Indian clinical dental students towards the dental treatment of patients with human immunodeficiency virus (HIV)/acquired immune-deficiency syndrome (AIDS). *Int Dent J*, Chichester, v. 64, n. 6, p. 324-332, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS).

Responsabilidades éticas e profissionais dos cirurgiões-dentistas com respeito aos pacientes com HIV positivo e aos pacientes com aids. *Atualidade Odontológica*. v. 30, n. 1, 1988, p. 37-39.

PINHEIRO, F. M. C. *et al.* A formação do cirurgião-dentista no Brasil: contribuições de estudos para a prática da profissão. *RGO*, Porto Alegre, v. 57, n. 1, jan./mar. 2009, p. 99-106.

RIBEIRO, V. N.; MELO, A. U. C.; FREIRE, L. N. Conhecimentos e atitudes dos cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família de Aracaju-SE em relação aos pacientes com HIV/Aids. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 561-574, 2006.

RODRIGUES, M. P.; DOMINGOS SOBRINHO, M.; SILVA, E. M. Os cirurgiões-dentistas e as representações sociais da Aids. *Ciênc. saúde coletiva* Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 463-472, 2005.

SENNA, M. I. B.; GUIMARÃES, M. D. C.; PORDEUS, I. A. Atendimento odontológico de portadores de HIV/AIDS: fatores associados à disposição de cirurgiões-dentistas do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2005, p. 217-225.

SOARES, G. B. *et al.* Oral health status of people living with HIV/AIDS attending a specialized service in Brazil. *Spec Care Dentist*, Chicago, v. 34, n. 4, p. 176-184, 2014.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic*. Geneva, Switzerland: UNAIDS, 2013.

VIJAYALAXMI, N. *et al.* Are you willing to treat patients with HIV/AIDS? An anonymous survey among staff and students of dental institution. *Oral Health Dent Manag*, Foster City, v. 13, n. 3, p. 745-748, 2014.

---

Recebido para publicação em dezembro de 2014

Versão final em julho de 2015

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# A dinâmica das relações familiares de moradores de rua usuários de crack

*The family relationships dynamics of homeless people-crack users*

Jaime Alonso Caravaca-Morera<sup>1</sup>, Maria Itayra Padilha<sup>2</sup>

---

**RESUMO** Pesquisa qualitativa com abordagem sócio-histórica que objetivou analisar como se constitui a subjetividade dos indivíduos no contexto da relação família, rua e crack. Os participantes foram 15 moradores de rua da cidade de Florianópolis (SC). A coleta de dados foi realizada de fevereiro a abril de 2013. Os dados foram analisados segundo a Análise de Conteúdo de Bardin. Os resultados destacam que a ausência de regras, limites, comunicação e afeto no núcleo familiar, assim como a violência e o uso/abuso de drogas, foram fatores que colaboraram com o consumo do crack e a moradia de rua. Conclui-se que as relações familiares fragilizadas são um dos fatores de risco corresponsáveis no consumo do crack e a moradia na rua.

**PALAVRAS-CHAVE** Relações familiares; Cocaína crack; Moradores de rua; Histórias de vida.

**ABSTRACT** A qualitative research with a socio-historical approach aimed at analyzing the constitution of subjectivity in the context of family relationships of homeless-crack users. The study subjects were 15 homeless people of the city of Florianópolis (SC). Data collection was conducted from February to April 2013. The data were analyzed using the Content Analysis of Bardin. The results highlighted that the absence of rules, boundaries, communication and affection in the household, as well as the presence of violence and drug abuse, were factors that cooperated with the onset of crack use and subsequently led to adopting the streets as a home. It was concluded that weakened family relationships share responsibility for crack consumption and the homeless scenario.

**KEYWORDS** Family relations; Crack cocaine; Homeless; Life Stories.

<sup>1</sup>Universidad de Costa Rica (UCR) - San José, Costa Rica. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brasil. [jacamorera@hotmail.com](mailto:jacamorera@hotmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Departamento de Enfermagem - Florianópolis (SC), Brasil. [padilha@nfr.ufsc.br](mailto:padilha@nfr.ufsc.br)

## Introdução

As discussões atuais sobre os fenômenos pessoais e sociais envolvidos no consumo de *crack* e na moradia de rua têm gerado uma gama de preocupações nos diferentes contextos sociais. Existem várias explicações que poderiam auxiliar na compreensão dessa temática a depender da corrente teórica ou paradigma epistêmico utilizado. Por isso, diversas inquietações surgem no meio acadêmico em pesquisas que abordam esse tema, evidenciando a necessidade de apreender, compreender, analisar, refletir e investigar a estrutura familiar, sendo esta uma instituição denominada como o núcleo da sociedade contemporânea que tem alguma (ou muita) responsabilidade no problema das dependências químicas. Ressalta-se que os problemas das toxicomanias em geral, e principalmente a do *crack*, devem ser analisados como situações singulares vinculadas a um contexto social, econômico, cultural e político específico de cada realidade.

A família é uma instituição complexa que congrega trajetórias individuais e que se expressa em arranjos diversificados e em espaços únicos ligados diretamente às transformações da sociedade. Esse sistema plural se reveste de diversas definições e controvérsias, e há relevância no que se refere ao processo de crescimento e desenvolvimento de seus membros, sendo que nela acontece o primeiro processo de socialização (ELSEN; MARCON; SANTOS, 2002).

O dinamismo das diversas abordagens e paradigmas sociais destacam que a ausência de um acordo interno com regras claras intrafamiliares se converte em uma das principais variáveis facilitadoras no aparecimento de quadros de inclinação ao uso de qualquer substância psicoativa.

Autores, como Freitas (2002) e Alarcão (2006), revelam duas condições necessárias, entre outras, que podem levar uma pessoa a se tornar usuária abusiva de uma substância

psicoativa: a) a aproximação e o acesso que esta tem com a droga, b) a relação/interpretação com a transgressão das regras familiares. Contudo, é importante destacar que existem várias explicações que abordam esse fenômeno a depender da corrente teórica ou paradigma epistêmico utilizado. Entretanto, questiona-se no presente estudo: o que ocorre quando essas regras/normativas familiares nunca estiveram presentes? Será que uma criança, jovem ou adulto estaria transgredindo uma regra que desconhece?

É reconhecido que as normas fazem parte da formação do ser humano e do cidadão, contudo, sabe-se que nem todas as famílias contam com uma concepção de normas e limites que são transmitidos aos filhos, relações estas que indicam o que se deve e o que não se deve fazer. Fato inverso também acontece: uma família que se relaciona com normas claras pode também contribuir para o que aqui denomina-se sedução com a droga.

É importante mencionar que quando as funções paternas ou maternas não são exercidas de uma forma firme e amorosa, os interditos e as proibições dificilmente serão respeitadas, e os ideais que poderiam servir como suporte ético na tomada de decisões futuras poderão ser desvirtuados e invisibilizados (BUENO ET AL., 2012).

Por outra parte, considerando que os seres humanos são integrais e integrados, qualquer alteração psicossocial produz uma resposta imediata no corpo, o qual está condicionado à busca da homeostasia. Esse equilíbrio homeostático poderá ser alterado não só por desordens fisiológicas como também por notória participação de fatores externos, tais como as relações familiares conflituosas, estresse, pobreza, violência estrutural, consumo de drogas, entre outros fenômenos, podendo produzir modificações comportamentais e psíquicas importantes (CASSELL, 2003).

Conhecer como são as relações familiares que modificam essas capacidades psíquicas

de expressão de sentimentos, que estão envolvidas nas histórias de vida das pessoas, é importante para evidenciar que existem outras variáveis pouco investigadas – além das variáveis pessoais, econômicas, culturais e políticas – que incitam (ou facilitam) o processo de consumo de *crack* e a moradia na rua. Diante das anteriores inquietações, este estudo visa analisar como se constitui a subjetividade dos indivíduos no contexto da relação família, rua e *crack*.

## Percurso metodológico

Este estudo insere-se nos pressupostos metodológicos da pesquisa qualitativa, que trabalha com o universo de significados, razões, justificativas, aspirações, crenças, valores e atitudes que colaboram com a compreensão das relações existentes em um fenômeno humano.

É uma pesquisa com abordagem sócio-histórica que utilizou as histórias de vida como técnica para coletar os dados. A escolha dessa técnica justificou-se devido ao entendimento de que a forma como uma pessoa age na atualidade é produto de uma série de acontecimentos ocorridos no passado, e isso reflete a ideia de que o hoje é somente uma consequência impregnada das referências que abrangem as perspectivas do mundo de ontem.

Os sujeitos do estudo foram 15 usuários de *crack*, sendo 11 do gênero masculino e 4 do gênero feminino, na faixa etária compreendida entre 18 e 35 anos, oriundos principalmente dos três estados do sul do Brasil: Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul. O número de sujeitos do gênero feminino foi menor devido ao fato de que as mulheres apresentaram mais receio de compartilhar suas histórias de vida e negaram sua participação neste estudo.

Os critérios de inclusão adotados foram: ser maior de 18 anos, ser/estar morador de rua de Florianópolis há pelo menos 2 anos,

ser usuário de *crack*. O período estabelecido de residência nas ruas do município possibilitou uma visão mais ampla sobre os significados, adversidades e conhecimento das situações vivenciadas no seu cotidiano.

A coleta de dados ocorreu nas ruas de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, Brasil; sendo este o local de moradia dos sujeitos pesquisados. Entre os lugares selecionados para a realização da coleta das informações, encontraram-se os locais conhecidos como fumódromos, ou seja, lugares onde os moradores de rua e outros consumidores se reúnem para fazer uso de drogas fumadas na região central da cidade.

Para a realização das entrevistas, foi elaborado um roteiro com perguntas sobre a história de vida completa e outras experiências familiares pessoais, as quais foram gravadas e transcritas na íntegra. Essa coleta de dados aconteceu no período compreendido entre fevereiro e abril do ano 2013.

Após os esclarecimentos referentes ao estudo, à metodologia a ser utilizada e à forma de participação, os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assim como a Carta de Cessão da Entrevista (esses documentos foram lidos em voz alta e clara pelo pesquisador principal, todos os participantes foram encorajados a esclarecer dúvidas que porventura surgiram durante essa leitura e, ao final, em caso de positividade para a participação nesta pesquisa, pediu-se que eles fossem assinados). Foram respeitados os princípios de ética, sigilo, confidencialidade e privacidade durante todos os momentos da entrevista, os quais estiveram em consonância com a Resolução CNS n.º 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, diante a Resolução n.º 202.673, assinada em 22 de fevereiro de 2013. A coleta das informações foi interrompida a partir do

momento que ocorreu a saturação destas, dado que nenhum novo elemento ampliou o conhecimento do objeto que estava sendo investigado.

Os dados foram analisados segundo a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2011), seguindo as etapas de coleta e preparação das informações; unitarização do conteúdo em unidades; classificação das unidades em categorias; descrição e interpretação. A partir disso, emergiram duas categorias assim elencadas: 'Lar doce lar? O meu era feito de fel' e 'A violência como parte do meu cotidiano familiar'. Essas categorias demonstraram a forte influência que a família também exerceu nos sujeitos para iniciarem o consumo de *crack* e, posteriormente, escolher a rua como seu lar.

## Resultados e discussão

A experiência subjetiva obtida das descrições entrelaçadas nas histórias de vida dos 15 moradores de rua que participaram do estudo permitiu perceber que existem fatores compartilhados e em comum entre cada um deles, que favoreceram a aproximação, a inserção e a convivência com o consumo de drogas; e os efeitos deste consumo os seduziu, direcionando-os ao uso/abuso do *crack*. Posteriormente, eles adotaram as ruas como seus lares (contudo, é importante esclarecer que, independentemente de se interpretar como um fato linear, esta afirmação é um dado surgido na pesquisa).

Todos os sujeitos da pesquisa apresentaram um histórico de consumo de drogas semelhante, tendo início na infância com drogas lícitas, como o cigarro e o álcool; passando por drogas consideradas mais nobres, como o lança perfume, a cola de sapateiro, os cogumelos e as anfetaminas; seguido pelo consumo de outras drogas, como a maconha, LSD, cocaína e *crack*. Os 15 participantes compartilharam o

denominador comum de que o *crack* foi a causa pela qual decidiram iniciar sua vida como moradores de rua.

### Lar doce lar? O meu era feito de fel

Esta categoria foi composta por uma série de microunidades complexas que abordam de maneira detalhada e minuciosa a composição e condutas que as famílias dos sujeitos apresentaram durante a infância e a adolescência deles.

A família é o primeiro e o mais intenso agente de socialização e deve ser assumida como uma unidade de cuidado, transmisora de valores, suporte emocional e criadora de estratégias de promoção de saúde para os seus membros. Sendo assim, surge a ideia de que esse núcleo familiar deveria contar com algumas condições para colaborar com o afastamento dos seus membros de condutas prejudiciais, como os vícios e adições.

Nesse contexto, quando existe um filho consumidor de droga, ele é reconhecido por alguns autores como o indivíduo eleito para representar a falência do exercício parental. Esse membro é quem carrega claramente autoculpas, estigmas, remorsos e dores, causando múltiplos questionamentos sobre o porquê de eles/elas realizarem atos considerados fora da norma, como o consumo de drogas (CASSEL, 2002; ELSEIN; MARCON; SILVA, 2002). Esta afirmação é corroborada nos depoimentos a seguir:

Eu sempre fui o peste da minha família, na verdade desde criança comecei a ver que eu era o filho mais bagunceiro, talvez eu nem queria ser assim, mas meus pais nem ligavam para mim, eles ficavam na deles, fazendo as coisas deles e eu ficava na minha bagunça. Eu não tive uma família perfeita, até porque todos eram viciados lá, mas eu acho que ainda assim eu era a ovelha negra da família.

(Morador de rua 1).

Eu nunca prestei, desde criança minha mãe sempre falava que eu era um ninguém [...] ela realmente me odiava, não gostava de mim, ela e o namorado dela na época diziam que eu não valia nada, que eu só cheguei na vida deles para atrapalhar [...] eu na época não dava muita bola para isso, mas hoje em dia em acho que eles estavam certos eu sou um ninguém. (Morador de rua 2).

As impressões expostas acima evidenciam sentimentos de baixa autoestima, conflitos não elaborados e autopercepções pejorativas que, segundo Bursztyn (2000), poderiam ter surgido na infância e na adolescência, produto das dinâmicas familiares fragilizadas ou mudanças no âmbito psicológico, emocional e físico que os moradores de rua sofreram. Por conseguinte, considera-se que alguns dos jovens que se encontram nos primeiros ciclos vitais que não possuem uma estrutura psicoemocional firme, sendo esta reforçada pelos valores familiares positivos, representam ser um grupo de alto risco quanto ao uso de drogas.

Com base no que foi exposto acima, é possível sugerir que a maioria de pais de consumidores ao se perguntarem por que seu filho é usuário de uma droga tão devastadora como o *crack* não percebem que dentro da resposta se inclui uma corresponsabilidade parental.

As drogas nas histórias de vida dos entrevistados foram percebidas como a solução para preencher ou satisfazer as ausências paternas. Para ilustrar essa ideia, pode-se visualizar como alguns dos indivíduos significam de forma tão explícita sua experiência.

Eu comecei a usar drogas quando tinha 11 anos, porque vi no meu pai um espelho, ele sempre foi meu herói, embora ele não fosse a melhor pessoa do mundo, eu queria ser como ele, não sei por que, porque na verdade ele vivia bêbado [...] no início quando comecei

fumar e beber cachaça eu vi que essas drogas tiravam meus sentimentos, tirava a dor da ausência da minha mãe, me davam forças para seguir. Quando era criancinha, e bebia, não sentia nada, não pensava, não sofria. A droga era um negócio que ia tomando conta do meu coração, da minha mente, do meu corpo, mas nunca chegou a preencher o vazio da perda da minha mãe. (Morador de rua 3).

Percebe-se que, inicialmente, as drogas eram utilizadas como uma forma de obter forças para suportar as dores emocionais durante alguns momentos. Essas afirmações vão ao encontro do pensamento de Eduardo Kalina *et al.* (1999), o qual expressa que a droga é utilizada como refúgio diante da frustração, fazendo uma analogia com o personagem de desenhos animados Popeye, que comia espinafre para ficar mais forte e enfrentava os problemas cotidianos (um fraco comia espinafre para ficar forte e enfrentar as adversidades momentaneamente), porém os participantes não percebiam que esse alívio era fugaz e acarretava ainda mais problemas.

É importante reconhecer que a adicção ao *crack* é o resultado da somatória de múltiplos fatores, que convergiram nas histórias de vida dos sujeitos da pesquisa. Nas relações familiares dos sujeitos pesquisados, encontraram-se sentimentos, como a falta de amor, carinho e abandono, conforme foi expresso por alguns dos sujeitos,

Comecei usar crack porque sempre sentia uma tristeza profunda, sem ninguém ao meu lado, vivia num lugar sem saídas, sem esperanças [...] não tinha ninguém com quem contar, minha mãe nunca me amou, meu pai ficava fora de casa vadiando com várias mulheres ao mesmo tempo, eu senti a falta do que as pessoas chamam de amor. (Morador de rua 4).

Desde que usei o crack aos 12 anos, minha vida virou uma mistura de tristezas, saudades, emoções e medos. A principal coisa que

me fez usar essa bosta foi minha família, se eu tivesse tido uma família legal, que se preocupasse comigo, talvez eu nem estaria aqui contando essa história para você [...] mas minha vida foi uma merda, nunca ninguém me ajudou, ninguém me guiou, todos me odiavam. (Morador de rua 5).

Essas expressões mostram mensagens que clarificam o que está implícito no consumo de drogas. Nesse contexto, ele se apresentou como um grito de desespero, denunciando a ausência de amor parental e denotando a carência de ferramentas para lidar com a tristeza, incompreensão e frustração. Esse conjunto de sentimentos vivenciados desde as etapas mais precoces da vida conduziram o indivíduo a uma intolerância do seu cotidiano. Essa vida quase insuportável no seu mundo subjetivo era aliviada somente pelo anestésico que o *crack* fornecia:

O crack para mim foi o melhor anestésico do mundo, ele desde sempre acalmou as minhas dores de uma forma superficial, é obvio, mas acalma [...] Eu precisava na época (16 anos) de esquecer o sofrimento imundo que tinha no meu coração pela perda do meu irmão nas mãos do tráfico. (Morador de rua 6).

Observou-se, ainda, que o efeito esperado ao consumir qualquer droga é o de provocar um refúgio anestésico e amnésico capaz de aliviar as dificuldades vivenciadas, as dores e as angústias naquele momento. De forma geral, os entrevistados iniciaram o uso das drogas lícitas em suas casas durante a infância, principalmente consumindo bebidas alcoólicas e cigarros. Tais comportamentos foram estimulados pelos pais e irmãos mais velhos, que percebiam nesse tipo de conduta uma diversão e se tornaram parte da elaboração de uma justificativa no inconsciente da criança que respaldava esse consumo, haja vista que este uso era aceito pelos familiares:

Geralmente quando meu pai estava em casa a gente sempre ficava muito junto [...] Então ele falava, pega um cigarro para mim [...] Eu falava: 'Deixa eu acender, deixa eu acender'. E aí ele respondia: 'Vai acende' [...] Daí a minha mãe via e dava uma risadinha, ela gostava que eu acabasse com o cigarro antes de entregá-lo pro meu pai [...] Adorava fumar nessa época (9 anos), mas eu não entendia o que aquilo podia ocasionar, eu não sabia que aquilo iria acabar com minha vida e me trazer para morar aqui nesta lixeira. (Morador de rua 7).

Verifica-se, assim, como o consumo de drogas era banalizado pelos pais, o que produzia, de certa forma, um desgaste nos laços que uniam essas famílias, gerando concomitantemente uma patologia que danificava diretamente as pessoas e as relações familiares, confirmando que as adicções são uma sintomatologia que abrange os campos do individual e do coletivo (SOARES ET AL., 2009).

É comum afirmar que as dependências químicas são patologias percebidas de modo individual, pois existem elementos pessoais que levam ao consumo, provocando um círculo vicioso em que, posteriormente, esse consumo irá trazer consequências na saúde física, mental e emocional. No contexto desta pesquisa, reafirmou-se que as adicções podem ser consideradas também doenças sociocoletivas, ou seja, um reflexo direto das realidades culturais, econômicas e políticas nas quais o sujeito está inserido.

No caso da adicção dos participantes deste estudo ao *crack*, a família exerceu um papel preponderante nas suas histórias de vida, principalmente aquelas com uma estrutura frágil, em que tanto o pai quanto a mãe tinham dificuldades para assumir as suas funções parentais, fato observado também nas pesquisas desenvolvidas por Luz e Berni (2010). Esse aspecto fomentou a criação dos filhos com uma fragilidade socioemocional explícita, dificultando, assim, o desenvolvimento integral e a solução assertiva de conflitos.



O exercício de educar é uma prática complexa que deve ser exercida pelos pais, os quais não podem se evadir dessa responsabilidade, salvo exceções, como limitações para o cuidado, falecimento, entre outros. Envolve aspectos que compõem uma fina sintonia entre aquilo que deve ser permitido para incentivar a liberdade individual e aquilo que deve ser reprimido ou punido para facilitar a ‘engrenagem inclusiva’ dos filhos na vida social. Em algumas famílias deste estudo, as crianças e, posteriormente, os adolescentes não respeitaram as regras familiares porque estas não foram impostas pelos pais ou porque não foram esclarecidas. Há de se refletir ainda como as regras são aprendidas, como são apreendidas e como são ensinadas às crianças. É importante problematizar que muitas vezes essas regras são impostas pelos pais e entendidas de uma outra forma, por isso as afirmações superficiais são complexas para se tornarem lineares. A fala abaixo reconhece a importância das normativas intrafamiliares e o desejo que demonstravam algum dos atuais moradores de rua de vivenciar um sistema de normas claras durante a infância e a adolescência:

Eu era minha própria dona, mas eu queria apoio, queria conversar com alguém, queria regras, queria uma família amorosa, queria um lar [...] nunca soube o que era um ‘lar doce lar’, porque o meu estava feito de fel [...]. (Moradora de rua 8).

As ausências acarretaram a inexistência do ensino de limites e a falta de comunicação entre os membros da família, em que as conversas com seus pais e filhos eram vazias e esporádicas. Além desses aspectos, evidenciou-se que os participantes, quando crianças/adolescentes, tinham dificuldades para lidar com a falta de amor, desinteresse e frustração que eram sentidos ao perceber essa ausência parental. Destaca-se um relato que mostra estas vivências:

Tudo parecia não ter sentido [...] Eu não tive uma verdadeira família, sou um filho do mundo, foi ele quem me criou, a minha mãe e meus pais nunca me deram nada, eu aprendi tudo sozinho, nunca tive nada [...] aprendi a me defender desde muito cedo, por culpa deles foi que cheguei a conhecer as drogas e a morte: o crack. (Morador de rua 9).

Destaca-se ainda que as relações com os pais (homens), na maioria dos casos, foram distantes; essa realidade pode ser abordada sob uma perspectiva multicausal. Uma das possíveis causas está relacionada com a situação laboral, visto que a maioria deles trabalhava durante o dia e à noite, ‘não tendo’ tempo disponível para dialogar, educar e participar ativamente dos momentos de crescimento dos seus filhos. Outra causa poderia estar associada ao processo do patriarcalismo no qual a própria sociedade brasileira está inserida, que dita que os homens não devem demonstrar seus sentimentos, sofrendo de uma certa punição no imaginário social aquele que apresenta demonstrações de afeto. Ainda existe outra possibilidade que pode justificar esse comportamento que diz respeito a os pais reproduzirem a forma como foram criados, portanto, haveria necessidade de se estudar por que eles criam os filhos desta forma, sob o princípio da singularidade. Talvez por esse motivo, as figuras paternas passaram a ser homens passivos que mantiveram uma distância entre eles e os seus filhos, como pode ser constatado no seguinte depoimento:

A relação com meu pai sempre foi afastada, porque ele trabalhava o dia inteiro, praticamente o dia e a noite toda [...] Daí nós não tínhamos muito tempo com ele, porque meu pai saía às cinco horas da manhã e voltava as dez horas da noite, as vezes chegava em casa as vezes não [...] então pouco ele falava com a gente. (Morador de rua 10).

Esse depoimento retrata um espaço familiar no qual o pai do entrevistado adotou um

modelo de vida que trazia consigo a ausência como parceira cotidiana, as mensagens estavam preenchidas de vazios simbólicos, a comunicação era pouca ou nula e quando existia, lançavam-se sinais carregados de ambiguidades, assim como corroborado pela pesquisa desenvolvida por Freitas (2002). Um exemplo desse tipo de situação evidenciou-se na infância e na adolescência, quando as crianças escutavam ‘discursos perversos’ em que os pais puniam o consumo de drogas, mas ao mesmo tempo eles testemunhavam seus pais consumindo qualquer tipo de droga dentro de casa.

Eu lembro que meu pai sempre fumava muito e bebia bastante [...] ele sempre falava: hoje vou tomar um porre até cair. E lembro que a minha mãe também bebia bastante, quando ela bebia era de encher a cara, bebia pra caramba, na verdade a minha família toda bebia e fumava [...] Era engraçado porque quando meu pai bebia ele falava: Filho, você nunca deve beber, o que eu faço é horrível, mas ao mesmo tempo quando tinha uns 15 anos e chegava ‘chapado’ era ele quem sempre enchia meu copo de cachaça para bebermos juntos. (Morador de rua 11).

Essa fala desvela uma dupla mensagem do pai, na qual ao mesmo tempo que incentivou o consumo de drogas a partir de seu comportamento, também estimulou o filho a não usar. A partir disso, possivelmente, desenvolveu uma confusão no imaginário da criança, pois, se por um lado repreendeu o uso da droga, por outro, promoveu-se o consumo por meio do exemplo. Esses discursos ambíguos e perversos contribuíram para levar o sujeito a entrar em um conflito psíquico interno. Uma das estratégias para lidar com o sofrimento que o sujeito buscou foi a utilização de drogas ilícitas, como o *crack*.

Assim, a existência de poucos recursos saudáveis, de uma família pouco organizada, com vínculos comprometidos e a partir de outras variáveis não pesquisadas neste

artigo propuseram que os sujeitos adotassem as ruas como lar, na busca de uma liberdade simbólica.

## A violência como parte do cotidiano familiar

Percebeu-se, ainda, que um dos motivos que levou os participantes a morarem nas ruas esteve relacionado com as vivências de atos de violência intrafamiliar. Esta refere-se principalmente àquela ocorrida dentro do lar e entre pessoas que vivenciam relações familiares e afetivas conflitivas.

É conhecido que a gravidade da violência doméstica é incontestável, sendo um fenômeno complexo, polêmico, expressivo, multicausal, motivo de múltiplos debates e contradições. Pode ser, em algumas ocasiões, explícita e óbvia, como nos conflitos em que a raiva chega a tomar conta dos corpos, levando à agressão física. Em outros casos, pode ser tão sutil que se encontra velada em palavras ou silêncios, dificultando, deste modo, a capacidade para identificá-la e reconhecê-la (SILVA; MANDÚ, 2012).

Sendo a violência um processo tão complexo e emaranhado, é preciso compreender a definição conceitual como um macroconceito associado ao poder e ao propósito de submeter-controlar o outro, e necessário vislumbrar o ingresso dos corpos em uma zona de desequilíbrio-movimento de poderes, sejam estes poderes reais ou simbólicos, nascidos do imaginário coletivo de papéis – pai-mãe, pai-filho, irmão-irmã, homem-mulher – que recriam cenários de relações assimétricas, marcadas pela desigualdade, instabilidade e subordinação (CARAVACA ET AL., 2014).

No Brasil, assim como em outros países da América Latina, a violência é um fenômeno endêmico tanto na sua etiologia quanto nas suas manifestações, pois não discrimina sexo, raça ou religião (CARAVACA ET AL., 2014).

Ao longo do tempo, as práticas de violência intrafamiliar têm transcorrido em um silêncio que, paulatinamente, estendeu sobre elas

um manto de naturalidade. Por assim dizer, as agressões são por vezes interiorizadas e aceitas como ‘atos normais’, que produzem um círculo vicioso: inicialmente, ‘aceita-se’ a agressão e, posteriormente, reproduz-se por meio de golpes físicos/emocionais, predispondo então à agressividade sublimada e reprimida no autoritarismo das relações internas do eu contra o entorno (MARINHO, 2005).

Encontraram-se diversas classificações e definições contemporâneas de violência, como a visão de Galtung (2003), na qual ela é um conjunto de características que não permitem a satisfação das necessidades concretas. Nessa concepção, a violência é vista como um *iceberg*, em que a parte visível é menor do que a região invisível. Esse autor classifica a violência em três tipos: violência direta, estrutural e cultural. Não obstante, adotou-se para termos deste estudo a classificação realizada por Minayo (2006) por melhor adequar-se às falas dos sujeitos. A autora segmenta a violência em quatro possibilidades: punitiva/física, sexual, psicológica e negligência/abandono; todas caracterizadas por serem práticas transgressoras de direitos e liberdades proclamadas.

A violência punitiva/física é caracterizada pelo uso da força física contra qualquer pessoa, produzindo desde uma leve dor até danos capazes de causar a morte, como evidencia o depoimento seguinte:

Lembro que eu sempre levei ‘pau’ dos meus pais, quase sempre quando eles estavam bêbados. Via o meu pai batendo na minha mãe até ela sangrar ou ficar roxa. Ele batia com o punho fechado, ou com um ferro que tinha no quintal [...] Achava isso muito injusto e lembro que uma vez eu me meti no meio deles e meu pai levantou aquele ferro e desceu com tudo na minha cabeça. Fiquei jogado no chão não sei quanto tempo e depois disso não lembro de muita coisa [...] Pensei que eu tivesse morrido. (Morador de rua 12).

As lembranças da infância e da adolescência dos participantes pesquisados retratam

a gravidade dos golpes físicos dos quais foram vítimas. Contudo, Buvinic, Morrison e Shifter (2000), no seu estudo sobre a violência nas Américas, mencionam que existe uma aceitação da violência como um padrão cultural, no qual a punição física é tolerada e faz parte do processo de criação dos filhos, sendo interiorizada e entendida pelos sujeitos que participam do ciclo como uma das variadas ferramentas educativas:

Eu desde pequena sempre fui uma criança meio revoltada, meio nervosa, por exemplo, meu irmão sempre foi mais conformado, eu não, eu sempre fui mais de perguntar, chata mesmo, era das crianças que não se conformavam de receber um não como resposta, e queria saber o porquê [...] Queria discutir, e por isso sofri uma repressão quando eu era pequena, eu nunca vi meu irmão apanhando dos meus pais, e para mim já era diário, sabe? [...] Sempre apanhei, principalmente do meu pai, mas nada que eu não merecesse, eu acho que eu fui uma criança muito fútil, todas as surras, todas as brigas que eu tive nenhuma foi em vão, todas eu merecia, talvez não com a forma que eles me batiam, porque eram com coisas bem pesadas, do tipo borrachas, roseiras com espinhas, fios elétricos, cordas, coisas que talvez uma criança não merecesse, talvez nem um adulto merecesse passar por uma coisa desse tipo, mas todos os motivos das brigas eram coisas que eu procurava, então [...] eu não guardo magoa deles por isso. (Morador de rua 13).

Por outro lado, no contexto da violência sexual, segundo Minayo (2006) e Ferriani *et al.* (2008), esta é das mais traumáticas experiências que incluem desde ‘carícias diferentes’, toques constrangedores, até chegar aos delitos de obrigar uma pessoa a ter um contato sexual-coital, como foi exposto por um dos participantes desta pesquisa:

Quando eu tinha 8 anos, estava deitada e meu irmão estava no mesmo quarto que eu, e eu estava dormindo e eu acordei com meu irmão me tocando de um jeito diferente, não era um toque

de carinho, de amor, era um toque diferente bem mais sexual, eu não tinha conhecimento sobre isso, e depois de tudo, eu tirei a mão dele, depois abracei meu irmão, e a gente acabou conversando porque eu pensei que ele estava demonstrando apenas um pouco de amor por mim, porque eu gostava bastante dele! É meu irmão, por mais que ele não me desse nunca atenção eu amava meu irmão. Eu tinha na figura dele um exemplo, nem sei porque [...] A partir daquele momento eu vi que meu irmão olhava para mim de outra forma, aí ele começou a me tocar... alguns outros dias eu estava dormindo e também começou a me tocar, passar a mão em mim, tirar a camisa [...] [silêncio], e acabou me abusando várias vezes sem meu consentimento [...] Só que isso continuou acontecendo mais algumas vezes até eu ter 15 anos que bati nele porque eu sentia muito nojo dele e nojo de mim [...] nunca contei para ninguém porque ele dizia que se eu contasse para alguém ele iria me matar. (Moradora de rua 15).

Nesse contexto, na maior parte dessas situações, não existe uma denúncia concreta desse ato devido, principalmente, ao temor e à manipulação que o agressor impõe sobre a vítima. Esses temores impossibilitam a denúncia porque as vítimas acreditam que ao narrar o ocorrido para algum familiar, estes poderão não acreditar. Em outras situações, esses delitos, ao serem relatados e denunciados, são velados e omitidos pelo voto de silêncio homicida da família, confirmando, dessa maneira, a ausência do apoio familiar.

Embora se saiba que existam medos e inseguranças para fazer a denúncia do acontecimento traumático, esta se apresenta como uma tarefa vital, já que o silêncio *per se* inocenta o agressor e ao mesmo tempo reforça seu 'poder' sobre a vítima. Minayo (2006) menciona que as consequências da violência sexual podem ser mais evidentes e com maiores repercussões na esfera social quando comparadas com outros tipos de violência. Entre as principais repercussões, descrevem-se: a dificuldade de aprendizagem acadêmica, as relações socioafetivas

fragilizadas, além das ideias suicidas e da prostituição – todas presentes nos discursos das vítimas de estupro da pesquisa.

Com relação à violência psicológica, pode-se considerá-la como a forma mais subjetiva de todas as representações. Minayo (2006) descreve esse tipo de violência como um desprezo em que se bloqueiam os esforços de autoestima e autorrealização. São ações de apatia, silêncios e crueldade emocional entre os membros da família. A diversidade de contextos vivenciados espelha-se na amplitude de falas dos sujeitos investigados:

Nunca vou esquecer essa noite, meu pai me deu uma surra daquelas e disse que ele havia pedido para minha mãe abortar quando estava grávida de mim, só que a tansa da minha mãe nunca quis [...] ele me batia e dizia: 'Você é um lixo, você é uma bosta, você não deveria ter nascido'. Os roxos dessas batidas já foram embora, mas o que me marcou mais foram essas palavras que ainda me causam uma dor horrível. (Moradora de rua 8).

Esse relato revela a dor que a convivência com esse tipo de violência pode causar em algumas pessoas, provocando ao mesmo tempo demolições nas estruturas emocionais, tais como o autoconceito, a autoestima e a autopercepção. Além do mais, esse tipo de violência é uma manifestação das relações de poder historicamente desiguais e androcêntricas entre homens, mulheres, crianças, idosos e os outros membros da família.

O último tipo de violência refere-se, segundo Minayo (2006), à negligência/abandono, sendo esta definida como a ausência de cuidados e atenções físicas, emocionais e sociais, caracterizadas pela omissão, desinteresse, falta de amor, falta de atenção e ausência parental. A descrição seguinte ilustra como foi vivenciada esta experiência:

Minha mãe nunca deu muita bola para mim [...] Ela tentava me evitar, ela preferia ficar com homens do que falar com a gente [...] Nunca

rolou de conversar com ela, nunca rolou um abraço, um 'eu te amo' nada disso. Ela não procurava a gente [...] meu pai também não procurava a gente, ele ficava o tempo todo bêbado ou fora de casa, ele não se importava nem com a gente e muito menos com os manés que minha mãe levava para casa. (Morador de rua 1).

O discurso anterior destaca o papel passivo que os pais tiveram, pois a violência surgiu como produto da omissão de atos de cuidado e de atenção. Segundo Minayo (2006), esse tipo de violência tem sido culturalmente abrandado e passa a fazer parte dos padrões sociais, criando uma falsa ilusão de não causar danos à vítima.

Aqui, a finalidade da apropriação da temática da violência sob uma perspectiva fatorial-sistêmica contribuiu na identificação das fortes repercussões que têm as dinâmicas familiares na vida pessoal e na construção das características únicas da identidade dos processos de socialização. Ao observar a família sob as lentes da instabilidade e intersubjetividade, é possível compreender como alguns fatos passados repercutem no presente e nas escolhas dos moradores de um espaço urbano destinado a ser transitado, e não habitado, servos de uma pedra homicida chamada *crack*.

## Conclusão

Quando se faz referência ao consumo de *crack* e à situação da moradia nas ruas, não basta visualizar somente os dados epidemiológicos e as repercussões que este fenômeno representa – é fundamental compreender os porquês implícitos nessa situação. Faz-se necessário explorar também as explicações, motivações, propósitos e causas presentes nas histórias de vida que abrigam as justificativas para adotar a droga como refúgio e as ruas como abrigo.

Este estudo possibilitou conhecer e compreender as relações familiares na perspectiva dos moradores de rua, desvelando-se, em suas falas, uma diversidade de sentimentos

direcionados ao consumo de *crack* enquanto construção multifatorial e processo influenciado pela falta de dedicação dos pais à educação dos filhos – por falta de tempo ou excesso de trabalho –, violência intrafamiliar ou desigualdade de gênero-poder, na qual as relações familiares fragilizadas, o álcool e o consumo de outras drogas se tornaram fatores mediadores para a ocorrência desse fenômeno.

Adota-se o entendimento de que a família é o núcleo fundamental da sociedade que gera mais influências na formação inicial da personalidade de um indivíduo e colabora com o processo de socialização primária, proporcionando ferramentas para enfrentar a vida adulta.

Ressalta-se, ainda, que depositar toda a responsabilidade na família, pela conduta dos seus indivíduos, é um erro, pois além da influência que esta tem no desenvolvimento e socialização da criança, outras condições influenciam na inicialização no consumo das drogas, como fatores econômicos, sociais, culturais e macropolíticos.

Por outra parte, é necessário executar ações para que os moradores de rua, usuários de *crack*, recebam um atendimento digno e de qualidade, com possibilidades de tratamento e, posteriormente, de reinserção social, já que é preciso criar oportunidades. Contudo, para a consolidação desse passo, deve-se aumentar o orçamento de recursos destinados às políticas sociais pelas diversas instâncias governamentais.

Finalmente, a multifatorialidade da dependência ao *crack* e da moradia na rua, assim como a busca de soluções, devem ser aplicadas com um olhar interdisciplinar às diversas dimensões envolvidas: pessoal, física, psicológica, social, econômica, familiar, questões legais e de qualidade de vida. Essa abordagem interdisciplinar é imprescindível, contudo, faz-se necessário contar com uma rede integrada de atenção psicossocial que trabalhe com ações preventivas de sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde e educação e com

estratégias de psicoeducação que visem reduzir os fatores de risco e promovam os fatores de proteção.

A principal limitação deste estudo tem que ver com a dificuldade de acesso para interagir com uma população maior e com

igual número de participantes de ambos os sexos, assim como a dificuldade relacionada à realização de mais encontros e entrevistas devido principalmente ao estilo de vida nômade e itinerante que caracterizou os participantes. ■

---

## Referências

- ALARCÃO, M. *(Des)equilíbrios familiares: uma visão sistemática*. 3. ed. Coimbra: Quarteto Editora; 2006. (Coleção Psicologia Clínica e Psiquiatria).
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BUENO, M. E. N. *et al.* Paternidade na adolescência: a família como rede social de apoio. *Texto contexto- enferm.*, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 313-319, 2012.
- BURSZTYN, M. (Org.). *No meio da rua: nômades excluídos e viradores*. Rio de Janeiro: Garamond, 2000.
- BUVINIC, M.; MORRISON, A. R.; SHIFTER, M. Violência nas Américas: um plano de ação. In: MORRISON, A. R.; BIEHL, M. L. (Ed.). *A família ameaçada: violência doméstica nas Américas*. Rio de Janeiro: FGV, 2000.
- CARAVACA-MORERA, J. A. *et al.* Violência de gênero: um olhar histórico. *História da Enfermagem*, Florianópolis, v. 5, n. 1, jan./jul. 2014.
- CASSELL, E. *The nature of suffering*. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2003.
- ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: EDUEM, 2002.
- FERRIANI, M. G. C. *et al.* *Debaixo do mesmo teto: análise sobre a violência doméstica*. Goiânia: AB Editora, 2008.
- FREITAS, L. A. P. *Adolescência, família e drogas: a função paterna e a questão dos limites*. Rio de Janeiro: Muad, 2002.
- GALTUNG, J. *Tras la violencia: reconstrucción, reconciliación, resolución: afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia*. Madrid: Bakeaz, 2003.
- KALINA, E. *et al.* *Drogadição Hoje*. São Paulo. Ed Artes Médicas Sul, 1999.
- LUZ, A. M. H.; BERNI, N. I. O. Processo da paternidade na adolescência. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, DF, v. 63, n. 1, p. 43-50, 2010.
- MARINHO, M. B. O demônio nos “paraísos artificiais”: considerações sobre as políticas de comunicação para a saúde relacionadas ao consumo de drogas. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 343-354, 2005.
- MINAYO, M. C. S. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- SOARES, C. B. *et al.* Juventude e consumo de drogas: oficinas de instrumentalização de trabalhadores de instituições sociais, na perspectiva da saúde coletiva. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 189-199, 2009.
- SILVA, A. M. N.; MANDU, E. N. T. Abordagem de necessidades de saúde no encontro assistencial de trabalhadores e usuários na saúde da família. *Texto contexto- enferm.*, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 739-747, dez. 2012.

---

Recebido para publicação em agosto de 2014

Versão final em março de 2015

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Direitos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste do Brasil: um estudo avaliativo, tendo como referência o QualityRights – WHO

*Human rights in Psychosocial Care Centers of Northeast Brazil: an evaluative study with reference to the WHO QualityRights*

Ana Maria Fernandes Pitta<sup>1</sup>, Domingos Macedo Coutinho<sup>2</sup>, Clarissa Carvalho Moura Rocha<sup>3</sup>

**RESUMO** O artigo pretende avaliar as práticas dos Centros de Atenção Psicossocial no respeito aos direitos humanos dos usuários, analisando suas percepções referentes às crenças, valores, hábitos, preconceitos sofridos, reivindicações atendidas ou não e à participação comunitária, como exercícios de cidadania. Através da análise de dados etno-epidemiológicos do Projeto Avaliar-Caps Nordeste (Ministério da Saúde/2013), utilizando questionários e observação direta, à luz do *QualityRights*, verificou-se que os Centros de Atenção Psicossocial influenciam positivamente na vida dos usuários, ao estimular-lhes a autonomia, a corresponsabilização no cuidado e o protagonismo sociocultural e político nos serviços e nas suas comunidades.

**PALAVRAS-CHAVE** Direitos humanos; Saúde mental; Serviços de saúde mental; Avaliação em saúde.

**ABSTRACT** *The article aims to evaluate the practices of Psychosocial Care Centers in respect for human rights of the users, analyzing their perceptions concerning the beliefs, values, habits, prejudices suffered, or not met demands and community participation, as concrete exercise of citizenship. Through the analysis of ethno-epidemiological data of the Project Avaliar-Caps Northeast (Ministry of Health/2013), using questionnaires and direct observation in the light of QualityRights, it was found that the Psychosocial Care Centers positively influence on the lives of the users, by encouraging their autonomy, the co-responsibility in the care and the sociocultural and political leadership in services and in their communities.*

**KEYWORDS** *Human rights; Mental health; Mental health services; Health evaluation.*

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Universidade Católica de Salvador (UCSAL) – Salvador (BA), Brasil.  
ana.maria.pitta@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.  
dmcoutinho@uol.com.br

<sup>3</sup>Universidade Católica do Salvador (UCSAL) – Salvador (BA), Brasil.  
clarissacmrocha@hotmail.com

## Introdução

A partir dos anos 1970 o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, cresce, sobretudo, após as Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987, 1992, 2001, 2010), a Declaração de Caracas (1992), as portarias ministeriais do Sistema Único de Saúde (SUS) e as leis estaduais e municipais que culminam com a Lei Federal nº 10.216, de 2001. Os usuários passam a ser vistos como atores/sujeitos do seu próprio tratamento e não mais como meros objetos da violência institucional dos manicômios. Tal fato se explica pela tendência antimanicomial da política de saúde mental oficial, com a redução de leitos psiquiátricos e a simultânea implantação de Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que visam prestar diversos tipos de serviços aos usuários, nos territórios, assegurando-lhes direitos socios-sanitários antes não dispensados, estimulando-lhes a autonomia, a responsabilização no cuidado e no protagonismo sociocultural e político. Tanto é assim, que se caracterizam como missões dos Caps:

Prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos; acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação; dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica; organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios; articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental num determinado território; promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (BRASIL, 2004).

Fica claro que essa nova organização da assistência à saúde mental no País, de um lado, busca garantir o acesso ao tratamento na sua comunidade de referência, através do cuidado clínico, do uso racional de psicofármacos e programas de reabilitação psicossocial, objetivando enfrentar a experiência psicopatológica e a marginalização, além da exclusão social dos usuários. Tudo isto passa a compor as diretrizes básicas do modelo de atenção. Por outro lado, a sua implantação e o desenvolvimento de ações demandam uma radicalização ética capaz de modificar as organizações de serviços, os níveis de complexidade tecnológica do sistema de saúde, as estratégias de racionalização dos custos e a reorientação da demanda, que ainda não conseguimos alcançar.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que, no mundo, uma em cada quatro pessoas sofre com transtornos mentais, o que significa que, no Brasil, cerca de 47.500.000 pessoas sofrem ou sofrerão, ao longo de suas vidas, algum tipo de transtorno mental, representando 12% da carga global de doenças (WHO, 2001). Na região Nordeste, os estados da Bahia, de Sergipe, de Pernambuco, de Alagoas e da Paraíba contam com uma população estimada em 32 milhões de pessoas. No limite, poderiam existir ali cerca de 3,5 milhões de pessoas com transtornos mentais e transtornos decorrentes de usos de substâncias psicoativas.

Apesar dessa importante magnitude epidemiológica, o estigma que cerca historicamente os transtornos mentais e o uso de substâncias psicoativas nas sociedades faz com que se invista pouco na promoção do cuidado e do tratamento, e que se respeitem, menos ainda, os direitos dessas pessoas. Desta forma, apenas uma minoria da população consegue acesso ao cuidado de que necessita, e as instituições hospitalares que prestam esses cuidados têm se caracterizado, em sua maioria, pela violação dos direitos humanos dessa população e pela baixa eficácia reabilitadora.



No enfrentamento dessa realidade e visando melhorar a qualidade e as condições de respeito aos direitos humanos em instituições psiquiátricas e de saúde mental, manicômios judiciários e serviços de assistência social, a OMS desenvolveu o projeto *QualityRights*, para capacitar os próprios usuários e organizações da sociedade civil na defesa dos direitos das pessoas com transtornos mentais e psicossociais (WHO, 2012).

O projeto caracteriza-se por um conjunto de propostas/ações/programas que defendem os direitos das pessoas com transtornos mentais em diferentes países do mundo, incluindo o Brasil. Um grupo tarefa internacional construiu um *kit* de ferramentas de garantia de qualidade de serviços e direitos humanos dos usuários para ser utilizado, tanto em países de baixa, quanto de média e alta renda. Oficialmente lançado em 28 de junho de 2012, na cidade de Nova York (Estados Unidos), foi discutido e pactuado por entidades governamentais de muitos países, em sua forma de utilização e implementação. A força do *QualityRights* reside na sua capacidade de avaliar e estimular melhorias dos serviços na ponta, tanto na sua execução, quanto no plano político de conquistas de direitos. Ele analisa a qualidade da assistência e dos direitos humanos em serviços comunitários e hospitalares através de uma abordagem participativa, envolvendo técnica e eticamente pessoas com problemas de saúde mental ou em uso de substâncias psicoativas, seus familiares, profissionais de saúde e gestores. O programa tem como principal benefício pôr fim às violações que acontecem em toda a gama de instalações de saúde mental e de assistência social, e melhorar a qualidade do apoio e dos cuidados prestados, proporcionando formação e desenvolvimento de habilidades para os profissionais de saúde e para as pessoas com transtorno mental que estão em tratamento. Sua implementação tem como objetivo levar uma série de mudanças positivas ao interior dos serviços de saúde e

assistência social, que incluem: a criação de condições de vida segura e saudável em instalações e ambiente favorável à recuperação; a implementação de cuidados baseados em evidências para problemas de saúde físico-mental; com base no consentimento livre e esclarecido, em vez de coerção, a prática de tratamentos que aumentem a autonomia das pessoas para se engajar em seus planos de recuperação (*recovery*), onde a participação do usuário como condutor dos tratamentos é a tônica; melhor suporte para ajudar as pessoas a encontrar habitação, trabalho, educação e acesso a benefícios e serviços sociais; e, finalmente, colocar um fim nas práticas de tratamento desumanas e degradantes observadas nas instituições sanitárias e sociais, práticas essas tão difundidas em todo o mundo. Objetiva, ainda, a capacitação dos usuários do serviço, bem como de familiares e profissionais de saúde, para compreender e promover os direitos humanos e a recuperação em transtornos mentais e abuso de substâncias, desenvolvendo um movimento, na sociedade civil, das pessoas com transtorno mental, para prestar apoio mútuo, advogar e influenciar as decisões políticas de acordo com as normas internacionais de direitos humanos e reformar as políticas e legislações nacionais, em consonância com as melhores práticas de tratamento nos padrões internacionais de pleno respeito aos direitos humanos.

É importante ressaltar que *QualityRights* é um movimento da sociedade civil capitaneado pela OMS, que advoga que usuários de instituições psiquiátricas e de saúde mental possam participar mais plenamente da vida da comunidade, ter acesso a oportunidades de educação e emprego, contribuir ativamente para processos de decisão sobre as questões que os afetam, e trabalhar para a prestação de serviços de qualidade em saúde mental nas comunidades onde vivem.

O Projeto Avaliar-Caps, por sua vez, traz uma prescrição inicial do Ministério da Saúde, referindo-se à utilização dos recursos para as

ações de caráter operacional e aplicado, que visam encontrar soluções para resolver os problemas que limitam a efetividade da saúde e para desenvolver métodos e técnicas que ampliem a capacidade de intervenção nos problemas de saúde. Como justificativa para a sua realização na região Nordeste teria: a que mais cresceu nos últimos anos e, por isso mesmo, necessita ações de fomento, pesquisa, capacitação e incremento da rede, em plena concordância com a reforma psiquiátrica brasileira, particularmente a partir do advento da Lei nº 10.216/2001 (BRASIL; ET AL., 2011). Neste sentido, as ações, os objetivos e as metas aqui propostos pretendem não só incrementar e qualificar a rede de Caps, como avaliar a função do dispositivo Caps na rede de cuidados de saúde mental e uso prejudicial de substâncias psicoativas, em especial o *crack*. Buscava ainda,

desenvolver pesquisas, avaliação e qualificação da rede de saúde mental, álcool e outras drogas através do planejamento de cursos (extensão, aperfeiçoamento e especialização) dos atores envolvidos na área (profissionais, usuários e familiares), pesquisas de avaliação (de serviços e de atores), realização de atividades de divulgação (congressos, seminários, palestras etc.) e publicações (livros, folhetos, vídeos etc.). (BRASIL; ET AL., 2011).

A opção por colocar os direitos humanos como foco dessa avaliação foi uma proposta da equipe Universidade Federal da Bahia/ Universidade Católica do Salvador (UFBA/ UCSAL), pactuada pelos parceiros(as) e colaboradores(as), buscando responder à seguinte questão: Os direitos humanos fundamentais de usuários, familiares e profissionais estariam sendo respeitados nas práticas cotidianas dos Centros de Atenção Psicossocial?

## Objetivos

O artigo objetiva avaliar as práticas dos Centros de Atenção Psicossocial em relação

ao respeito aos direitos dos usuários, destacando-se: o respeito às crenças, valores e hábitos; a realização de atividades que reduzam o preconceito contra a loucura e o uso de drogas; a existência e a participação em assembleias nos Caps como exercício de cidadania; e, a atenção, o respeito e as devidas respostas às reivindicações feitas pelos usuários.

## Percurso metodológico

O artigo utilizou dados parciais do Projeto Avaliar-Caps Nordeste (2013), que aconteceu em duas fases: Fase I – Conhecer para avaliar: utiliza um questionário estruturado, que, por via eletrônica, busca alcançar um censo epidemiológico de todos os Caps existentes nos cinco estados abrangidos: Bahia, Sergipe, Alagoas, Pernambuco e Paraíba, para conhecer suas características de estrutura, processo e resultados. Já a Fase II – Estudo etno-epidemiológico de avaliação da humanização e efetividade dos Caps: consistiu em observações diretas de cinco Caps, de cada região metropolitana, nos cinco estados estudados, e a aplicação de instrumento etno-epidemiológico construído para tal fim, para cinco usuários, cinco familiares e cinco profissionais, em cada Caps estudado nessa fase.

Utilizou-se uma sub-amostra por conveniência de 75 entrevistados em cada estado, com questionários e também roteiros de observação direta, produzidos à luz do *QualityRights* (WHO, 2012), para cada Caps estudado nessa fase, através dos quais se indagou especificamente sobre o respeito às crenças, valores e hábitos; a realização de atividades que reduzam o preconceito; a participação em assembleias; e, o atendimento e as devidas respostas às reivindicações feitas pelos usuários. Já havia sido iniciada tal avaliação quando, em julho de 2012, foi lançado, em Nova York, o *WHO QualityRights*, com objetivos comuns ao estudo aqui desenvolvido. A comparação de instrumentos já construídos com as ferramentas do *QualityRights*

revela inúmeros pontos de identidade entre as duas iniciativas. Desde então, se considerou o estudo afinado ao Movimento *QualityRights* – WHO, que se constitui em uma estratégia potente de avaliação e enfrentamento do estigma, da qual tais usuários podem participar e se beneficiar.

A abordagem *QualityRights* aplicada na pesquisa avaliativa desenvolvida concentra-se na observação direta de oito dimensões, nos Caps escolhidos: a primeira dimensão observa Estrutura Física, Acessibilidade e Ambiente, com pontos de análise sobre limpeza, segurança, conforto, disponibilidade de espaços e barreiras de acesso, verificadas também pelos questionários qualitativos, particularmente nas dimensões de livre circulação, de respeito à privacidade dos usuários. A segunda dimensão concentra-se nas Atividades, analisando a admissão, o acolhimento, a identificação e a distribuição das atividades em grupo realizadas em diferentes formas, tangenciando a presença da ‘interdisciplinaridade’ no trabalho das equipes. A terceira dimensão corresponde ao Projeto Terapêutico Singular, com observações sobre formas de elaboração, execução, participação dos usuários e familiares, sendo feitas perguntas acerca dos aspectos da vida fora do Caps (moradia, renda, trabalho, vínculos sociais, família, lazer etc.). A quarta dimensão analisa a Articulação em Rede, com observações diretas e questionários sobre integração no espaço territorial, apoio municipal e/ou estadual, parceiros e identificação dos obstáculos. Na quinta dimensão estão os Familiares e a Rede Social, com observações sobre o envolvimento dos familiares e membros da rede social potencial dos usuários. A sexta dimensão corresponde aos Medicamentos, com algumas questões sobre a disponibilidade destes, segundo usuários, familiares e profissionais. Não está colocada a avaliação da eficiência dos medicamentos,

pois isto necessitaria de outros recursos não priorizados na atual avaliação. Na sétima dimensão está a Alimentação, da qual se desprende, nas observações diretas, que este fator parece ser muito importante para o padrão de vida dos usuários. Por fim, temos, na oitava dimensão, o estudo das Relações Interpessoais, onde se verifica a qualidade da comunicação da equipe entre si e com os usuários e familiares, pelas visitas nos Caps e pela análise das discussões de casos nas reuniões técnicas observadas, com avaliações positivas ou negativas referentes às perguntas feitas a usuários, familiares e profissionais, nos questionários.

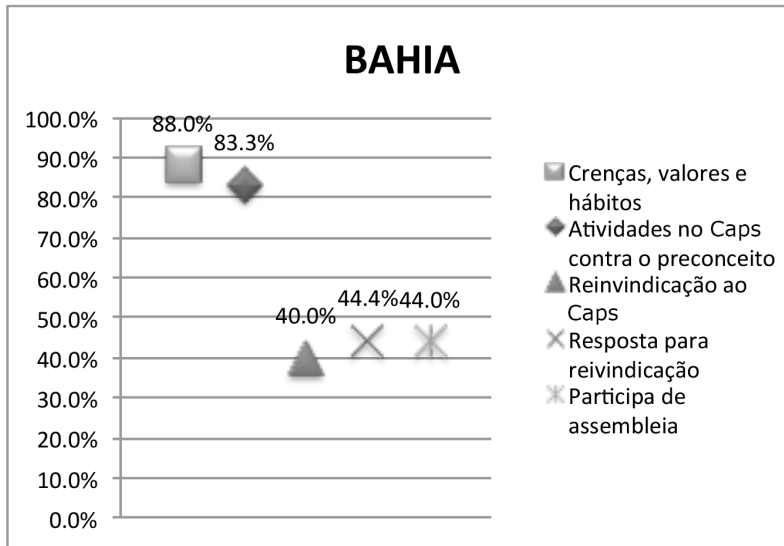
## Resultados

Foram analisadas informações relativas à garantia dos direitos do usuário e sua cidadania, nos questionários respondidos através da análise das percepções de usuários, referentes às suas crenças, valores, hábitos, preconceitos, reivindicações e participação comunitária, e ao respeito à dignidade no acompanhamento das ações desenvolvidas nos Caps dos cinco estados estudados.

### Bahia

No que se refere à garantia de direitos humanos, exercitada nas práticas cotidianas, 88% dos usuários sentiram-se respeitados nas suas crenças, valores e hábitos; 83,33% referiram que o Caps realiza trabalhos para diminuir o preconceito contra a loucura e os transtornos decorrentes do uso de substâncias. Ainda, 40% disseram ter feito reivindicações e solicitações ao serviço. Dentre estes, 44,4% obtiveram respostas positivas às tais reivindicações, e somente 44% dos usuários referiram participar de assembleias nos Caps (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Garantia de direitos humanos (crenças, valores, hábitos, preconceito, reivindicações e participação comunitária) de usuários. Bahia, 2013



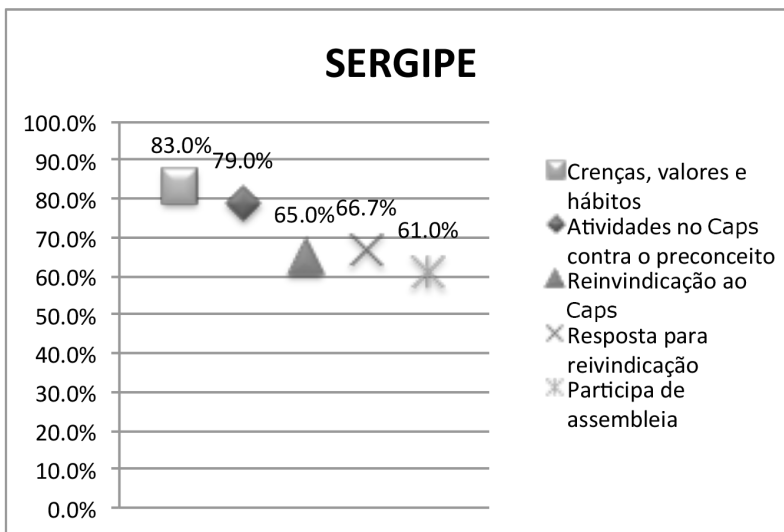
Nota: Elaboração própria

## Sergipe

No estado de Sergipe, quanto ao respeito às crenças, valores e hábitos, 83% dos usuários afirmaram ter sido respeitados; 79% disseram que o Caps faz atividades para diminuir

o preconceito. Dos usuários, 65% já fizeram reivindicações/solicitações para o Caps; e 66,7% obtiveram respostas para suas reivindicações. Ainda, 61% dos usuários participaram de assembleias no Caps (*gráfico 2*).

Gráfico 2. Garantia de direitos humanos (crenças, valores, hábitos, preconceito, reivindicações e participação comunitária) de usuários. Sergipe, 2013



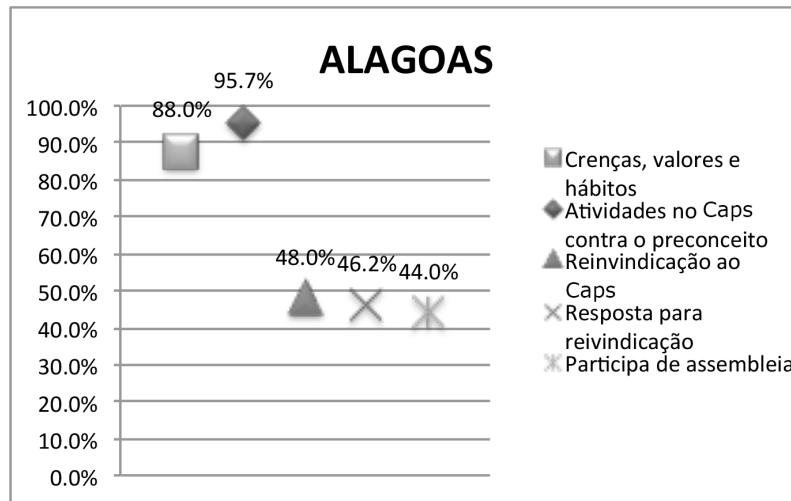
Nota: Elaboração própria

### Alagoas

Verifica-se que no estado de Alagoas, 88% referiram que a equipe tratou com respeito as crenças, valores e hábitos dos usuários; 95,7% afirmaram que os Caps

promovem atividades para diminuir o preconceito; 48% já fizeram reivindicações/solicitações, das quais 46,2% obtiveram respostas; e 56% desses usuários afirmaram não participar de assembleias (gráfico 3).

Gráfico 3. Garantia de direitos humanos (crenças, valores, hábitos, preconceito, reivindicações e participação comunitária) de usuários. Alagoas, 2013



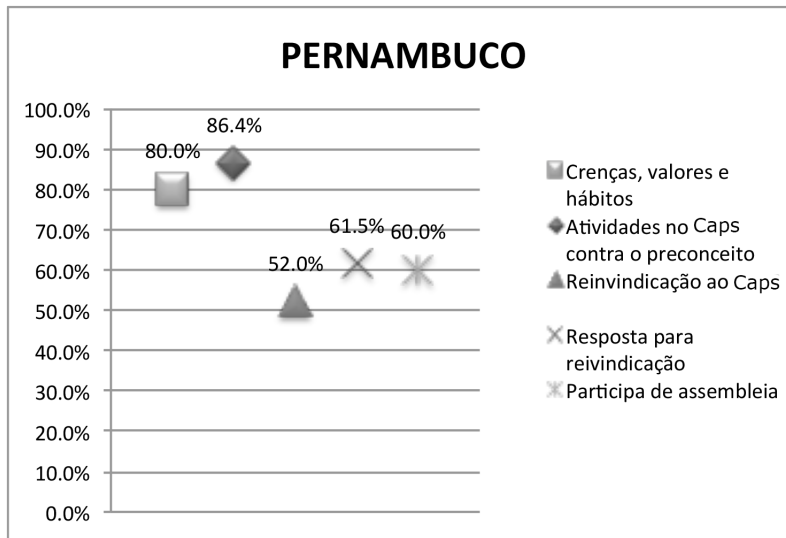
Nota: Elaboração própria

### Pernambuco

No estado de Pernambuco, 86,4% dos usuários afirmaram que o Caps faz atividades para diminuir o preconceito e 52% já fizeram reivindicações/solicitações para o Caps, das quais 61,5% obtiveram respostas às mesmas.

Ademais, 60% participaram de assembleia no Caps. Procurou-se saber a percepção de usuários quanto ao fato de ser tratado com respeito e dignidade, e, predominantemente, os usuários se sentiram satisfeitos (80%) quanto ao respeito às crenças, valores e hábitos (gráfico 4).

Gráfico 4. Garantia de direitos humanos (crenças, valores, hábitos, preconceito, reivindicações e participação comunitária) de usuários. Pernambuco, 2013



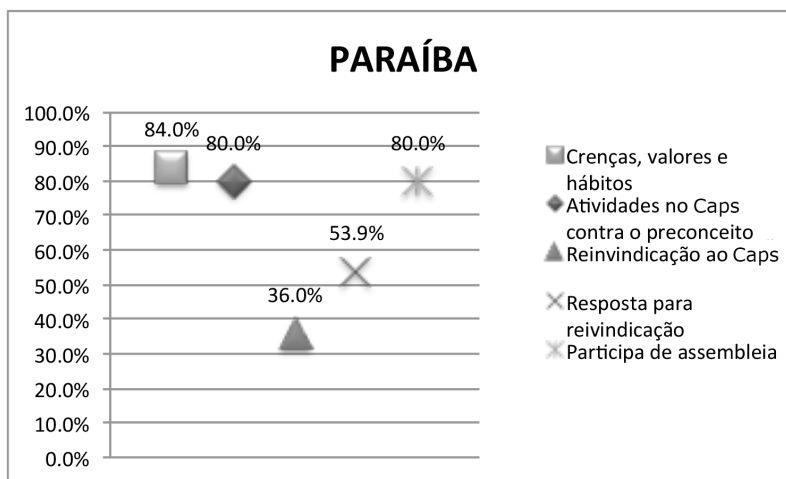
Nota: Elaboração própria

## Paraíba

Também na Paraíba foram selecionadas cinco categorias para avaliarmos o respeito aos direitos humanos e ao exercício de cidadania e autonomia dos usuários. Dentre os usuários, 80% afirmaram que os Caps

promovem atividades para diminuir o preconceito; apenas 36% já fizeram reivindicações/solicitações, dos quais 53,9% obtiveram resposta; e 80% dos mesmos afirmaram participar de assembleias. Uma cultura de valorização de direitos humanos e participação de usuários se faz presente na localidade (gráfico 5).

Gráfico 5. Garantia de direitos humanos (crenças, valores, hábitos, preconceito, reivindicações e participação comunitária) de usuários. Paraíba, 2013



Nota: Elaboração própria

## Discussão

Embora tenha havido variabilidade entre os estados, e alguns tenham alcançado melhores escores no exercício de cidadania do usuário, nos aspectos selecionados do estudo, o que pode refletir indicativos de gestão estadual e/ou municipal mais comprometidas com a democracia nos serviços em alguns locais, temos ainda poucos elementos para isto afirmar. Nestas últimas décadas regidas pela Constituição Cidadã de 1988, que marca o ordenamento jurídico-político brasileiro com uma nova visão democrática, temos assistido a uma progressiva institucionalização e luta por direitos humanos no País. A Carta Magna torna essenciais a cidadania e a dignidade da pessoa humana, elegendo os direitos e as garantias individuais e coletivas como núcleo intocável da Constituição. Acerca do binômio democracia e direito do homem, “o reconhecimento e a proteção dos direitos do homem estão na base das Constituições democráticas modernas”, uma vez que “sem direitos do homem reconhecidos e protegidos, não há democracia” (BOBBIO, 2004, P. 93).

Não obstante, a Carta de 1988 inova ao não mais se limitar a assegurar apenas direitos individuais, alargando a dimensão dos direitos e garantias, e tutelando os direitos coletivos e difusos, isto é, aqueles pertinentes à determinada classe ou categoria social, e estes a todos e a cada um, o que a classifica como uma Constituição Social. Atente-se ao fato de que, no intuito de reforçar a imperatividade das normas que traduzem direitos e garantias fundamentais, foi instituído também no texto de 1988 o princípio da aplicabilidade imediata das normas definidoras de direitos e garantias fundamentais (PIOVESAN, 2013). Neste sentido, os direitos sociais, como dimensão dos direitos fundamentais do homem, são ações positivas proporcionadas pelo Estado, direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos que mais necessitam, que tendem a realizar

a igualização de direitos em situações sociais desiguais. Tem-se, assim, a disposição de atender igualmente o direito de cada um como uma adequada definição de equidade imprescindível para se pensar direitos e cidadania para os ‘diferentes’ e ‘para todos’.

É neste contexto que se inicia a preocupação com a cidadania para os ‘doentes mentais’ e ‘drogaditos’. Ao prestar o direito à saúde e assistência social a quem dela necessita, com o objetivo de habilitar e reabilitar as pessoas em desvantagem psicossocial e promover sua integração à vida comunitária, o Estado brasileiro se propõe a assegurar o bem estar social de todos os indivíduos, iguais e diferentes (PITTA, 1992). É nesse espírito que a Lei nº 10.216/2001, amplamente debatida ao longo de 12 anos, até sua homologação, traz para a Reforma Psiquiátrica Brasileira o marco legal que promove a cidadania ‘dos loucos’ em uma ‘sociedade sem manicômios’, como a regra legalmente prescrevera.

Assim, instituem-se serviços substitutivos, tipo Caps, que são implantados segundo as decisões das políticas municipais e estaduais, e de acordo com critérios populacionais (Caps I, Caps II e Caps III) e grupos de risco, tais como crianças/adolescentes e usuários de álcool e drogas, respectivamente Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi) e Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Capsad).

Quando da aplicação dos questionários e das observações diretas realizadas, estávamos no período eleitoral e muitos foram os serviços desativados, com coordenadores demitidos aguardando as novas gestões para se recompor. A sazonalidade dos Caps é um lamentável fato, que impõe um esforço de estruturação e formalização institucional para se tornar um serviço ‘forte’ e permanente, capaz de acolher e cuidar das demandas complexas de sua clientela, que não desaparecem a cada eleição.

De acordo com a série histórica de implantação dos Caps no Brasil, o Nordeste é a segunda região com maior índice de

cobertura no País, perdendo apenas para a região Sul. Na região, se destaca o estado da Paraíba, com o maior índice de cobertura assistencial brasileira (1,5 Caps/100.000 hab.), seguido de Sergipe, com a segunda maior cobertura assistencial do País (1,28 Caps/100.000 hab.). A partir da análise dos 75 questionários aplicados, foram geradas informações sobre a percepção dos usuários nos cinco estados da região Nordeste estudados. Acerca da garantia dos direitos humanos e exercícios de cidadania ativa, verificou-se que os Caps influenciam positivamente a vida dos usuários, assegurando-lhes atividades que reduzem o preconceito, incentivam a participação em assembleias, estimulam e respondem às suas reivindicações e realizam tratamentos com base no respeito e na dignidade. Incluir a participação dos usuários na gestão de serviços é um reconhecimento dos seus direitos na instituição. O estigma traz, sem a menor dúvida, um peso importante na inclusão atual dos usuários do sistema na sociedade, e ter ações para coibir o preconceito é advogar em favor desses usuários do sistema.

Neste sentido, partindo da premissa de que ser cidadão é ser um indivíduo dotado de direitos que lhe permitem não só se defrontar com o Estado, mas afrontar o Estado, através do exercício pleno e do conhecimento de direitos, bem como a capacidade de reivindicar, caso esses direitos não estejam sendo respeitados, podemos dizer que os indivíduos com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas estão se tornando sujeitos e atores das suas próprias vidas.

Contudo, o conceito contemporâneo de cidadania, que compreende a indivisibilidade e a interdependência entre os direitos humanos, caminha em constante tensão com as ideias de liberdade, de justiça política, social e econômica, de igualdade de chances e de solidariedade a que se vinculam, ocupando um papel central na construção do Estado Democrático de Direito (TORRES, 2001). É preciso ter consciência de que, apesar de

estar consolidado na democracia brasileira, o princípio da igualdade (todos são iguais perante a lei), é necessária a relativização do mesmo, já que precisamos respeitar as individualidades de cada um, tratando os iguais igualmente e os desiguais desigualmente. Por outro lado, surge, a partir de julgados do Tribunal Constitucional Federal da Alemanha, a Teoria da Reserva do Possível, que foi rapidamente absorvida pelos governos brasileiros, colocando-se em questão a suficiência de recursos públicos para a implementação das ações exigidas do Estado, por lei e por grupos de interesses, como os enfermos mentais ou usuários de drogas. Torna-se uma restrição fática aplicável pelos governos de municípios, estados e união para se recusarem a dotar os territórios dos dispositivos adequados à garantia desses direitos fundamentais, admitindo que o Estado poderá não atender às postulações de direitos sociais, se estiver diante de uma escassez de recursos capaz de restringir a sua atuação e, por consequência, a própria concretização desses direitos (MOREIRA, 2011).

Desta forma, como garantir a concretização dos direitos sociais em um contexto com tanta iniquidade? Como se dá a inserção social àqueles a quem se atribui um transtorno mental num país com baixa magnitude de gastos sociais e de saúde, que assiste a um importante movimento de minimização da atuação do Estado em relação aos compromissos sociais com a sociedade? Em uma sociedade neoliberal, quais os direitos que estão compondo o exercício de cidadania dos usuários de serviços de saúde mental, como um Caps? A crise da cidadania no Brasil pode ser percebida, quer seja devido à ausência de atenção aos direitos humanos pela maior parte da sociedade, quer seja em razão de seu baixo grau de solidariedade orgânica, expresso nos ainda frágeis movimentos sociais (GUERRA, 2012).

Em um país com desigualdades acentuadas, a cidadania e a qualidade de vida da população constituem um desafio e uma



questão social, na medida em que esse binômio é representado por um contexto de dimensões variadas, no qual se incluem percepções, experiências de vida e oportunidades sociais, além de recursos socio-culturais e econômicos, que se refletem no acesso à educação, saúde, transporte e habitação, entre outros.

## Conclusões e limitações do estudo

Os limites já acontecem na implantação e na sustentação dos Caps, na quantidade e na qualidade dos serviços prestados para uma cobertura assistencial adequada, embora se tenha expandido a rede de serviços na região. Um modelo contra hegemônico de base territorial em um país de forte tradição manicomial e poderio do capital real e simbólico vinculado às práticas manicomiais no cuidado da loucura e suas derivações (lugar de louco é no asilo), reforça seu estatuto de vulnerabilidade. Avança-se e recua-se a cada mudança política sazonal, a cada eleição. O Nordeste do Brasil tem especificidades sociais e culturais que somente agravam os problemas de implantação e gestão de serviços que possam estar a favor da democracia e do pleno respeito a direitos humanos

fundamentais de usuários e familiares. Estratégias metodológicas inovadoras, que capturem a complexidade das suas práticas, repercutindo em conquistas reais na qualidade de vida dos usuários e nas relações dos seus vários atores foram dimensões buscadas no estudo. Entretanto, ainda se percebe a necessidade de incorporação de instrumentos que possam mais apropriadamente captar a sua realidade, possibilitando a criação de indicadores aceitos pelos governos e que, simultaneamente, tragam contribuições para a gestão desses serviços, ao mesmo tempo em que propiciem o desenvolvimento de práticas mais inclusivas e participativas para os usuários, e que contribuam nos seus restabelecimentos para uma vida digna, em liberdade.

Pode-se inferir que, dos avanços alcançados pelos usuários do sistema nessa transição de modelo assistencial do manicômio à comunidade, o direito humano de ir e vir, de ser escutado nas suas diversas linguagens, de ser reconhecido nas suas experiências intersubjetivas de identidades e alteridades, considerando suas crenças, valores e hábitos, e uma ética de solidariedade cidadã no enfrentamento do preconceito e nas barreiras da exclusão são evidências que se constataam no estudo, nas quais é preciso avançar e, se espera, que sejam irreversíveis. ■

---

## Referências

BOBBIO, N. *A Era dos Direitos*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BRASIL. *Lei nº 10.216, de 06 de Abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 4 mar. 2014.

\_\_\_\_BRASIL. Ministério da Saúde et al. *Termo de Referência do Projeto Avaliar Caps- Nordeste*. 2011. Mimeo.

\_\_\_\_BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)>. Acesso em: 3 set. 2013.

- DECLARAÇÃO DE CARACAS. In: UZACÁTEQUI, R. G.; LEVAV, I. (Ed.). *Reestruturação da assistência psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para a sua implementação*. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde. 1991. p. 1-3.
- GUERRA, S. *Direitos humanos & cidadania*. São Paulo: Atlas, 2012.
- MOREIRA, A. *As restrições em torno da reserva do possível: uma análise crítica*. Belo Horizonte: Fórum, 2011.
- PIOVESAN, F. *Temas de Direitos Humanos*. São Paulo: Saraiva, 2013.
- PITTA, A. M. F. Avaliação como Processo de Melhoria na Qualidade de Serviços Públicos de Saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 44- 61, 1992.
- \_\_\_\_\_. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589. 2011.
- PITTA, A. M. F. *et al. Avaliação da qualidade do cuidado em Centros de Atenção Psicossocial: Estados da Bahia, Sergipe, Alagoas, Pernambuco e Paraíba no Nordeste do Brasil – AVALIAR-Caps NORDESTE – Relatório Técnico*, Salvador, Bahia, jun. 2013.
- PITTA, A. M. F.; GOLDBERG, J. I. *El Centro de Atención Psicosocial: Un Modelo de Atención de Pacientes en la Comunidad*. Organización Panamericana de Salud, v. 2, p. 50-83, 1994.
- SANTOS, M. *As cidadanias mutiladas*. São Paulo: IMESP, 1996-1997, p. 133-144.
- SARACENO, B.; BERTOLOTE, J. M. Avaliação dos serviços psiquiátricos: indicadores duros e macios. In: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (Org.) *Abordagens inovadoras na avaliação do serviço*. Genebra (Suíça): Organização Mundial da Saúde, 1993. p. 1-48.
- TORRES, R. L. *A cidadania multidimensional da era dos direitos. Teoria dos direitos fundamentais*. Rio de Janeiro: Renovar, 2001, p. 256.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *WHO QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities*. Geneva: WHO, 2012.

---

Recebido para publicação em setembro de 2014  
Versão final em novembro de 2014  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: Ministério da Saúde do Brasil – FAPEX.  
Processo nº 110007.04

# O beber feminino: socialização e solidão

## *The female drinking: socialization and loneliness*

Maria das Graças Borges da Silva<sup>1</sup>, Tereza Maciel Lyra<sup>2</sup>

---

**RESUMO** Este estudo se propõe a conhecer o significado do beber entre mulheres que sofrem de alcoolismo e buscam tratamento através de um serviço especializado. Apresenta natureza qualitativa e é ancorado à teoria das representações sociais, utilizando questionário e entrevista em profundidade. As participantes revelam que o início do beber significa socialização e prazer, porém, com a dependência do álcool, ele acende o preconceito e afastamento das pessoas, gerando solidão devido à baixa tolerância social em relação ao hábito de mulheres beberem nocivamente. Elas ainda apontam uma percepção negativa desta dependência, sendo a solidão o significado mais representativo. E se sentem mais penalizadas do que os homens.

**PALAVRAS-CHAVE** Mulheres; Bebidas alcoólicas; Socialização; Preconceito; Solidão.

**ABSTRACT** *This study aims to know the meaning of drinking among women who suffer from alcoholism and seek treatment through a specialized service. It presents a qualitative nature and it is anchored to the social representations theory, using a questionnaire and in-depth interview. The participants reveal that the onset of drinking means socialization and pleasure, however, with the alcohol dependence, it lights the prejudice and the removal of people, resulting in loneliness due to low social tolerance in relation to the habit of women drinking harmfully. They also point to a negative perception of this dependence, being loneliness the most representative meaning. And they feel more penalized than men.*

**KEYWORDS** *Women; Alcoholic beverages; Socialization; Prejudice; Loneliness.*

<sup>1</sup>Secretaria Municipal de Saúde do Recife, Unidade de Acolhimento para Usuários Dependentes de Álcool, Crack e Outras Drogas - Recife (PE), Brasil. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM), Laboratório de Análise dos Sistemas de Informação em Saúde (Labsis) - Recife (PE), Brasil. [gracasborges@gmail.com](mailto:gracasborges@gmail.com)

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) - Recife (PE), Brasil. Universidade de Pernambuco (UPE), Faculdade de Medicina - Recife (PE), Brasil. [terezalyra@cpqam.fiocruz](mailto:terezalyra@cpqam.fiocruz)

## Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2003, revelou que o número de mulheres com problemas relacionados ao uso abusivo de álcool triplicou nos últimos anos, em nível mundial, destacando a América do Sul e incluindo o Brasil (BAUER, 2004). Postula que este crescimento esteja associado à entrada da mulher no mercado de trabalho e na vida política, ou seja, na vida pública e no processo de poder escolher (PRETTO, 2004).

Estudos recentes revelam que o álcool é a droga mais utilizada pelos brasileiros e pelas brasileiras, em relação aos outros tipos de drogas psicotrópicas (BRASIL, 2010). A cachaça, por exemplo, apesar de ser uma bebida com elevado teor alcoólico (superior a 40%), constitui-se como uma das mais consumidas pelos brasileiros, pois, além de ser uma bebida genuinamente brasileira, é ainda aquela que tem o custo mais acessível para a população de forma geral, quando comparada com aquelas que apresentam similaridade em relação ao teor alcoólico. Então, isso explica o seu elevado consumo no País (CHALITA, 2010).

Pesquisa realizada em 2006, pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), em parceria com a Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (Uniad), da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), verificou, em uma amostra de 1.152 adultos brasileiros que faziam uso do álcool, que 45% deles tinham problemas decorrentes do beber, no momento da pesquisa ou no passado, sendo 58% homens e 26% mulheres (BRASIL, 2007). E que o consumo abusivo de álcool é responsável por 10% dos problemas de saúde pública no Brasil, sendo a dependência do álcool a terceira maior doença do País (BRASIL, 2010).

Todavia, existem várias suposições para o uso abusivo de bebidas alcoólicas pelas pessoas, partindo da premissa de que tanto as mulheres quanto os homens começam a beber, bebem abusivamente ou permanecem

bebendo porque o álcool, de certo modo, promove ou recompensa o seu comportamento, induzindo a sensação de prazer, a remoção do desconforto, o aumento da interação social, além de ajudar a abolir lembranças desagradáveis (WILSNACK; WILSNACK; OBOT, 2005; GRIFFITH, 2005).

De acordo com Nóbrega e Oliveira (2005), as mulheres geralmente fazem uso nocivo de álcool a partir da ocorrência de eventos vitais significativos, como: perda de alguém querido, seja por falecimento ou por separação, diferentemente dos homens, que atribuem este uso a eventos relacionados ao trabalho e aos amigos. Então, como consequência deste uso, homens expõem comumente queixas de ordens legais e ocupacionais. Já as mulheres, por outro lado, têm queixas biológicas e familiares.

Ainda segundo os mesmos autores, em suas pesquisas, a visão que a sociedade tem sobre a dependência do álcool na mulher é preconceituosa. As mulheres são consideradas mais imorais, com comportamentos inadequados; sofrem com a estigmatização e acabam por procurar tratamento com menos frequência do que os homens, o que lhes acarreta mais comprometimentos ao longo do tempo. Assim, a perda do apoio social, pelas mulheres usuárias de álcool, acontece mais rapidamente do que com os homens, devido à baixa tolerância social em relação ao fato de elas beberem abusivamente. Elas são avaliadas como renunciadoras dos papéis de esposas, mães e filhas, dentre outros. Também, entre as próprias mulheres que sofrem com o uso abusivo de álcool, a atitude expressada é a aversão. Tais percepções, errôneas com frequência, transparecem nas atitudes de alguns profissionais de saúde, que veem tais mulheres como pessoas com desvios de personalidade, particularmente inacessíveis (SIMÃO; KERR-CORREA; DALBEN, 2002).

Simão, Kerr-Correa e Dalben (2002) ainda acrescentam que existe uma ideia de que o sexo feminino controla melhor a ingestão de bebidas alcoólicas, o que poderia colaborar

para que o diagnóstico de dependência do álcool fosse feito mais tardiamente nas mulheres do que nos homens. Possivelmente, mesmo diante de consequências físicas, psíquicas e/ou sociais decorrentes desta dependência, os profissionais de saúde não conseguem estabelecer as correlações; em geral, têm muita dificuldade de diagnosticar a dependência de álcool em mulheres. O preconceito da população em geral e das próprias mulheres em relação a essa problemática, bem como a relutância de alguns médicos em lidar com a dependência do álcool para as mulheres, acabam por dificultar o acesso das mesmas aos centros de diagnóstico e tratamento. Têm-se, assim, mulheres envergonhadas, que procuram ajuda indiretamente, com queixas vagas sobre sua saúde física e/ou psíquica, ocultando seu principal problema (NÓBREGA; OLIVEIRA, 2005).

Hochgraf (1995) na sua pesquisa indica que há um maior número de mulheres do que de homens com dependência de álcool, com histórico de tentativa de suicídio. Para a autora, a relação entre dependência de álcool e tentativa de suicídio está ligada não só a transtornos afetivos, como também à erosão das redes sociais, a prejuízos nas relações interpessoais e a distúrbios do controle de impulsos.

Estudos realizados sobre a dependência alcoólica, para ambos os sexos, em uma clínica especializada, identificaram que as mulheres com essa patologia apresentaram baixa autoestima. Indicaram que elas tinham, significativamente, mais depressão, assim como tendências e pensamentos paranoides. Revelaram, ainda, que as comorbidades mais frequentes no gênero feminino são os diagnósticos psiquiátricos de transtornos de ansiedade e transtornos de humor, enquanto os homens com diagnóstico expressivo apresentaram transtornos de personalidade (NOVAES, ET AL., 2000).

Para Griffith (2005), ainda que as mulheres comecem a beber nocivamente mais tarde do que os homens, a forma como metabolizam

o álcool parece pô-las em maior risco de desenvolver complicações físicas mais precocemente do que os homens.

Segundo Hochgraf e Brasiliano (2004), as complicações físicas mais frequentes são hemorragia gastrointestinal, cirrose hepática, prejuízo cognitivo, hipertensão e desnutrição. O beber nocivo e crônico é ainda associado à inibição de ovulação, à infertilidade e a diversos problemas ginecológicos e obstétricos. Isso ocorre porque o desenvolvimento da dependência do álcool em mulheres passa por diferentes caminhos daqueles percorridos pelos homens. Biologicamente, elas são menos tolerantes ao álcool do que os homens, e atingem concentrações sanguíneas de álcool mais altas com as mesmas doses, devido à menor quantidade de água corporal, em função de maior quantidade de gordura. Tudo isso associado a uma menor quantidade de enzimas que metabolizam o álcool, o que implica no fato de que as mulheres precisam da metade da dose ingerida pelos homens para se intoxicarem, sempre levando em conta seu peso e altura (MASUR, 2004).

A literatura atual vem avançando em relação a investigar as desigualdades de gênero no que tange ao consumo de álcool, e às particularidades daí destacadas. Mesmo assim, ainda persistem os estereótipos – maior agressividade e tendência ao isolamento –, além de falhas no cumprimento do papel familiar são mais comumente associadas às mulheres do que aos homens dependentes de alguma droga psicotrópica. Logo, é provável que atitudes preconceituosas dificultem o aprofundamento das especificidades do consumo nocivo de álcool pelas mulheres (SANCHES ET AL., 2003).

Embora muitas pessoas ainda empreguem os termos sexo e gênero como sinônimos, trata-se de dois conceitos que se referem a aspectos distintos da vida humana. Adotamos que o sexo se estabelece no nascimento, com base nas características da genitália externa, e diz respeito à procriação, à reprodução biológica. E o gênero é um elemento

constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos (JARDIM, 2003; CÉSAR, 2006).

Enfim, o cenário atual, com o aumento do consumo de bebidas alcoólicas nocivas e a dependência do álcool entre mulheres, assim como suas prováveis decorrências, constituem um problema significativo, que assinala a importância de investigar as especificidades da dependência do álcool, analisando questões relacionadas à mulher no espaço social.

Participaram do estudo mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (Capsad), com diagnóstico estabelecido de dependência do álcool, entendendo-o como doença crônica com fatores genéticos, psicossociais e ambientais, que influenciam seu desenvolvimento e suas manifestações.

Deste modo, conhecer como se dá esta realidade por meio do relato das próprias mulheres torna-se importante, no sentido de compreender o comportamento feminino quanto à dependência de álcool.

## Procedimentos metodológicos

Adotou-se uma abordagem qualitativa, através da técnica da análise de conteúdo, que procurou compreender as percepções, representações sociais e o ponto de vista das participantes no seu cotidiano, em relação à dependência do álcool. Segundo Minayo (1999), a pesquisa qualitativa almeja um aprofundamento maior da realidade, caminhando para um universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores que permitem alcançar os aspectos particulares expressos nas falas das mulheres entrevistadas, importantes para o alcance dos objetivos deste estudo.

Para isso, foi utilizada, como norteadora, a teoria das representações sociais dentro de sua perspectiva processual, em que é

considerada a relação dialética entre o social e o individual para identificar a visão de mundo que as entrevistadas têm e empregam na forma de agir e se posicionar em relação à dependência do álcool (GOLDENBERG; MARSIGLIA; GOMES, 2003).

Os dados deste estudo provêm de uma pesquisa original através de uma amostra que foi intencional, composta por mulheres com diagnóstico estabelecido da dependência do álcool, sem outras dependências químicas, e maiores de idade, no Capsad do Sistema Único de Saúde (SUS) para atendimentos de ambos os sexos em Recife (PE). Vale citar que todas as participantes se encontravam em tratamento na modalidade, com dois encontros de grupos semanais e um atendimento mensal do psiquiatra e do clínico.

A escolha por esse cenário de investigação se deu pela relevância de sua representatividade para o tratamento de transtornos relacionados ao álcool e outras drogas deste município. A coleta de dados foi realizada em três etapas, a saber:

A primeira foi a escolha das entrevistadas, que sucedeu as observações dos prontuários indicados pela equipe interdisciplinar do Capsad. A classificação adotada pelo SUS é a Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição (CID-10). Outro critério foi o de que as mulheres estivessem em tratamento no serviço há pelo menos seis meses, com diagnóstico exclusivo de dependência do álcool, e fossem maiores de 18 anos, totalizando cinco prontuários.

A segunda etapa foi a caracterização das participantes, através de questionário sociodemográfico, com questões referentes a: idade, religião, escolaridade, situação conjugal atual, situação profissional, moradia e renda familiar. Os dados levantados foram confrontados com a literatura.

Por fim, foram realizadas entrevistas semiestruturadas. Ou seja, foi utilizada a “técnica em que o investigador encontra-se frente ao investigado e lhe formula

perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação” (GIL, 1999, p. 117). As entrevistas foram analisadas a partir do método de análise de conteúdo, sendo utilizada a técnica de Condensação de Significados, que consiste em buscar, na fala do entrevistado, a ideia central do seu discurso, de forma condensada, sem perder a sua essência (KVALE, 1999).

As entrevistas tiveram perguntas direcionadas ao cumprimento dos objetivos da pesquisa, com questões norteadoras, que abrangem três aspectos: afetivo, cognitivo e de conduta. No aspecto afetivo, o objetivo foi para identificar o significado, os sentimentos e as percepções em relação à dependência de álcool e o julgamento que as participantes fazem sobre mulheres que bebem. No aspecto cognitivo, tiveram o objetivo de identificar as informações que as participantes apresentavam sobre dependência de álcool, formas de utilização do álcool, justificativas para o consumo e consequência do uso. E no aspecto de conduta o objetivo foi para compreender quais os caminhos utilizados para o enfrentamento dessa problemática. O presente artigo foca na análise do aspecto afetivo.

A pesquisa segue os preceitos da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que rege as pesquisas envolvendo seres humanos. O protocolo deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 18/2011. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de qualquer etapa da entrevista.

Previamente à entrevista, foi realizado um contato para marcar dia e hora mais convenientes para as participantes. Para garantir a confidencialidade, e, por outro lado, resguardar uma identidade, optou-se por apresentar às entrevistadas nomes de rosas com seus significados. Cada entrevistada escolheu o nome de rosa com o qual seria tratada na apresentação dos resultados. Tal escolha gerou mais um elemento de contribuição

para análise das entrevistas, pois os nomes escolhidos guardaram associações com os diferentes perfis das entrevistadas.

Todas as mulheres em tratamento entre junho e agosto de 2011 foram entrevistadas, totalizando cinco mulheres. A proposta de trabalho foi submetida à avaliação da equipe interdisciplinar da unidade de saúde, composta por psicóloga, enfermeira, assistente social, terapeuta ocupacional, médico clínico e médico psiquiatra, entre outros profissionais. Todos consideraram que as usuárias estavam aptas a serem entrevistadas, resguardados os critérios éticos.

## Resultados e discussão

O primeiro momento refere-se à caracterização das participantes. Nesse sentido, o perfil das mulheres pesquisadas revelou os seguintes dados:

- Rosa Castanha Chá (que significa ‘respeito’): 69 anos; solteira; tem filhos e filha; casa própria; ensino fundamental incompleto; católica; mora com a família; renda familiar maior do que um salário mínimo; recebe auxílio da previdência; chegou ao serviço pela ambulância; não houve percepção dos efeitos do álcool em seu organismo e nem em sua vida. Iniciou o uso da bebida aos 15 anos.
- Rosa Amarela (cujo significado é ‘felicidade’): 57 anos; solteira; não tem filhos; casa própria; ensino fundamental incompleto; católica; mora sozinha; renda familiar maior do que um salário mínimo; recebe a aposentadoria de seu pai; não trabalha; chegou motivada pela vizinha e achava que não era doença. Iniciou o uso da bebida aos 16 anos.
- Rosa Vermelha (que simboliza ‘paixão’): 52 anos; separada; tem filha; casa própria; ensino fundamental completo; protestante; mora sozinha; renda familiar menor do que um salário mínimo; trabalha sem carteira

assinada; chegou com ajuda de uma colega, com queixa principal de depressão. Iniciou o uso da bebida aos 18 anos.

- Rosa Roxa (que representa o ‘amor materno’): 59 anos; casada; tem filhos e filhas; casa alugada; ensino fundamental incompleto; católica; não trabalha; mora com o marido; renda familiar maior do que um salário mínimo; chegou motivada pela cunhada, com queixa de uso de álcool sem controle e as consequências desse uso. Iniciou o uso da bebida aos 20 anos.

- Rosa (que representa a ‘amizade’): 47 anos; separada; tem filha; casa própria; ensino médio completo; candomblecista; mora sozinha; renda familiar menor do que um salário mínimo; trabalha sem carteira assinada; chegou sozinha. Iniciou o uso da bebida aos 14 anos.

Esses dados mostram que o uso de bebidas alcoólicas encontra-se presente na vida das participantes e que o uso nocivo do álcool tem acometido mulheres de diferentes idades, estados civis, religiões, escolaridades e ocupações. Sendo assim, junto com outros aspectos, tais como predisposição biológica, fatores psicológicos e socioculturais, coopera para acarretar a instalação da problemática, o que é defendido pelos estudos de Wilsnack, Wilsnack, Obot (2005) e Griffith (2005). Assim, a caracterização das entrevistadas cooperou para uma melhor compreensão do presente trabalho.

No segundo momento, foi realizada a análise das entrevistas, quando as mulheres deste estudo destacaram quatro aspectos significativos em suas vidas: a tristeza, o prazer, o preconceito e a solidão diante do uso sem controle e da dependência do álcool. Nos discursos das entrevistadas pôde-se observar que elas apresentaram um senso comum sobre o significado da dependência de álcool em mulheres, ou seja, de que ser mulher e beber sem controle é algo

condenável, permeado de preconceito. E isso revelou que, em suas experiências, os seus sentimentos tiveram significados semelhantes perante a problemática da dependência do álcool, tendo isso representado uma forma de pensar coletivamente sobre o mesmo assunto, o que é amparado por pensadores da Teoria das Representações Sociais, como Jodelet (2001) e Goldenberg, Marsiglia, Gomes, (2003). Eles afirmam que as representações sociais estão vinculadas a valores, noções e práticas individuais, orientando as condutas no dia a dia das relações sociais e se manifestando através de estereótipos, sentimentos, atitudes, palavras, frases e expressões das pessoas. Portanto, este é o senso comum, socialmente construído e compartilhado entre as participantes.

Também encontramos, nas falas das participantes, a busca de alívio para a ansiedade, para a redução das tensões ou, ainda, de descobrir que, nos encontros sociais, as pessoas fazem coisas que, em outras circunstâncias, não teriam coragem de fazer. O álcool passa a ser usado como base de bem-estar e de socialização, cada vez mais frequente e mais precocemente, passando a fazer parte da vida dessas mulheres. O achado foi comum entre todas e pôde ser sintetizado pela fala de Rosa Roxa:

*Eu não era doente! Não era mesmo. Pois, no início, bebia cerveja sem problemas, ficava leve e sem timidez para dançar em público. Ia para as festas, ia para os clubes com a minha família e o meu marido. Já era casada, com 27 anos e já era mãe dos meus 4 filhos. Foi porque comecei a beber a cachaça que era bem barata. Porque a cerveja era muito cara. Ah, bebo a cachaça todos os dias e não parei mais. Agora, todo o mundo fala que é muito feio. Mas não falam nada do meu marido, que bebe o final de semana inteiro.*

Alegaram, todas as participantes, que o consumo da cachaça causou a dependência da bebida e a manifestação da patologia.

Em relação aos temas preconceito e solidão, as entrevistadas relataram que a



condição da dependência de álcool é mais difícil para a mulher do que para o homem. Apontaram certa compreensão sobre as questões de preconceito social ao afirmarem que, para a mulher, é mais complicado admitir essa dependência, pois sua família se distancia; e que são as amigas que, às vezes, tentam ajudá-las a enfrentar o problema.

Ao ser identificada, nas falas, a falta de apoio dos familiares, este dado da pesquisa dialoga com Nóbrega e Oliveira (2005), que afirmaram que os homens recebem mais apoio familiar, enquanto as mulheres recebem mais apoio de amigas para procurar um tratamento para a dependência. O estímulo de um familiar, como fator de motivação para o tratamento, é apontado como importante, tanto para homens como para mulheres. Prontamente, ao não contarem prioritariamente com os familiares, o sentimento de solidão das mulheres, diante da dependência do álcool, se acentua.

Esse achado também é amparado nos estudos de Hochgraf e Brasiliano (2004), e Ancel e Gaussot (1998), que alegam que, na dependência do álcool, a mulher sofre muito preconceito com o estereótipo de maior agressividade e a tendência à solidão, ao isolamento. As falas transcritas ilustram os achados:

*Talvez porque ninguém vai me visitar... Mora bem perto, mas ninguém vai me ver. E, às vezes, a gente se sente só demais. É muito ruim, a solidão. Hoje, tenho aqui [Capsad], que ajuda muito, não me sinto sozinha. (Rosa Vermelha).*

*“É muito difícil a gente sobreviver sozinha, ser rejeitada por todos. Hoje vivo na solidão” (Rosa Amarela).*

Os relatos acima revelam a perda do apoio social, que é percebida também nas falas das demais entrevistadas e ocorre de forma rápida, devido à baixa tolerância social em relação às mulheres que bebem sem controle e ficam dependentes. Vale ressaltar que as mulheres sofrem menor pressão social para o início do consumo do álcool e, muitas vezes,

são até estimuladas a fazerem uso de bebidas. No entanto, sofrem maior pressão para parar o uso, devido à dependência, além de, sobretudo, serem vítimas de maior estigma social (NÓBREGA; OLIVEIRA, 2005; CÉSAR, 2006).

A crítica social em relação à dependência de álcool em mulheres continua sendo muito penosa. É importante mencionar que o uso de álcool não é um fenômeno periférico ou distante da nossa sociedade, não é algo trazido de fora por inimigos externos, mas é produzido e destilado em nosso meio. E sim, pelas leis de mercado – da oferta e da demanda – apoiadas na legalidade e estimuladas pela própria sociedade (BUCHER, 1996).

Para Farah (2004) e Pretto (2004), homens e mulheres evidenciam intolerância em relação à dependência de álcool em mulheres, e, entre elas, a atitude expressada é de aversão. As que apresentam problema com bebidas alcoólicas são objetos de julgamento por parte da sociedade. São censuradas, por abandonarem suas funções de boas esposas e de boas mães, entre outros. Isto se confirma nas falas da maioria das entrevistadas, a exemplo de Rosa Chá Castanha:

*Acho uma vergonha, as mulheres que bebem demais. Isso é para os homens. Quando eu bebia, morava na rua, abandonada; vivia sozinha. Não conseguia fazer nada. Perdi tudo! A família, o trabalho e a minha casa... Eu sabia que os vizinhos falavam que era muito feio uma mulher bêbada caída na rua. Minha filha me expulsou da minha casa, não queria mais eu lá. Passei muito tempo assim na rua. Agora, mais não. Estou morando na casa da minha filha, junto com o meu neto. Porque estou sem beber.*

Percebe-se que as entrevistadas têm consciência da visão que a sociedade e elas mesmas têm da dependência do álcool, e que a sociedade faz relação entre o uso de álcool e o gênero. A sociedade é mais complacente quando o assunto é a dependência masculina do álcool, e mais rigorosa quando se trata da dependência feminina. As mulheres foram historicamente constituídas como sensíveis,

emotivas, delicadas, e como tendo funções ligadas à maternidade e aos cuidados (esfera privada). Já os homens foram historicamente relacionados à ideia de força, virilidade e poder (esfera pública) (PRETTO, 2004).

As participantes apontam os prejuízos nos diversos papéis por elas assumidos na sociedade, tais como: o de mãe, o de esposa e o de profissional. Isto é, o álcool comprometeu suas participações sociais. Algumas das entrevistadas trabalham, têm ou tinham duplas jornadas de trabalho, com atribuições no lar. E o uso nocivo do álcool, aos poucos, levou-as a situações de solidão e isolamento, sobretudo por parte de familiares.

*Ser mulher sozinha é triste, mas eu tenho os meus cachorros. Sei que não é gente... mas faz companhia. Meu ex-marido fez de tudo para eu não beber mais. No início, a gente bebia junto nos bares. Ele deixou de beber por mim, mas não adiantou de nada. E depois da separação. A minha filha foi morar com minha mãe. Fiquei pior e sem controle – a cachaça.* (Rosa).

A fala de Rosa refere que o início do uso do álcool ocorreu socialmente. Tal achado foi comum a todas as entrevistadas, que identificaram o início do uso da bebida como fonte de prazer, lazer e divertimento. Porém, tais fatores foram também percebidos como geradores do uso nocivo e, conseqüentemente, da instalação e do desenvolvimento da dependência do álcool em suas vidas.

Pode-se observar o fato de que, se o início do uso ocorreu socialmente, através de bebidas com menor teor alcoólico, em seguida, surgiram dificuldades para controlar o consumo de bebidas alcoólicas, assim como surgiu a necessidade de quantidades progressivamente maiores de álcool, para adquirir os efeitos desejados. Nestes casos, o beber social, mediador das relações sociais, se mistura e se confunde com o beber nocivo, apontado no uso da cachaça.

Os principais achados relacionados ao significado da dependência do álcool entre

mulheres no presente estudo foram:

- A instalação da dependência do álcool aconteceu como um processo evolutivo, passando pelo uso nocivo da bebida. Nota-se que as participantes abandonaram o uso da cerveja (de menor teor alcoólico) para beber a cachaça (de maior teor), o que demonstrou a necessidade de bebidas mais fortes no seu dia a dia para alcançar efeitos originalmente produzidos por bebidas mais fracas.
- O forte desejo, das participantes, de consumir a cachaça, e a dificuldade de controlar o uso da mesma em termos de início, término e níveis de consumo.
- A percepção da dependência do álcool foi marcada pelo próprio preconceito de gênero, ou seja, a dependência do álcool ainda é uma conduta prevista para o homem e não para a mulher.
- Todas as participantes experimentaram socialmente o consumo de bebidas alcoólicas, em festas e eventos realizados em espaços como clubes, bares etc.
- Elas se sentiram fortalecidas, e com redução da angústia, da tristeza e da solidão durante o tratamento no Capsad, mediante o atendimento focado no grupo e para ambos os sexos, tendo entendido que todos apresentavam a mesma problemática. As participantes informaram que se sentiam bem no grupo porque cada um apoiava o outro e respeitava suas particularidades.

## Considerações finais

Nesta pesquisa pode-se considerar que o significado da dependência do álcool para as participantes foi sintetizado na fala de Rosa: “É, ser mulher e beber é ter um pouco de prazer, diversão, e também é ter uma doença feia, triste, solidão, um vício”.

Como as participantes optaram por escolher o seu nome fantasia, para garantirem a confidencialidade e, ao mesmo tempo, uma identidade, um aspecto não previsto inicialmente pela pesquisa se destacou: a escolha por nomes de rosas gerou momentos tocantes, em relação ao simbolismo e à associação com o estado emocional das participantes no momento da pesquisa. As mulheres entrevistadas possuem uma percepção negativa da dependência de álcool, sendo o preconceito e a solidão os dados mais representativos para elas.

Além disso, as entrevistadas se sentem mais penalizadas do que os homens. Elas se mostraram desabonadas ao procurarem ajuda, justamente pela visão que a sociedade demonstra – compartilhada por todas as participantes –, ao taxá-las de pervertidas, donas de comportamento impróprio e renunciadoras aos papéis tradicionalmente atribuídos a elas, como o de mãe e o de esposa. Esses fatos adiaram a procura delas por tratamento, e isso acabou por trazer-lhes sérios prejuízos.

Faz-se necessário repensar o lugar que o álcool ocupa na configuração e nas relações sociais e familiares das mulheres: a responsabilidade pelo processo saúde-doença é permanente via de mão dupla, visto que o individual se constrói no coletivo, e a qualidade das relações aí estabelecidas influencia na forma como as pessoas irão responder/reagir.

Finalmente, o estudo evidenciou a importância do atendimento no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas, do SUS, para ambos os sexos, ao acolher mulheres com dependência de álcool que precisem lidar com sentimentos de tristeza e solidão, além de vivenciar preconceitos e discriminações.

A inclusão social dessas mulheres fez a diferença no sentido de colocá-las no mesmo espaço de cuidado que os homens, quebrando tabus e preconceitos. Assim, garantiu o direitos à cidadania para todos, independentemente de gênero, promovendo a solução dessa problemática vivida entre as mulheres e os homens na saúde, no trabalho, na família e no social.

O trabalho de acolhimento de mulheres com este tipo de sofrimento é essencial para minimizar as consequências dos prejuízos e danos provocados pela dependência do álcool, pois oferece condições para novos conhecimentos, descobertas e para o enfrentamento da realidade, o que contribui para a construção de novos significados e a reestruturação da vida dessas pessoas.

Esperamos que este estudo contribua para a reflexão e a compreensão da necessidade de reconhecer a representação social do beber feminino, e estimule a realização de novas investigações com a finalidade de ampliar o conhecimento desta problemática na perspectiva de gênero, incluindo fatores intrafamiliares, intraindividuais e socioculturais, de forma sistêmica. ■

---

## Referências

ANCEL, P.; GAUSSOT, L. *Alcool et alcoolisme: pratiques et représentations*. Paris: L'Harmattan, 1998.

BAUER, J. *O Alcoolismo e as mulheres: Contexto e Psicologia*. São Paulo: Cultrix, 2004.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS*: acesso ao

tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras*. Brasília, DF: SENAD, 2010. Disponível em: <<http://www.obid.gov.br>>

- senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/328379.pdf>. Acesso em: 20 maio 2014.
- BUCHER, R. A Função da Droga no (Dis) Funcionamento Social. In:\_\_\_\_\_. *Drogas e Sociedade nos Tempos da AIDS*. Brasília, DF: UnB, 1996. p. 45-62.
- CÊSAR B. A. L. O beber feminino: a marca social do gênero feminino no alcoolismo em mulheres. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 583-4, 2006.
- CHALITA, M. A. N.; SILVA, C. R. L. *Cachaça*: desempenho comercial e qualidade de uma bebida genuinamente brasileira. Instituto de Economia Agrícola – IEA. 2010. (Textos para Discussão, n. 21).
- FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 47-71, 2004.
- GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Org.). *O clássico e novo*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 197-208.
- GIL, A. C. *Método e Técnica de Pesquisa Social*. São Paulo: Atlas, 1999. p. 117.
- GRIFFITH, E. *O Tratamento do alcoolismo*: um guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- HOCHGRAF, P. B. *Alcoolismo feminino: comparação de características sócio-demográficas e padrão de evolução entre homens e mulheres alcoolistas*. 1995. Tese (Doutorado em Psiquiatria) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.
- HOCHGRAF, P. B.; BRASILIANO, S. *Mulheres farmacodependentes: uma experiência brasileira* [internet]. São Paulo, 2004. Disponível em: <[http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/ac\\_128.htm](http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/ac_128.htm)>. Acesso em: 20 jan. 2010.
- KVALE, S. *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: Sage. 1999.
- JARDIM, S. R. M. *Gênero e educação*: abordagens e concepções em dissertações de mestrado no Estado de São Paulo. 2003. (Pós-graduação em Educação) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 maio 2010.
- JODELET, D. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.
- MASUR, J. *O que é alcoolismo*. São Paulo: Brasiliense, 2004.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.
- NÓBREGA, M. P. S.; OLIVEIRA, E. M. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 816-823, 2005.
- NOVAES, C. et al., Impacto do alcoolismo em mulheres: repercussões clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 27, n. 1, p. 16-21, jan./fev. 2000.
- PRETTO, Z. *O atravessamento da história do gênero nas relações atuais de gênero*. Florianópolis: UFSC, 2004.
- SANCHES, A. F. et al., *Gender, Culture and problems associated with alcohol*: preliminary analysis of the Brazilian part of multinational Study. In: 29th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society, 2003, Kraków. Global Marketplace for Social Alcohol Research, 2003.
- SIMÃO, M.; KERR-CORREA, F.; DALBE, I. Mulheres e homens alcoolistas: um estudo comparativo de fatores sociais, familiares e de evolução. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 121-129, set. 2002.
- WILSNACK R. W.; WILSNACK S. C.; OBOT, I. S. Why study gender, alcohol and culture? In: WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Alcohol, gender and drinking problems: perspectives from and middle income countries*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse, 2005.

Recebido para publicação em abril de 2014

Versão final em dezembro de 2014

Conflito de interesse: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# O primeiro contato com as drogas: análise do prontuário de mulheres atendidas em um serviço especializado

*The first contact with drugs: analysis of medical records of women cared in a specialized service*

Divane de Vargas<sup>1</sup>, Janaina Soares<sup>2</sup>, Erika Leon<sup>3</sup>, Caroline Figueira Pereira<sup>4</sup>, Talita Dutra Ponce<sup>5</sup>

**RESUMO** O estudo objetivou caracterizar e compreender o contexto em que se dá o primeiro contato de mulheres com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas que procuraram atendimento em um serviço especializado em álcool e outras drogas. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de abordagem quanti-qualitativa. Utilizaram-se informações contidas em 412 prontuários de mulheres atendidas num serviço especializado em álcool e outras drogas. Realizou-se uma análise exploratória dos dados quantitativos, e os dados qualitativos foram agrupados e analisados segundo a análise de conteúdo, originando cinco temáticas. Resultados: A idade média de primeiro contato com as drogas foi 16 anos e as substâncias mais usadas foram álcool, tabaco e maconha. Concluiu-se que, na adolescência, as mulheres ficam mais vulneráveis ao primeiro contato com substâncias psicoativas e que o contexto social e familiar exerce influência na iniciação do uso de drogas.

**PALAVRAS-CHAVE** Mulheres; Alcoolismo; Transtornos relacionados ao uso de substâncias.

**ABSTRACT** *This study aimed to characterize and understand the circumstance under which women carrying problems related to psychoactive substance use had their first contact with a specialized service in alcohol and other drugs. Exploratory and descriptive study of quantitative and qualitative approach. We retrieved of the information contained in medical records of 412 women cared in a service specializing in alcohol and other drugs. We held a quantitative data exploratory analysis and grouped qualitative data, which were analyzed as for their content analysis, resulting in five themes. Results: the average age of women first contact with the drugs was 16 years, being alcohol, tobacco and marijuana the most commonly used substances. We concluded that, during adolescence, women are more vulnerable to the first contact with psychoactive substances, and that social and family contexts exert influence on the initiation of drug use.*

**KEYWORDS** Women; Alcoholism; Substance-related disorders.

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica - São Paulo (SP), Brasil. vargas@usp.br

<sup>2</sup>Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem - São Paulo (SP), Brasil. janainasoares@usp.br

<sup>3</sup>Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem - São Paulo (SP), Brasil. egleonr@usp.br

<sup>4</sup>Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica - São Paulo (SP), Brasil. caroline.figueira.pereira@usp.br

<sup>5</sup>Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica - São Paulo (SP), Brasil. talitadp@usp.br

## Introdução

Atualmente, o uso de Substâncias Psicoativas (SPAs) pela população feminina tem aumentando, pois, quando comparados os dois últimos levantamentos domiciliares realizados no Brasil, observou-se que, entre os anos 2001 e 2005, o uso de álcool na vida por mulheres aumentou de 60,6% para 68,3%, assim como a dependência de álcool, cresceu de 5,7% para 6,9% (CARLINI ET AL., 2006). No que se refere às drogas estimulantes, benzodiazepínicos, analgésicos (opiáceos) e orexígenos, as mulheres apresentaram prevalência de uso durante a vida aproximadamente duas a três vezes maior do que os homens. O uso de SPAs pelas mulheres pode levar ao desenvolvimento de problemas fisiológicos e psicossociais mais rapidamente do que na população masculina. Isso pode ocorrer devido às próprias características fisiológicas da mulher, pois, ao consumir álcool, a mulher tem mais facilidade para desenvolver a dependência, uma vez que possui maior proporção de tecido adiposo no corpo, que retém o álcool por maior tempo no organismo, e pela menor concentração gástrica da enzima desidrogenase alcoólica, fundamental na decomposição do álcool (BRASIL, 2013).

O uso de SPAs pela população feminina é pouco aceito socialmente, levando-as a apresentar preferência pelo uso de substâncias lícitas, como medicamentos, álcool e tabaco. Essas preferências nem sempre despertam a atenção dos pesquisadores, que priorizam os estudos envolvendo o uso das substâncias ilícitas (VASCONCELOS, 2006).

Em relação à saúde da mulher, os estudos, em sua maioria, estiveram voltados para questões reprodutivas, maternas, e a desigualdades entre homens e mulheres, fatores que exerceram impacto significativo em suas condições de saúde (BRASIL, 2004). Entretanto, estudo realizado no Brasil (GALERA; ROLDÁN; O'BRIEN, 2005) demonstrou que o uso de SPAs entre as mulheres inicia-se geralmente na

adolescência e tem como maior fator motivador a pressão social e a violência familiar. Outros autores apontam que o uso de SPAs por mulheres pode estar relacionado à grande mudança no perfil da mulher contemporânea, o que acarretou atividades em excesso, dificuldade em lidar com os problemas, principalmente problemas familiares, ansiedade e estresse. Essas situações podem ser determinantes na realização de suas escolhas e no uso prejudicial de SPAs (MALBERGIER ET AL., 2012; BARCINSKI, 2009).

Os ambientes em que as mulheres e os homens fazem uso de SPAs são diferentes; geralmente as mulheres fazem uso em casa, sozinhas ou apenas com amigas, enquanto os homens consomem em bares, ruas e festas. Essa especificidade das mulheres tem sido tema de interesse dos pesquisadores que apontam a importância de se investigar esse fenômeno, podendo, então, pensar em ações de saúde mais específicas para essa população, buscando resultados mais efetivos (BARCINSKI, 2009).

Considerando-se o aumento do consumo de SPAs em mulheres, assim como de morbidades consequentes do uso prejudicial e do número de mulheres dependentes dessas substâncias que procuram tratamento nos serviços especializados, é esperado que haja estudos publicados sobre a temática, porém ainda são escassos na literatura estudos relacionados aos problemas decorrentes do uso de SPAs entre as mulheres, pois as investigações nessa área são, em sua maioria, focadas na população masculina (COOK, 2004). Isso ocorre, segundo Rennó Jr. *et al.* (2005), pelo fato de as mulheres terem permanecido, durante algumas décadas, pouco representadas nas pesquisas, em especial por não procurarem tratamento. Nesse contexto, julgou-se necessário realizar um estudo para caracterizar o primeiro contato de mulheres que procuraram tratamento para o uso de SPAs em um serviço especializado da cidade de São Paulo. Essa caracterização poderá fornecer subsídio para futuras estratégias de

ações em saúde que possam levar em consideração as especificidades encontradas.

Os objetivos da pesquisa foram: Caracterizar o primeiro contato de mulheres com problemas relacionados ao uso de SPAs que procuraram atendimento em um serviço especializado em álcool e outras drogas; Compreender o contexto do primeiro uso de SPAs por mulheres com problemas relacionados ao uso de SPAs que buscaram atendimento em um centro de tratamento para o álcool e outras drogas.

## Método

Estudo do tipo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, secundário a um projeto maior que visou a identificar o perfil de mulheres que procuram tratamento para dependência química em um serviço especializado do estado de São Paulo. Este estudo configura-se como descritivo porque permite descrever o conhecimento sobre a realidade histórica e social do contexto em que se situa o objeto e possibilita explorar dimensões de um objeto, na forma como se apresenta, para ampliar o entendimento de sua característica (RODRIGUES; SANTOS; SPRICCIAGO, 2012).

A coleta dos dados se deu por meio de busca nos prontuários de todas as mulheres que foram atendidas pela primeira vez em um serviço especializado em álcool e outras drogas da cidade de São Paulo, no período compreendido entre janeiro de 2001 a dezembro de 2010. Esse período foi escolhido por caracterizar-se como a primeira década de funcionamento do serviço como referência para o tratamento de transtornos relacionados ao uso de SPAs no município. Os dados foram coletados entre janeiro e março de 2011. Os critérios de exclusão foram prontuários de mulheres que apresentavam comorbidades psiquiátricas, que procuraram o serviço para o tratamento da obesidade ou tratamento exclusivo para o tabagismo.

Utilizaram-se as informações contidas em 412 prontuários de mulheres atendidas nesse serviço especializado, sendo que os dados quantitativos coletados referentes à idade, tipo de droga de primeiro contato e contexto de utilização da droga foram armazenados no programa *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, utilizado para a análise exploratória dos dados.

Os dados qualitativos relacionados ao primeiro contato com as drogas foram obtidos de respostas à questão aberta previamente realizada e registrada no prontuário pelos profissionais de saúde presentes no atendimento inicial: 'Como foi o primeiro contato com as drogas'. Desses prontuários, somente 218 foram escolhidos por terem resposta para essa pergunta. Para análise dessa informação, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2002) com o intuito de estabelecer correspondências entre as estruturas semânticas ou linguísticas (que estão na superfície do texto) e as estruturas psicológicas ou sociológicas (que determinam as características encontradas nos textos). Estas últimas se relacionam com a noção do contexto da mensagem, que possibilita o aprofundamento do significado, indo além das aparências. Essa técnica baseia-se em operações de desmembramento do texto em unidade, ou seja, esta etapa visa a descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação e, posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias (BARDIN, 2002).

A repetição e o reagrupamento dos dados gerou a categoria de interesse 'o primeiro contato com as drogas', da qual se originaram cinco temáticas para análise: I – Primeiro contato por influência de amigos e em momentos de descontração, II – Contexto familiar e de relacionamentos, III – Contexto escolar, IV – Contexto das ruas após momentos de estresse e perdas e V – Contexto do trabalho.

Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da

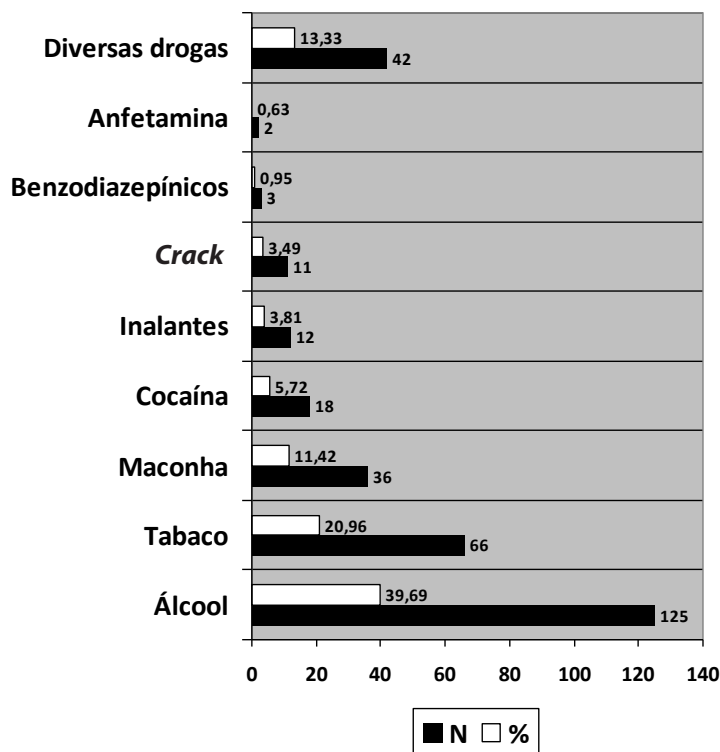
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo pelo Processo de nº 865/2009.

## Resultados

Os resultados demonstraram que, do número total de prontuários (n=412), 335 (81,3%) informavam a idade de primeiro contato com as drogas, sendo 16 a média de idade encontrada. Com relação à primeira droga utilizada, 315 prontuários (76,5%)

tinham essa informação. Desses prontuários, 273 mulheres (86,45%) informaram ter tido o primeiro contato com uma única droga, enquanto 42 mulheres (13,3%) informaram que o primeiro contato ocorreu com múltiplas drogas na mesma ocasião. A substância mais experimentada foi o álcool, seguido do tabaco e da maconha (*gráfico 1*). Dos 412 prontuários analisados, 218 (53%) continham resposta à pergunta aberta 'Como foi o primeiro contato com as drogas?' (*tabela 1*).

Gráfico 1. Distribuição das frequências relativas e absolutas, conforme a primeira droga de uso, São Paulo, 2013



Nota: Elaboração própria



Tabela 1. Distribuição das frequências relativas e absolutas, conforme o primeiro contato com as drogas. São Paulo, 2013

Variáveis	Frequência	%
Com amigos	64	29,36
Em festas, bares, baladas, etc.	35	16,05
Com familiares	32	14,68
Em casa	23	10,55
Na rua	16	7,34
Na escola	9	4,13
Após perdas ou separações	7	3,21
Com o namorado	6	2,75
No trabalho	6	2,75
Outros	20	9,18
<b>Total</b>	<b>218</b>	<b>100</b>

Nota: Elaboração própria

## Análise categorial – temática

As respostas encontradas nos prontuários referentes ao primeiro contato com as drogas, foram agrupadas em uma categoria simples de análise: O primeiro contato com as drogas, que originou cinco temáticas relacionadas aos grupos, locais e motivos, relatados nos prontuários como circunstâncias que levaram ao primeiro contato com as drogas.

### I - O PRIMEIRO CONTATO POR INFLUÊNCIA DE AMIGOS E EM MOMENTOS DE DESCONTRAÇÃO

Nas respostas dadas à questão: ‘Como foi seu primeiro contato com as drogas?’, observou-se que o primeiro contato ocorreu junto com amigos, como aparece na fala: “*No banheiro da escola com meus amigos*” (P1). Conforme algumas respostas, esse contato com as drogas por meio dos amigos esteve relacionado a um sentimento de aceitação no grupo: “*Bebia com meus amigos para me sentir ‘legal’*” (P250). Assim como relacionado a confraternizações: “*Com meus amigos, para comemorar*” (P300); “*Em uma festa com meus amigos*” (P4); “*Nos finais de semana, em churrascos com os meus amigos*”

(P5). “E também por prazer: *Comecei tomando cerveja em busca de prazer com amigos*” (P16).

A análise das respostas mostrou, ainda, que o primeiro uso ocorreu no contexto de festas, bares, baladas etc., conforme indicam alguns relatos: “*No baile funk*” (P70); “*No bar*” (P8); “*Em festas*” (P95); “*Em festas, bares e baladas*” (P10); “*Foi em uma danceteria*” (P110). Ou, ainda, fizeram o primeiro uso como uma forma de encorajar o enfrentamento de situações estressantes, representadas pela facilidade de socialização trazida: “*Eu usava para ir para festas*” (P12).

### II - O PRIMEIRO CONTATO NO CONTEXTO FAMILIAR E DE RELACIONAMENTOS

No que refere às relações familiares e relacionamentos afetivos, as respostas encontradas nos prontuários sugerem que o primeiro contato com as drogas se deu sob a influência de algum familiar, como observado nas seguintes respostas:

“*Com meu pai*” (P3); “*Com meu primo em Curitiba*” (P149); “*Foi minha cunhada que me ofereceu*” (P25); “*Minhas tias me ofereciam a bebida*” (P16). Ou em circunstâncias

que envolviam familiares: *“Foi em um churrasco em casa, com minha família. Fiquei alcoolizada e fumei crack sem saber o que era”* (P77); *“Meu tio esqueceu um cigarro ao meu alcance”* (P83); *“Comecei por curiosidade. Enrolei um cigarro com o fumo de corda que minha mãe usava”* (P92); *“Comecei socialmente no boteco do meu pai. Roubava do meu pai”* (P20).

As respostas também mostram que as mulheres fazem o primeiro uso no ambiente domiciliar, geralmente às escondidas: *“Eu tomava álcool em casa”* (P115); *“Bebi escondido em casa, mas não gostei porque passei mal”* (P222); *“No portão da minha casa”* (P230); *“Fumei sozinha escondida em casa”* (P214).

Também aparecem respostas do primeiro uso no contexto dos relacionamentos afetivos, como o namorado, às vezes, pela facilitação do parceiro em adquirir a droga ou em companhia para o uso, como se pode observar nos seguintes registros: *“Meu ex-namorado comprava bebida pra nós e depois costumava me agredir”* (P401); *“Através de um ex-namorado”* (P412); *“Usei a primeira vez com meu namorado”* (P402); *“Quando fugi de casa com um namorado de 19 anos”* (P325). “Ou, ainda, por influência de terceiros: *Um dos homens que me violentaram me deu drogas”* (P311).

### III - O PRIMEIRO CONTATO NO CONTEXTO ESCOLAR

O ambiente escolar também aparece nas respostas das mulheres como cenário do primeiro contato com as drogas, conforme ilustram os relatos: *“Foi no banheiro da escola”* (P132); *“Na escola”* (P130); *“Na porta da escola”* (P41); *“Com meu professor, orientador de mestrado”* (P58).

### IV - O PRIMEIRO CONTATO NO CONTEXTO DAS RUAS APÓS MOMENTOS DE ESTRESSE E PERDAS

Algumas mulheres também relataram ter feito contato com as drogas na rua: *“Na Praça da Sé”* (P23); *“Peguei uma bituca do chão na rua e experimentei por curiosidade”* (P122). Alguns prontuários trazem registros do primeiro consumo na rua relacionando-o a eventos estressores, como ter sido expulsa de casa ou sofrido algum tipo de violência: *“Fiquei grávida e minha mãe me expulsou de casa. Fiquei triste e comecei a beber na rua”* (P86); *“Fui aliciada aos 7 anos, não aguentei mais e fui embora de casa. Na rua, experimentei drogas”* (P86).

Ainda aparecem nos prontuários o primeiro contato associado a situações de estresse ou perdas, conforme ilustram as respostas que seguem: *“Foi após a separação dos meus pais; Após a separação do meu marido; Após a separação do meu primeiro marido”* (P88); *“Comecei a beber após o divórcio; Comecei o uso socialmente, mas se intensificou após meu divórcio”* (P25); *“Quando meu filho foi tirado de mim pelo pai dele”* (P24); *“Peguei meu namorado com uma garota de programa”* (P398).

### V - O PRIMEIRO CONTATO NO CONTEXTO DO TRABALHO

O ambiente de trabalho exerceu influência no primeiro contato das mulheres com as drogas, merecendo destaque as atividades relacionadas com o trabalho sexual ou com o tráfico de drogas: *“Era profissional do sexo e comecei a beber”* (P317); *“Quando iniciei a atividade de profissional do sexo”* (P173); *“Eu arrumei um trabalho para vender drogas; foi no tráfico”* (P83).

Observaram-se também, relatos de primeiro contato com as drogas por meio dos colegas do trabalho: *“Foi após começar a trabalhar na empresa X; todos os colegas bebiam”* (P121); *“Quando trabalhava em casa de família como doméstica P216; Eu trabalhava como doméstica e meu patrão me dava bebidas alcoólicas antes das refeições”* (P52).

## Discussão

A análise dos resultados permitiu observar que o primeiro contato com as drogas ocorreu no período da puberdade/adolescência. Esses resultados corroboram os estudos prévios que demonstraram a precocidade da primeira experimentação de SPAs pelas mulheres, entre 10 e 12 anos (GALDURÓZ ET AL., 2004) e entre 13 e 14 anos (MALTA ET AL., 2011). Também revelam que é no período da adolescência que a população, independentemente do sexo, fica mais vulnerável ao primeiro contato com SPAs. Uma vez que as transformações sofridas nesse período vêm, em geral, permeadas de dúvidas, instabilidade emocional e crise de identidade. Além desse fato, pode-se dizer que, por muitas vezes, a SPA é utilizada pelo adolescente como um meio de amenizar os problemas, aliviando as questões que poderiam ser enfrentadas de outras maneiras. Diante do exposto, nota-se a necessidade de trabalhar a prevenção do uso precoce de drogas na adolescência (CANAVEZ; ALVES; CANAVEZ, 2010).

Em relação à primeira SPA experimentada pelas respondentes, observou-se que as drogas lícitas (álcool e tabaco) ficaram respectivamente em primeiro e segundo lugar, seguidas da maconha, em terceiro lugar. Em estudo (BERNARDY; OLIVEIRA, 2010) realizado com jovens de 12 a 18 anos de idade, institucionalizados para tratamento de uso de SPAs, observou-se que a droga utilizada inicialmente pela maior parte dos adolescentes estudados foi a maconha, consumida diariamente, e gradativamente substituída pelo *crack*. Esse estudo revelou ainda que, dentre as drogas ilícitas, a maconha

é a mais frequentemente escolhida pelos adolescentes, independentemente do sexo.

Outro fator importante na escolha das SPAs são os aspectos socioeconômicos: grande parte dos adolescentes não trabalha e não tem renda própria, levando essa população a optar por drogas de baixo custo, como o álcool e a maconha (JESUS ET AL., 2011). Porém, independentemente do custo, o uso de drogas lícitas aumenta significativamente a associação com as ilícitas, sendo que a escala de progressão das SPAs é ordenada em um crescente de iniciação em que primeiramente vem o tabaco ou o álcool, seguido por outras substâncias ilícitas. Assim, a experimentação flui gradativa a partir de SPAs lícitas em direção às ilícitas (IGLESIAS ET AL., 2007).

A análise qualitativa relacionada ao primeiro contato das mulheres com as drogas permitiu compreender que o primeiro contato ocorreu juntamente com os amigos, e que essa experiência com o grupo de pares, na maioria das vezes, aconteceu em festas, bares e baladas ou até mesmo dentro da escola. Resultado semelhante foi encontrado em outro estudo (PRATTA; SANTOS, 2006), que revelou os grupos de pares e a família como os dois principais responsáveis pela iniciação dos adolescentes no uso de SPAs. De acordo com Canavez, Alvez, Canavez (2010), a experimentação acontece pelo fato de o adolescente ter amigos que já usam drogas, gerando uma pressão do grupo na direção do uso.

Nos resultados deste estudo, pode-se observar que os familiares também foram citados por mais de 10% da população estudada, ocupando o terceiro lugar na lista das principais circunstâncias que levam ao primeiro contato com SPAs. A influência da família e dos amigos constitui-se como um dos principais responsáveis pela introdução dos adolescentes ao uso de SPAs. Isso, porque a família, pessoas próximas ou o grupo de amigos servem como modelo de comportamento, sendo que os últimos também exercem pressão social que, particularmente, influencia os adolescentes (DIETZ ET AL., 2011). Estudos demonstram que a

dependência de drogas entre meninas está diretamente associada à falta de controle dos pais. Enquanto as meninas precisam de maior apoio da família como fator de proteção à dependência de drogas, os meninos necessitam de maior apoio de seus pares, sugerindo que as meninas respondem mais ao ambiente familiar (GRIFFIN ET AL., 2000).

Parcela significativa das respostas obtidas nos prontuários mostrou que o primeiro contato com as drogas aconteceu dentro da própria casa, escondido ou até mesmo junto com familiares. Estar em um ambiente onde o uso de SPAs é considerado comum leva a adolescente a consumir tais substâncias (CANAVEZ; ALVES; CANAVEZ, 2010). Assim, os dados desse estudo sugerem que a presença de um familiar usuário de SPAs pode aumentar a probabilidade de contato precoce das mulheres com as drogas.

Os resultados mostraram que em muitos casos o primeiro contato das mulheres com SPAs deu-se na rua. Estudos prévios (D'AMIC; MC CARTHY, 2006) associam o fato de pessoas em situação de rua ter maior uso SPAs devido à disponibilidade ou facilidade de acesso, propiciado pela inexistência de limites ou regras estabelecidas. Além disso, o fato de muitas mulheres estarem em situação de rua pode ter relação com a falta de opções de trabalho, baixa renda, dentre outros, o que proporciona maior vulnerabilidade para o envolvimento com o tráfico, e, assim, maior contato com as SPAs e seu uso (BARCINSKI, 2009), o que também foi demonstrado no mesmo estudo (BARCINSKI, 2009), onde o uso de substâncias também aconteceu após as mulheres começarem a trabalhar com o tráfico de drogas. Além disso, as situações às quais as pessoas que vivem na rua estão expostas, como fome, frio, violência, enfrentamento das adversidades em geral são fatores que predisõem ao uso de drogas.

Este estudo mostrou que o início do uso de SPAs pode estar relacionado com as perdas, separações e decepções decorrentes de relacionamentos afetivos e românticos. Isso sugere que os relacionamentos afetivos

e românticos das adolescentes e as situações de crise podem constituir-se como fatores influentes para iniciação precoce do uso de SPAs. Ainda que mereçam atenção, esses não foram os motivos mais citados, o que sugere que não são os principais determinantes. Pratta e Santos (2006) sugeriram a 'curiosidade' como a principal razão dos adolescentes para o primeiro uso de drogas associados a contextos facilitadores, como amigos que já fazem uso de SPAs, fuga da realidade, dentre outros, os quais também foram encontrados neste estudo.

As limitações deste estudo compreendem a coleta dos prontuários, pois foi realizada em um único serviço especializado da cidade de São Paulo, e as características da população estudada, já que constituídas, em sua maioria, por usuárias moradoras de rua, sem apoio familiar e social, o que pode ter influenciado os resultados. Apesar das limitações apresentadas, este estudo é relevante, pois apresenta resultados relacionados a uma população pouco estudada no Brasil, não apenas quantitativamente como também na compreensão do contexto do primeiro contato com as SPAs por mulheres.

## Conclusão

O estudo mostrou que a adolescência caracteriza-se por um período de suscetibilidade em relação ao primeiro contato com drogas e revelou, ainda, a grande influência do contexto social e familiar na iniciação do uso de SPAs. O primeiro contato se dá predominantemente com as drogas consideradas lícitas, as quais favorecem o uso das substâncias consideradas ilícitas. Os resultados revelam a necessidade de se iniciar o trabalho de prevenção ao uso precoce de SPAs entre as adolescentes, principalmente aquelas de caráter lícito. Tal decisão possibilita a reflexão acerca do emprego de estratégias de intervenção em saúde no âmbito domiciliar, uma vez que os resultados sugerem que o uso

de SPAs tem início no meio familiar e ocorre de maneira reservada quando comparada à população masculina. Novos trabalhos devem ser realizados com intuito de identificar fatores capazes de retardar o primeiro contato das adolescentes com as SPAs.

Os achados também podem contribuir para a construção de estratégias futuras de prevenção e tratamento direcionadas a essa população. A construção dessas estratégias deve seguir as diretrizes da política nacional

de atenção integral à saúde da mulher, que preconiza a dinâmica inclusiva da gestão pública em todos os níveis assistenciais, de forma a atender às demandas emergentes e antigas da saúde da mulher. Dentre estas, as ações de redução da vulnerabilidade na adolescência não devem estar voltadas apenas para a redução de agravos à saúde sexual e reprodutiva da mulher (BRASIL, 2004), mas também a outros aspectos da vida dessas adolescentes, dentre eles o uso precoce de SPAs. ■

## Referências

- BARCINSKI, M. Centralidade de gênero no processo de construção da identidade de mulheres envolvidas na rede do tráfico de drogas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1843-1853, 2009.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2002.
- BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 11-17, 2010.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Tratamento/Populações específicas/ Mulheres. Disponível em: <[http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id\\_conteudo=11423&rastr=TRATAMENTO%2FPopula%C3%A7%C3%B5es+espec%C3%ADficas/Mulheres](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11423&rastr=TRATAMENTO%2FPopula%C3%A7%C3%B5es+espec%C3%ADficas/Mulheres)>. Acesso em: 11 jul. 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf)>. Acesso em: 27 jun. 2013.
- CAMPOS, E. A.; REIS, J. G. Representations on the use of alcohol among women undergoing treatment at a reference center in the city of São Paulo, Brazil. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 539-50, jul./set. 2010.
- CANAVEZ, M. F.; ALVES, A. R.; CANAVEZ, L. S. Fatores predisponentes para o uso precoce de drogas por adolescentes. *Cadernos UniFOA*, Volta Redonda, n. 4, p. 57-63, 2010.
- CARLINI, E. A. *et al.* II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil – 2005. Principais resultados – Estudo comparativo Brasil – 2001 e 2005. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Universidade Federal de São Paulo, 2006. p. 303-319.
- COOK, L. J. Educating women about the hidden dangers of alcohol. *Journal Psychosocial Nurses Mental Health Service*, Philadelphia, v. 42, n. 6, p. 24-31, jun. 2004.
- D'AMICO, E. J.; MC CARTHY, D. M. Escalation and initiation of younger adolescents substance use: The impact of perceived peer use. *Journal adolescent Health*, Philadelphia, v. 39, n. 4, p. 481-487, 2006.
- DIETZ, G. *et al.* As relações interpessoais e o consumo de drogas por adolescentes. SMAD, *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 85-91, maio/ago. 2011.
- GALDURÓZ, J. C. F. *et al.* *V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes de ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras*. São Paulo: Centro Brasileiro de informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2004.

- GALERA, S. A. F.; ROLDÁN, M. C. B.; O'BRIEN, B. Mulheres vivendo no contexto de drogas (e violência) – papel maternal. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, número especial, nov./dez. 2005.
- GRIFFIN, K. W. *et al.* Parenting practices as predictors of substance abuse. *Psychology Addictive Behaviors*, Washington, DC, n. 14, p. 174-84, 2000.
- IGLESIAS, V. *et al.* Early tobacco and alcohol consumption as modifying risk factors on marijuana use. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, p. 4, 2007.
- JESUS, F. B. *et al.* Vulnerabilidade na Adolescência: uma Experiência e Expressão do Adolescente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 359-367, 2011.
- MALBERGIER, A. *et al.* A paridade de gêneros e o uso de drogas: as meninas estão alcançando os meninos? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 34, n. 1, mar. 2012.
- MALTA, D. C. *et al.* Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 14, supl. 1, p. 136-146, 2011.
- PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Levantamento dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes do ensino médio com substâncias psicoativas. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, 2006.
- RENNÓ JR., J. *et al.* Saúde mental da mulher no Brasil: desafios clínicos e perspectivas em pesquisa. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 27, supl. 2, p. S73-6, 2005.
- RODRIGUES, J.; SANTOS, S. M. A.; SPRICCIGO, J. S. Ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental na graduação em enfermagem. *Acta paulista de enfermagem*, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 844-851, 2012.
- VASCONCELOS, A. G. G. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 461-471, 2006.

---

Recebido para publicação em março de 2014

Versão final em fevereiro de 2015

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Influência da prática de atividade física sobre a qualidade de vida de usuários do SUS

*The influence of the practice of physical activity on the quality of life of SUS's patients*

Joel Saraiva Ferreira<sup>1</sup>, Sandra Helena Correia Diettrich<sup>2</sup>, Danielly Amado Pedro<sup>3</sup>

**RESUMO** O estudo objetivou verificar a influência da atividade física sobre a qualidade de vida de participantes e não participantes de um Programa de Atividade Física, atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família, no município de Campo Grande (MS). A população foi constituída de 90 indivíduos com mais de 40 anos, de ambos os sexos, os quais responderam ao questionário SF-36. Os resultados demonstraram diferença estatisticamente significativa entre os grupos, com valores melhores a favor da população praticante de atividade física. Foi possível concluir que tal prática pode contribuir para a melhora da qualidade de vida em programas de promoção da saúde, como o Estratégia Saúde da Família.

**PALAVRAS-CHAVE** Qualidade de vida; Promoção da saúde; Atividade física; Saúde da família.

**ABSTRACT** *The study aimed to investigate the influence of physical activity on the quality of life of participants and not participants of a Physical Activity Program attended in the Family Health Basic Units, in the municipality of Campo Grande-MS. The population was composed of 90 individuals over 40 years, of both sexes, who replied to the questionnaire SF-36. Results showed statistically significant differences between groups, with better values for the physical activity practitioner population. It was possible to conclude that such practice can contribute to the improvement of the quality of life in health promotion programs, such as the Family Health Strategy.*

**KEYWORDS** *Quality of life; Health promotion; Physical activity; Family health.*

<sup>1</sup>Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) - Campo Grande (MS), Brasil.  
falecomjoel@hotmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) - Campo Grande (MS), Brasil.  
shcd1@hotmail.com

<sup>3</sup>Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) - Campo Grande (MS), Brasil.  
daniellyamado@gmail.com

## Introdução

A expressão qualidade de vida, muito discutida nos dias atuais, engloba múltiplos aspectos da vida de um indivíduo e compreende diversos fatores, entre os quais estão as dimensões físicas e emocionais. Para Castellón e Pino (2003), a qualidade de vida é constituída por vários componentes, que podem ser agrupados em: a) bem-estar físico; b) bem-estar material; c) bem-estar social; d) desenvolvimento e atividade; e e) bem-estar emocional.

Conforme Forattini (1992), qualidade de vida é um conceito difícil de ser definido, sendo, por isso, muito mais difícil de ser medido. De acordo com o autor, para estimar a qualidade de vida, aventa-se o emprego de vários dados dos quais resultariam medidas que, de forma genérica, podem ser definidas como objetivas e subjetivas.

Por ser também de caráter subjetivo, a qualidade de vida apresenta-se de forma diferente de pessoa para pessoa, pois depende do entendimento que cada uma tem sobre o assunto e do sentido que dá à sua vida. Iglesias (2002) afirma que os indivíduos têm percepções particulares sobre seus objetivos e planos de vida, portanto, a cada um cabe julgar o quanto as suas expectativas foram alcançadas, a despeito de todos os problemas encontrados. Sendo assim, qualidade de vida pode ser compreendida como a percepção de bem-estar resultante de um conjunto de parâmetros individuais e socioambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano (LANDEIRO ET AL., 2011; MONTEIRO ET AL., 2010). Assim, a medida de qualidade de vida deve compreender a satisfação dos indivíduos com relação aos aspectos considerados importantes para esses mesmos indivíduos.

No que se refere à relação entre a qualidade de vida e a saúde, Nahas (2013) salienta que o ser humano busca indefinidamente a melhoria de suas condições de vida e o máximo de autonomia possível durante toda a sua existência. Múltiplos fatores têm permitido

a humanidade progredir nesse sentido, sendo relevante a evolução das ciências médicas na área da saúde, as alterações do ambiente e a transformação positiva do estilo de vida.

O estilo de vida é um dos componentes do modelo epidemiológico de saúde pública, denominado Campo de Saúde (DEVER, 1988). O grau de acesso em cada conceito do Campo de Saúde é determinado pelo ambiente, pela biologia humana e pelos serviços de saúde, enquanto estilo de vida é uma forma de analisar a qualidade de vida.

No estilo de vida, entre outros comportamentos do ser humano, tem-se a prática da atividade física. A relação entre saúde e prática de atividade física é tida como positiva pelos pesquisadores da área. Estudos confirmam que essa prática atua na prevenção de doenças, assim como na manutenção e recuperação da saúde do indivíduo em todas as faixas etárias (PAFFENBARGER ET AL., 1996; BLAIR ET AL., 1996; PATE ET AL., 1995; MILES, 2007).

Um estilo de vida ativo também pode ser considerado um fator influenciador para a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida, sendo o estilo de vida definido como um conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas (TAIROVA; DI LORENZI, 2011). Um estilo de vida ativo, resultante da prática de atividade física, contribui para a boa condição física, sendo considerado por Araújo e Araújo (2000) um dos fatores importantes para a prevenção e o tratamento de doenças e para a manutenção da saúde, bem como um instrumento precioso para a melhoria de qualidade de vida das pessoas.

Pelas evidências quanto aos efeitos benéficos que produz, a atividade física vem sendo crescentemente inserida em programas de promoção de hábitos saudáveis de vida, de prevenção e mesmo de controle de doenças (MITNITSKI ET AL., 2005 APUD KAYSER ET AL., 2012), considerando que a prática de atividade física regular reduz o risco de mortes prematuras, doenças do coração, acidente vascular cerebral, câncer de cólon, mama e diabetes tipo II. Atua no controle de valores pressóricos



e, conseqüentemente, da pressão arterial, previne o ganho de peso (diminuindo o risco de obesidade), auxilia na prevenção ou redução da osteoporose, promove bem-estar, reduz o estresse, a ansiedade e a depressão, entre outros (WHO, 2004).

A implantação e o apoio aos programas de atividades físicas vinculados às políticas públicas são uma das metas do Ministério da Saúde, no sentido de promover a saúde e a qualidade de vida da população (BRASIL, 2006), a partir da agenda de compromissos pela saúde, de 2005, do Ministério da Saúde, e pela aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde, de 2006. O Pacto pela Vida define a atividade física como uma das suas macroprioridades, que pretende, entre outros: enfatizar a mudança de comportamento da população de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular; articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros (BRASIL, 2006).

Para Malta *et al.* (2009), a indução de atividades físicas/práticas corporais reflete o reconhecimento da importância conferida a um modo de viver ativo como fator de proteção à saúde. Nesse contexto, é possível assumir que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) seriam locais privilegiados para a promoção da saúde, mediante o oferecimento da prática regular de atividade física, tendo em vista que atenderiam parte da população que não possui acesso a esses programas de qualidade ou que pertence a minorias altamente suscetíveis a um estilo de vida inativo (KOKUBUN *ET AL.*, 2007).

“Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” – é o objetivo da Política Nacional de Promoção da Saúde, implantada pelo Ministério da Saúde, e tem como propósito planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde. Tal documento

propõe o desenvolvimento de ações ligadas a várias áreas, entre elas, práticas corporais/atividade física (BRASIL, 2006B P. 17).

Com relação, especificamente, às práticas corporais/atividade física, propõe-se que sejam implantadas ações na rede básica de saúde e na comunidade relacionadas a aconselhamento/divulgação; intersectorialidade; mobilização de parceiros; monitoramento e avaliação (BRASIL, 2006).

Mediante as informações supracitadas, verifica-se que a prática de atividade física é um dos comportamentos que podem contribuir para a qualidade de vida dos indivíduos e/ou coletividades, bem como promover a saúde dos mesmos, quando realizados individualmente ou por meio de programas sustentados por políticas nacionais pactuadas nas diferentes esferas de governo.

No município de Campo Grande, capital do Mato Grosso do Sul, por meio das ações de profissionais de Educação Física, são oferecidos orientação e acompanhamento de atividades físicas aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que buscam atendimento junto às Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). Nem todas as UBSF contam com esse serviço, e, mesmo naquelas onde ele é oferecido, há pacientes que preferem não participar das atividades.

Nas UBSF onde é oferecido o serviço de atividade física/práticas corporais, esse é organizado em grupos específicos, diferenciados conforme os ciclos de vida ou a condição física (hipertensos, diabéticos, gestantes, entre outros). Assim, as atividades oferecidas possibilitam ao usuário do SUS acessar um programa de promoção da saúde, usufruindo de seus benefícios, entre os quais, a possível melhoria da qualidade de vida.

Coutinho (2005) afirma que, no Brasil, já é possível identificar algumas iniciativas de Equipes de Saúde da Família desenvolvendo os projetos relacionados à prática de atividade física como forma de promoção da saúde ou prevenção de doenças. Putzel (2011) considera que tais iniciativas tornam viáveis

a exploração do campo e a identificação das possíveis respostas dos usuários e profissionais da saúde a respeito dos efeitos da atividade física orientada no contexto do SUS.

Posto isso, o presente estudo objetivou verificar a influência da atividade física sobre a qualidade de vida de Participantes de um Programa de Atividade Física (PPAF) e de Não Participantes de um Programa de Atividade Física (NPPAF) que buscaram atendimento nas UBSF de um dos distritos sanitários do município de Campo Grande (MS).

## Materiais e métodos

O estudo se caracterizou como exploratório e comparativo, com delineamento transversal. Para caracterização sociodemográfica da população investigada, foi utilizado um questionário com o qual foram obtidos dados referentes a: idade, sexo e local de residência.

A população investigada foi constituída de indivíduos com mais de 40 anos de idade, de ambos os sexos, residentes no Distrito Sul do município de Campo Grande (MS), atendidos pelas UBSF daquela região, compondo um grupo de 90 pessoas, sendo que, dessas, 45 eram PPAF e 45 eram NPPAF. Para selecionar a amostra, foi aplicada a equação estatística proposta por Krejcie e Morgan (1970), considerando, para isso, a população adscrita no distrito sanitário investigado.

Os dados foram coletados por meio da aplicação do questionário SF-36 (já traduzido e validado para a língua portuguesa), o qual é um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, multidimensional, formado por 36 itens englobados em 8 escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. As pontuações dos escores de qualidade de vida classificadas

nesse instrumento vão de 0 (zero), que é a pior condição, até 100 (cem), que é a melhor condição possível (CICONELLI ET AL., 1999).

Para ambos os grupos, a aplicação do instrumento de coleta de dados foi feita de forma individualizada, em uma sala na UBSF disponibilizada para esse fim, de modo a preservar a privacidade do indivíduo e não atrapalhar as atividades dos demais profissionais de saúde. O questionário foi apresentado aos participantes e preenchido pelos componentes da equipe de pesquisa.

As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do programa estatístico BioEstat 5.3, com o qual se aplicou a estatística descritiva para caracterizar cada um dos subgrupos (PPAF ou NPPAF), além dos testes que demonstraram as diferenças entre os escores obtidos com o questionário SF-36. Para essa comparação, utilizou-se o teste de *Mann-Whitney*, pois uma análise anterior demonstrou que os dados tinham comportamento não paramétrico. Nesse caso, adotou-se um nível de significância de 5%.

Os escores obtidos com a aplicação do questionário SF-36 foram organizados em tabelas, distribuídos por quartil (quatro grupos de 25% cada um deles) obtido em cada grupo da pesquisa. Com isso, foram formadas quatro classes: 1) Valores muito baixos: menores que o percentil 25 da amostra; 2) Valores baixos: do percentil 25 até o percentil 49 da amostra; 3) Valores elevados: do percentil 50 até o percentil 74 da amostra; 4) Valores muito elevados: superiores ou iguais ao percentil 75 da amostra.

Todos os indivíduos pesquisados foram convidados a fazer parte do estudo, e os dados só foram coletados após concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), protocolo n.º 1181.

## Apresentação e discussão dos resultados

Os dados obtidos no estudo são apresentados a seguir. Na *tabela 1*, estão expressos os valores descritivos da amostra do grupo PPAF e do grupo NPPAF, delimitados para este estudo, distribuídos conforme o sexo e a faixa etária.

Na *tabela 2*, os dados apresentados referem-se aos escores de cada domínio avaliado com o questionário SF-36, distribuídos em quatro classes conforme os valores percentilares 25%, 50% e 75%, nos grupos PPAF e NPPAF.

Por fim, a *tabela 3* apresenta uma comparação entre os valores obtidos em cada domínio do questionário SF-36, comparando os dois grupos.

Tabela 1. Caracterização dos grupos PPEF e NPPEF, realizados em Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande (MS), conforme sexo e faixa etária (n=90)

Variável		Participantes de um Programa de Exercício Físico (PPEF)		Não Participantes de um Programa de Exercício Físico (NPPEF)	
		N	%	N	%
Sexo	Masculino	6	11,4	6	11,4
	Feminino	39	88,6	39	88,6
Faixa Etária	40-49 anos	5	11,1	5	11,1
	50-59 anos	13	28,9	12	26,7
	60-69 anos	21	46,6	24	53,3
	= 70 anos	6	13,4	4	8,9

Nota: Elaboração própria

Os dados apresentados na *tabela 1* demonstram que a idade dos componentes dos grupos variou de 61,2 anos para os PPAF, com um desvio padrão de 9,0 anos, para 59,8 para os NPPAF, com desvio padrão de 7,9 anos. Com relação ao gênero, os dois grupos apresentam um maior número de

mulheres na sua composição, com 88,6% da amostra para ambos os grupos. No que se refere à faixa etária, nota-se que o maior quantitativo de pessoas concentra-se no intervalo de 50 a 69 anos, representando 75,5% do grupo de PPAF e 80% do grupo NPPAF.

Tabela 2. Distribuição dos escores de cada domínio avaliado com o questionário SF-36, entre os indivíduos dos grupos PPEF e NPPEF, aplicado em Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande (MS) (n=90)

Domínios	Distribuição dos escores							
	Muito baixo		Baixo		Elevado		Muito elevado	
	PPEF	NPPEF	PPEF	NPPEF	PPEF	NPPEF	PPEF	NPPEF
Capacidade Funcional	2,2%	6,7%	0,0%	17,8%	40,0%	46,7%	57,8%	28,9%
Aspectos Físicos	15,6%	57,8%	2,2%	6,7%	2,2%	4,4%	80,0%	31,1%
Dor	6,7%	24,4%	13,3%	35,6%	46,7%	22,2%	33,3%	17,8%
Saúde Geral	0,0%	8,9%	17,8%	40,0%	48,9%	42,2%	33,3%	8,9%
Vitalidade	0,0%	4,4%	8,9%	28,9%	71,1%	62,2%	20,0%	4,4%
Aspectos Sociais	0,0%	4,4%	6,7%	22,2%	22,2%	17,8%	71,1%	55,6%
Aspectos Emocionais	17,8%	53,3%	11,1%	0,0%	2,2%	2,2%	68,9%	44,4%
Saúde Mental	2,2%	8,9%	11,1%	15,6%	37,8%	37,8%	48,9%	37,8%

Nota: Elaboração própria

Considerando os oito domínios previstos no SF-36 e os escores referentes ao mesmo, a *tabela 2* demonstra a concentração relativa aos componentes dos grupos dispostos para este estudo, sendo que os resultados obtidos nos permitem afirmar que, quando comparam-se os escores situados nas extremidades ‘muito baixo’ e ‘muito elevado’, os dados revelam condições opostas entre os grupos investigados. O escore ‘muito baixo’ apresenta menor concentração de pessoas pertencentes ao grupo PPAF na maioria dos domínios, enquanto o escore ‘muito elevado’ demonstra que os integrantes do grupo NPPAF estão em menor quantidade, quando comparado ao outro grupo. A concentração relativa de PPAF apresenta-se mais próxima dos escores/domínios relacionados a uma

melhor qualidade de vida, quando comparado com o grupo NPPAF.

Dessa forma, é possível compreender que a prática de atividade física pode influenciar o aumento da qualidade de vida das pessoas, ao contrário daquelas que não a praticam. Tal condição atende a um dos objetivos da Portaria n.º 154, aprovada em 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e prevê a prática de atividade física como uma de suas ações, considerando que ela deve propiciar melhoria da qualidade de vida da população, entre outros.

Os resultados apresentados neste estudo corroboram pesquisas prévias que demonstram a influência da atividade física na qualidade de vida das pessoas (MOTA ET AL., 2006; GONÇALVES ET AL., 2011; TOSCANO ; OLIVEIRA, 2009; SILVA ET AL., 2010).

Tabela 3. Distribuição dos escores de cada domínio avaliado com o questionário SF-36, comparando os indivíduos dos grupos PPEF e NPPEF, aplicado em Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande (MS) (n=90)

Domínios	Grupo	Distribuição dos escores			Valor de p
		Mínimo	Mediana	Máximo	
Capacidade Funcional	PPEF	20	80	100	0,0003 *
	NPPEF	15	55	95	
Aspectos Físicos	PPEF	00	100	100	0,0001 *
	NPPEF	00	00	100	
Dor	PPEF	10	64	100	0,0001 *
	NPPEF	00	41	100	
Saúde Geral	PPEF	25	67	100	0,0003 *
	NPPEF	00	51	77	
Vitalidade	PPEF	25	60	95	0,0164 *
	NPPEF	20	55	75	
Aspectos Sociais	PPEF	25	87,5	100	0,0435 *
	NPPEF	12,5	75	100	
Aspectos Emocionais	PPEF	00	100	100	0,0196 *
	NPPEF	00	00	100	
Saúde Mental	PPEF	12	72	100	0,0743
	NPPEF	00	68	100	

Notas: Elaboração própria

\* valores de um mesmo domínio diferem estatisticamente entre si pelo teste de *Mann-Whitney* ( $p < 0,05$ )

Analisando as variáveis apresentadas (tabela 3), os dados nos permitem afirmar que foram obtidas diferenças estatisticamente significativas na maior parte dos domínios entre os grupos investigados (PPAF e NPPEF), indicando uma associação positiva entre atividade física e qualidade de vida. No que se refere ao domínio 'Saúde Mental', percebe-se que, apesar de o referido domínio não apresentar diferença significativa entre os grupos investigados, ambos se encontram com valores altos em suas pontuações, estando mais próximos de 100, o que, de acordo com o SF-36, indica uma melhor qualidade de vida, do que o valor 0, que corresponde a uma pior qualidade de vida.

Nossos achados concordam com o estudo de revisão de literatura sistematizada realizado por Pucci *et al.* (2012), objetivando identificar a associação entre atividade

física e qualidade de vida em adultos, o qual verificou que as pesquisas levantadas apontaram relação positiva entre a prática da atividade física e os domínios 'Função Física', 'Vitalidade', 'Papel Físico', 'Papel Emocional', 'Saúde Geral' e 'Saúde Mental'. Os autores avaliaram trinta e oito estudos, sendo o SF-36 o questionário mais utilizado, entretanto, como os instrumentos utilizados foram distintos, incluíram domínios da qualidade de vida diferentes.

Não obstante as conclusões apontadas no estudo de Pucci *et al.* (2012), as amostras populacionais investigadas foram heterogêneas, sendo os estudos compostos por grupos de idosos, institucionalizados ou não, adultos em programas experimentais de atividade física, adultos em atividade física durante o tempo de lazer, atividade física em pacientes com câncer, adultos em atividade física no

seu transporte, com grupo de mulheres com sobrepeso, grupo de adultos em reabilitação cardiovascular, cardiopatas, entre outros.

A participação em programas comunitários de atividade física, especificamente para usuários do SUS, pode, conforme Putzel *et al.* (2011), melhorar, entre outros aspectos, sua qualidade de vida. Em sua pesquisa, os autores supracitados identificaram que os sujeitos investigados perceberam melhoria na condição física, na socialização, na realização das Atividades de Vida Diária (AVD), diminuição do estresse, provocando perda de peso e melhoria da qualidade de vida.

A relação complexa entre saúde e seus determinantes, no Brasil, impõe o desafio de encontrar mecanismos para o enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Dant). No Brasil, as Dant e as causas externas foram as principais causas de morte em 2009, correspondendo a 85,0% do total de óbitos. Nesse cenário, o Ministério da Saúde propõe, juntamente com outras instituições, o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Dant no Brasil (2011-2012), no qual aborda quatro fatores de risco modificáveis, entre eles, a inatividade física (BRASIL, 2012). Tal proposta converge com a implantação e o apoio aos programas de atividade física vinculados às políticas públicas (BRASIL, 2007), como a aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde, de 2006.

As propostas supracitadas induzem à criação de programas comunitários de atividade física em unidades de saúde, com supervisão profissional, que permitem ao usuário a modificação do estilo de vida de sedentário para ativo, o que, de acordo com Kokubun *et al.* (2007), deve ocorrer por meio do acesso a programas de atividade física de qualidade. Tais programas, na perspectiva de Simões *et al.* (2009), são benéficos para a adoção do estilo de vida ativo e contribuem

para o aumento dos níveis de atividade física e de lazer.

## Considerações finais

A descrição dos elementos que influenciam a qualidade de vida da população atendida em unidades de saúde vinculadas ao SUS é importante para a tomada de decisão dos gestores, uma vez que subsidiam tecnicamente esses profissionais, para a definição de ampliação, manutenção ou redução de investimentos em determinadas áreas de intervenção. No caso do presente estudo, há evidências de que o investimento no oferecimento de programas de atividade física no SUS pode melhorar as condições de vida da população que busca atendimento na atenção primária.

Na realização desta pesquisa, verificou-se que as UBSF podem tornar-se locais privilegiados para a promoção da saúde e da qualidade de vida de seus usuários, proporcionando a esses o acesso a programas de atividade física. Considera-se, também, a possibilidade de estruturação desses programas no espaço das UBSF, em perspectiva mais ampla, onde, além da atividade física em si, esses possam ser acompanhados de ações de aconselhamento, intersectorialidade, monitoramento e avaliação, conforme previsto nas Políticas Públicas de Promoção à Saúde, na medida em que é previsto que as ações desenvolvidas em tal espaço devem ser subsidiadas por essa perspectiva teórica.

Considera-se que estudos envolvendo essa temática, com a especificidade da população investigada, devam ser replicados, pois, de acordo com a revisão de literatura deste estudo, constatou-se que pesquisas envolvendo atividade física e qualidade de vida nessa população ainda são bastante escassas. ■

## Referências

- ARAÚJO, D. S. M. S.; ARAÚJO, C. G. S. Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. *Rev. Bras. Med. Esporte*, Niterói, v. 6, n. 5, p. 194-203, set./out. 2000.
- BLAIR, S. N. *et al.* Physical activity, physical fitness, and all-cause and cancer mortality: a prospective study of men and women. *Ann Epidemiol.*, New York, v. 6, n. 5, p. 452-7, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. 2006. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF. 22 fev. 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 13 ago. 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento de Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2012*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1818](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1818)>. Acesso em: 10 jun. 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. 2 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde 2006, 51 p. (Série B Textos básicos de saúde).
- CASTELLÓN, A.; PINO, S. *Calidad de vida em la atención al mayor*. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, Barcelona, v. 13, n. 3, jul./ago., 2003, p. 188-192.
- CICONELLI, R. M. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev. Bras. de Reumatologia*, São Paulo, v. 39, n.3, jan./fev. 1999, p. 143-150.
- COUTINHO, S. S. *Atividade física no Programa de Saúde da Família, em municípios da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná – Brasil*. 2005. 141f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Universidade do Centro-Oeste do Paraná, Ribeirão Preto, 2005.
- DEVER, G. E. A. *A epidemiologia na administração dos serviços de saúde*. São Paulo: Pioneira, 1988.
- KREJCIE, R. V.; MORGAN, D. W. *Determining sample size for research activities. educacional and psychological measurement*, Santa Barbara, n. 30, p. 607-610, 1970.
- FORATTINI, O. P. *Ecologia, epidemiologia e sociedade*. São Paulo: Artes Médicas – USP, 1992.
- GONÇALVES, A. K. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde de adultos entre 50 e 80 anos praticantes de atividade física regular: aplicação do SF-36. *Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 16, especial, 2011, p. 407-420.
- IGLESIAS, R. B. *Qualidade de vida de alunos trabalhadores que cursam a graduação em enfermagem*. 2002. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, 2002.
- KAYSER, B. *et al.* Caracterização de idosos participantes de programas de atividade física regular. *Rev. Ciênc. Méd. Biol.*, Salvador, v. 11, n. 3, p. 317-321, set./dez. 2012.
- KOKUBUN, E. *et al.* Programa de atividade física em Unidades Básicas de Saúde: relato de experiência no município de Rio Claro-SP. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, Pelotas, v. 12, n. 1, 2007, p. 45-53.
- LANDEIRO, G. M. B. *et al.* Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados Scielo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p. 4257-4266, 2011.
- MALTA, D. C. *et al.* A política nacional de promoção da saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, DF, v. 18. n. 1. mar. 2009, p. 79-86.
- MILES, L. Physical activity and health. *Nutrition Bulletin*, n. 32, p. 314–363, 2007. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-3010.2007.00668.x/abstract>>. Acesso em: 15 de ago. 2014.
- MONTEIRO, R. *et al.* Qualidade de vida em foco. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 568-574, out./dez. 2010.
- MOTA, J. *et al.* Atividade física e qualidade de vida

- associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. *Rev. bras. educ. fis. esporte*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 219-252, jul./set. 2006.
- NAHAS, M. V. *Atividade Física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. 6 ed. Londrina: Midiograf, 2013.
- PAFFENBARGER JR., R. S.; LEE, I. M. Physical activity and fitness for health and longevity. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, Dallas, v. 67, supl. 3, 1996, p. 11-28.
- PATE, R. R. *et al.* Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*, Chicago, v. 273, n. 5, p. 402-7, 1995.
- PUTZEL, M. P. *Efeitos da atividade física no SUS: percepções de usuários e profissionais da saúde*. 2011. 70 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Educação Física) – Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Chapecó, 2011.
- PUCCI, G. C. M. F. *et al.* Associação entre atividade física e qualidade de vida em adultos. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 166-79, fev. 2012.
- SILVA, R. S. *et al.* Atividade física e qualidade de vida. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jan. 2010, p. 115-120.
- SIMOES, E. J. *et al.* Effects of a community-based, professionally supervised intervention on physical activity levels among residents of Recife, Brazil. *Am J Public Health*, New York, v. 99, n.1, p. 68-75, jan. 2009.
- TAIROVA, O. S.; DI LORENZI, D. R. S. Influência do exercício físico na qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa: um estudo caso-controle. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2011, p. 135-145.
- TOSCANO, J. J. O.; OLIVEIRA, A. C. C. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Rev Bras Med Esporte*, Niterói, v. 15, n. 3, p. 169-173, maio/jun. 2009.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Physical activity: direct and indirect health benefits*. Disponível em: <[www.who.int/hpr/physactive/health.benefits.shtml](http://www.who.int/hpr/physactive/health.benefits.shtml)>. Acesso em: 3 out. 2004.

---

Recebido para publicação em fevereiro de 2015  
Versão final em março de 2015  
Conflito de interesse: inexistente  
Suporte financeiro: não houve



# Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG)

## *Evaluation of adult health care in a city pole of Vale do Jequitinhonha (MG)*

Fabiana Angélica de Paula<sup>1</sup>, Cristhiane Carvalhais Reis Silva<sup>2</sup>, Delba Fonseca Santos<sup>3</sup>, Olindo Assis Martins-Filho<sup>4</sup>, Renata Aline de Andrade<sup>5</sup>

**RESUMO** A qualidade da Atenção Primária à Saúde é avaliada a partir da presença e extensão dos atributos essenciais e derivados. O presente estudo avaliou esses atributos (saúde do adulto) na Estratégia Saúde da Família de um município do Vale do Jequitinhonha (MG). Os dados foram coletados por meio do *PCATool*. Foi observado escore geral abaixo do valor considerado satisfatório ( $\geq 6,6$ ), e escores satisfatórios foram identificados para apenas dois atributos. Percebeu-se uma melhor orientação para os atributos em apenas uma área de abrangência. Acredita-se que este trabalho poderá subsidiar futuras práticas e decisões acerca do investimento público, visando ao fortalecimento da atenção primária pelos gestores.

**PALAVRAS-CHAVE** Avaliação em saúde; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família.

**ABSTRACT** *The quality of Primary Health Care is evaluated from the presence and the extent of the essential and derived attributes. This current study has evaluated those attributes (adults' health) in the Family Health Strategy of a municipality located in the Vale of Jequitinhonha (MG). Data were harvested by PCATool. It was observed general score below the value considered satisfactory ( $\geq 6,6$ ) and satisfying scores were identified for only two attributes: It was noticed a better orientation for the attributes in only one area of coverage. It is believed that this work may subsidize future practices and decisions about public investment, aiming at the strengthening of the Primary Care by municipal managers.*

**KEYWORDS** *Health evaluation; Primary Health Care; Family Health Strategy.*

<sup>1</sup>Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) – Diamantina (MG), Brasil. fabiana.paula@ufvjm.edu.br

<sup>2</sup>Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) – Diamantina (MG), Brasil. cristhiane\_carvalhais@hotmail.com

<sup>3</sup>Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) – Diamantina (MG), Brasil. delbafonseca@yahoo.com.br

<sup>4</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto René Rachou – Belo Horizonte (MG), Brasil. oamfilho@cpqrr.fiocruz.br

<sup>5</sup>Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) – Diamantina (MG), Brasil. renata.aline.andrade@gmail.com

## Introdução

Em 2006, o Ministério da Saúde (MS) define a saúde da família como estratégia prioritária para a organização da Atenção Primária à Saúde (APS), levando em consideração os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006). A Estratégia Saúde da Família (ESF) é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2007).

O Brasil, em decorrência do envelhecimento populacional, está enfrentando progressivamente a substituição das doenças infecciosas e transmissíveis por doenças crônicas e degenerativas. Neste sentido, a saúde do adulto torna-se ainda mais importante, sendo necessário questionar sobre o momento em que se deve trabalhar com a prevenção de agravos da saúde.

Diante do aumento da cobertura populacional da ESF e de seus serviços, cresce também a necessidade de produzir conhecimento científico sobre a APS, sendo a avaliação dos serviços de saúde um instrumento importante desse conhecimento (HARZHEIM ET AL., 2005). Desde 1998, o MS vem desenvolvendo ações de avaliação e monitoramento da APS em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde e com instituições de pesquisa, mediante o Pacto pela Atenção Básica, além dos estudos de linhas de base e, mais recentemente, da Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da Estratégia Saúde da Família (FIGUEIREDO, 2013).

Apesar do esforço para o desenvolvimento de instrumentos de aplicabilidade nacional, observa-se que a abrangência dessas avaliações, inclusive da AMQ, ainda é limitada. Reflete-se, assim, a não institucionalização da cultura da avaliação, cujas causas podem estar relacionadas a duas ordens de dificuldades: seja para se chegar a um consenso sobre a pertinência dos resultados produzidos, seja para se utilizar desses

mesmos resultados nos processos decisórios (BRASIL, 2010B) ou pela existência de desafios substanciais para estabelecer parâmetros de qualidade da Atenção Básica que sejam mensuráveis (RIBEIRO, 2009).

O conceito da APS foi sistematizado por Bárbara Starfield (2002) através de atributos denominados essenciais: acesso de primeiro contato, que é a acessibilidade e o uso do serviço a cada novo problema ou acompanhamento rotineiro de saúde; a longitudinalidade, que é o aporte regular de cuidados pela equipe de saúde ao longo do tempo; a integralidade que implica a prestação de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população; e a coordenação, que é a capacidade de garantir a continuidade da atenção no interior da rede de serviços. A autora também define três atributos derivados: a orientação familiar, consideração da família como o sujeito da atenção; a orientação comunitária, que procede do reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto social; e a competência cultural, que envolve a atenção às necessidades de uma população com características culturais especiais.

Com base nessa definição, Starfield e pesquisadores (2002) produziram o instrumento *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*, um instrumento de avaliação da atenção primária voltada para a saúde da criança e um instrumento para a atenção primária voltada para adultos (STARFIELD, 2002; SHI; STARFIELD; XU, 2001).

Ao longo dos anos, essa ferramenta foi utilizada e validada em diversos países, como Espanha e Canadá (PASARÍN ET AL., 2007). No Brasil, estudos utilizando o *PCATool* demonstraram que a ESF teve impacto positivo sobre a mortalidade infantil, sobre a redução de internações por condições sensíveis à APS, sobre a qualidade da atenção pré-natal e de puericultura, assim como ampliação do acesso a serviços de saúde para população vulnerável do ponto de vista socio-sanitário (HARZHEIM, 2013).

Considera-se que os processos de avaliação da satisfação dos usuários nos serviços públicos de saúde podem atuar para a construção de uma nova perspectiva do cuidado e que, além de monitorar as atividades desses serviços, pode fortalecer o controle social e a participação/inclusão dos usuários nos processos de planejamento (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013).

Nesta perspectiva, o presente estudo teve por objetivo avaliar os atributos da APS com ênfase na saúde do adulto, a partir dos usuários pertencentes às áreas de abrangência das equipes de ESF de um município referência do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, medidos por meio do instrumento *PCATool*, versão adulto.

## Método

Foi realizado um estudo de delineamento transversal com uma população composta por adultos, de ambos os gêneros, com idade acima de 20 anos, cadastrados em Equipes de Saúde da Família (EqSF) de um município-polo do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, em 2012. O município contava, à época do estudo, com uma população de 17.091 pessoas com idade acima de 20 anos cadastradas nas sete EqSF do referido estudo, perfazendo uma cobertura populacional de 37,2%.

Assumiu-se prevalência esperada de 50% do evento estudado, com margem de erro estimada de 4% e nível de confiança de 95%. A amostra foi composta por 615 sujeitos.

Os adultos foram selecionados por meio da amostragem aleatória sistemática estratificada, a partir do cadastro dessa faixa etária no Sistema de Informação em Atenção Básica (Siab). Realizou-se, então, a distribuição de modo proporcional à real distribuição dos adultos por EqSF. Foi selecionado para a entrevista o responsável mais velho, a fim de avaliarmos a continuidade da assistência.

O intervalo amostral foi calculado dividindo-se o número total de adultos mais velhos relacionados pelo número amostral da área de abrangência. Em seguida, foram selecionados os adultos, a partir do resultado dessa divisão, aplicando-se o intervalo amostral encontrado.

Utilizou-se para a coleta de dados, o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*PCATool* – do inglês *Primary Care Assessment Tool*), elaborado por Barbara Starfield e colaboradores (STARFIELD, 2002; SHI; STARFIELD; XU, 2001) e validado, no Brasil, na forma de entrevista (HARZHEIM ET AL., 2006).

Os serviços referidos como preferenciais para atendimento à saúde do adulto foram definidos quando o usuário mencionou o mesmo local de atendimento para as três questões iniciais do *PCATool*, referentes à utilização (BRASIL, 2010A).

Foram coletados dados relativos às características demográficas e socioeconômicas. O estrato social foi definido através do Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil, de 2005 (Critério Brasil). Os resultados obtidos na análise do perfil sociodemográfico foram expressos por frequências, por média e desvio padrão.

O cálculo dos escores foi realizado conforme recomendação dos organizadores do questionário *PCATool* – versão Adulto (BRASIL, 2010A). Após processamento dos dados, foram calculados os escores de cada atributo, do essencial (obtido através da média dos atributos essenciais e do grau de afiliação), do derivado (obtido através da média dos atributos derivados) e do geral da atenção primária (valor médio dos atributos essenciais e derivados e do grau de afiliação). Foram considerados altos escores, os valores iguais ou maiores que 6,6, que equivalem a um ajustamento dos escores apontados na escala de *Likert* original a uma escala entre zero e dez, para cada um dos atributos avaliados, conforme recomendação dos estudos mais recentes que aplicam o mesmo instrumento (OLIVEIRA, 2012).

Utilizou-se o programa estatístico *Statistical Package for Social Science (SPSS)* (*SPSS Inc.*, Chicago, Estados Unidos), versão 19.0, com nível de significância  $<0,05$ , bem como o programa Prisma. O teste *Kolmogorov-Smirnov* foi utilizado para avaliar a normalidade dos dados. Devido ao fato da distribuição dos dados ser assimétrica e para avaliar os escores gerais e os escores de cada atributo com relação às áreas de abrangência, utilizou-se o teste *Kruskal-Wallis*, com *Post Hoc* de *Dunn*.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (Protocolo 088/11).

## Resultados e discussão

O município de realização do trabalho está situado na região do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil, com população estimada em 45.880 habitantes (IBGE, 2010). No que tange aos serviços de APS, o município dispõe de nove equipes de ESF, havendo sete equipes na zona urbana e duas na zona rural, abrangendo 67,3% da população; e três equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (Eacs), situadas na zona rural, que abrangem 14,2% da população, totalizando 81,5% de cobertura populacional (DIAMANTINA, 2013).

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*PCATool*) utilizado neste estudo, mede a presença e a extensão dos atributos primários e derivados da atenção primária. Cada atributo é avaliado com relação a um

componente de estrutura e outro de processo da atenção (HARZHEIM ET AL., 2006; BRASIL, 2010A), sendo este o aspecto com maior potencialidade de avaliação da qualidade (DONABEDIAN, 1984), principalmente sob a ótica do usuário – diferentemente dos demais instrumentos, como o utilizado para avaliação da qualidade da ESF, AMQ, ao utilizar uma metodologia de autoavaliação por adesão voluntária dos gestores municipais, sem considerar a avaliação na perspectiva do usuário (BRASIL, 2005), foco principal deste trabalho. Cabe ressaltar que, na fase de coleta de dados deste estudo, a gestão do município em questão não havia aderido ao AMQ e ao PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade).

De 615 indivíduos, observou-se que 64,5% ( $n=397$ ) referiram que recorriam à ESF quando ficavam doentes ou precisavam de conselhos sobre a sua saúde; e 35,5% ( $n=218$ ) declararam utilizar outros serviços, entre os quais, consultório particular (28,8%), pronto atendimento (5,0%), ambulatórios (1,0%) e outros serviços (0,7%), como fonte de cuidado que não aquele ao qual estavam geograficamente adscritos (dados não demonstrados). É interessante enfatizar que, embora, 64,5% dos usuários tenham referido a ESF como provedora do cuidado, outros serviços continuam sendo procurados como fonte primária de atenção, indicando a sobreposição de rede e implantação da ESF como um programa paralelo.

No perfil sociodemográfico da população do estudo, da população que referiu procurar a ESF ( $n=397$ ), observou-se que 71,0% ( $n=282$ ) eram do sexo feminino, com média de idade de 50,5 anos ( $DP \pm 16,1$ ) (tabela 1).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos usuários cadastrados nas Estratégias Saúde da Família (n=397) por área de abrangência do município, 2012

Variáveis	Área 01 (n=66)	Área 02 (n=57)	Área 03 (n=62)	Área 04 (n=43)	Área 05 (n=46)	Área 06 (n=53)	Área 07 (n=70)	Total
Idade (média - DP)	48,7 (±16,5)	48,5 (±14,2)	49,8 (±17,0)	55,9 (±16,3)	46,0 (±14,5)	47,4 (±14,3)	56,9 (±16,4)	50,5 (±16,1)
Sexo								
Masculino (%)	24,2	15,8	30,6	39,5	39,1	18,9	37,1	29,0
Feminino (%)	75,8	84,2	69,4	60,5	60,9	81,1	62,9	71,0
Escolaridade								
Até a 7ª série funda- mental (%)	71,2	57,9	80,6	53,5	43,5	45,3	67,1	61,5
Fundamental completo (%)	10,6	19,3	3,2	14,0	21,7	20,8	1,4	12,1
Médio completo (%)	13,6	19,3	14,5	30,2	32,6	30,2	28,6	23,4
Superior completo (%)	4,5	3,5	1,6	2,3	2,2	3,8	2,9	3,0
Renda								
< que 2 salários míni- mos (%)	89,4	89,5	93,5	72,1	80,4	73,6	97,1	86,4
> que 2 salários míni- mos (%)	10,6	10,5	6,5	27,9	19,6	26,4	2,9	13,6
Estado Civil								
Casado (%)	48,5	33,3	62,9	60,5	52,2	51,9	55,7	51,9
Separado (%)	7,6	10,5	3,2	14,0	8,7	9,4	5,7	8,1
Viúvo (%)	13,6	22,8	14,5	14,0	10,9	11,3	25,7	16,6
Solteiro/não informado (%)	30,3	33,3	19,4	11,6	28,3	28,3	12,9	23,4
Plano de saúde								
Sim (%)	13,6	8,8	3,2	20,9	6,5	20,8	11,4	11,8
Não (%)	86,4	91,2	96,8	79,1	93,5	79,2	88,6	88,2

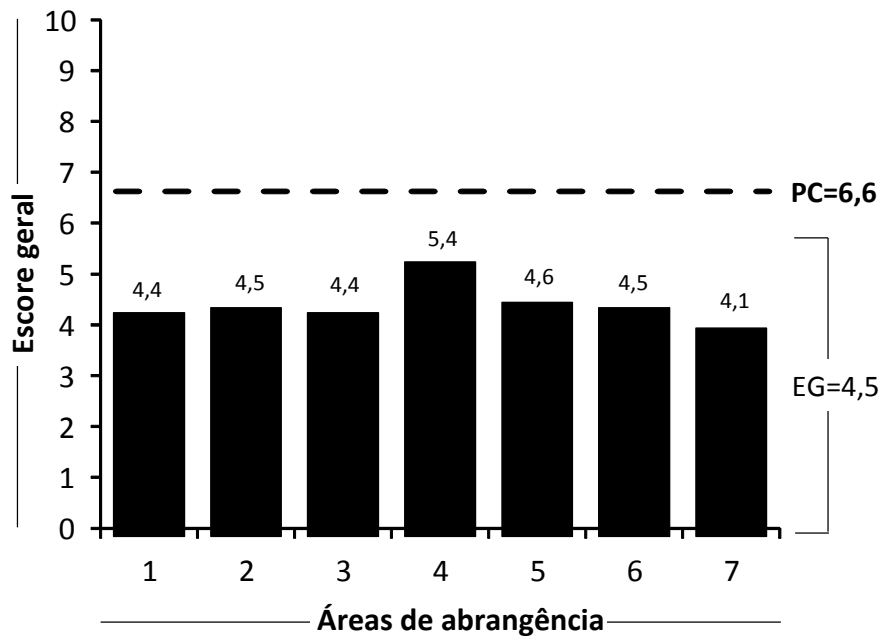
Nota: Elaboração própria

Essa maior demanda feminina para participar da pesquisa acompanha o perfil da transição demográfica brasileira, principalmente em áreas urbanas, que se caracteriza por uma maior concentração de mulheres, com especial ênfase nas idades mais avançadas (PINHEIRO, 2002). 86,4% (n=343) dos entrevistados declararam renda média menor que dois salários mínimos e baixa escolaridade, sendo 61,5% (n=244) com até o ensino fundamental. 51,9% (n=206) eram casados, 16,6% (n=66) eram viúvos (tabela 1). O perfil sociodemográfico dos indivíduos que utilizavam a ESF apontou vulnerabilidade econômica e social. Esses resultados se assemelham a outro trabalho em que os estratos

mais pobres da população utilizavam mais os serviços da ESF como referência para a assistência (SIQUEIRA, 2007). Foi observado que 88,2% (n=350) relataram não possuir plano de saúde (tabela 1). Este dado aproxima-se de outro estudo (SILVA, 2011), em que mais de 80% dos usuários dos serviços de APS não possuíam planos de saúde, confirmando que o SUS é o maior agente de financiamento da atenção à saúde do País.

A média do escore geral para avaliação da APS do município, obtido pelas médias dos escores dos atributos de cada área, resultou em um valor de 4,5 (gráfico 1), abaixo do escore considerado adequado pela literatura (alto escore:  $\geq 6,6$ ), segundo Harzheim *et al.* (2006).

Gráfico 1. Escore geral (EG) por área de abrangência do município, 2012



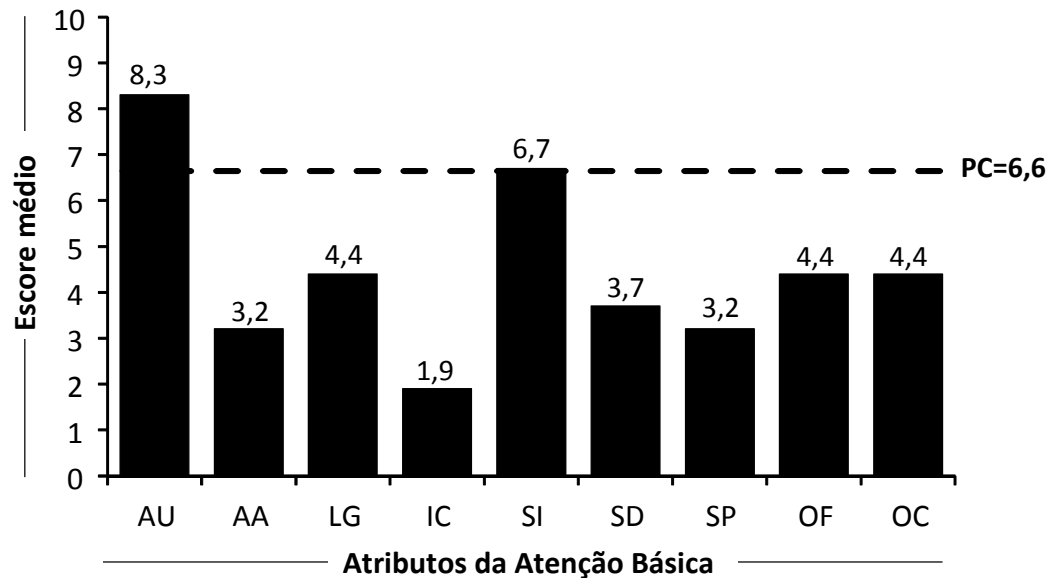
Notas: Elaboração própria

Cada barra representa o escore geral obtido por área de abrangência do município. Escore geral (EG) = 4,5. O ponto de corte (PC=6,6) está representado pela linha tracejada ao longo do gráfico

Percebeu-se que os serviços de saúde escolhidos pelos usuários como fonte regular de atenção à saúde do adulto não estão fornecendo atenção em consonância com os atributos essenciais e derivados da APS. Dessa forma, sendo a ESF um modelo de reorganização e fortalecimento da APS (STARFIELD, 2002), esses achados indicam a necessidade de melhoria do serviço, mediante reformulação do processo de trabalho por parte dos gestores e profissionais de saúde para consolidação da sua efetividade.

Cabe ressaltar, entretanto, que o escore geral obtido para a área 04 (escore = 5,4) mostrou-se superior ao escore geral obtido para as outras áreas (área 01, escore = 4,4; área 02, escore = 4,5; área 03, escore = 4,4; área 05, escore = 4,6; área 06, escore = 4,5 e área 07, escore = 4,1) (gráfico 1). Para melhor compreensão do escore geral observado em cada área estudada, foi identificada a média dos escores de cada atributo de todas as áreas de abrangência (gráfico 2).

Gráfico 2. Escore médio (EM) por atributo da Atenção Básica, 2012



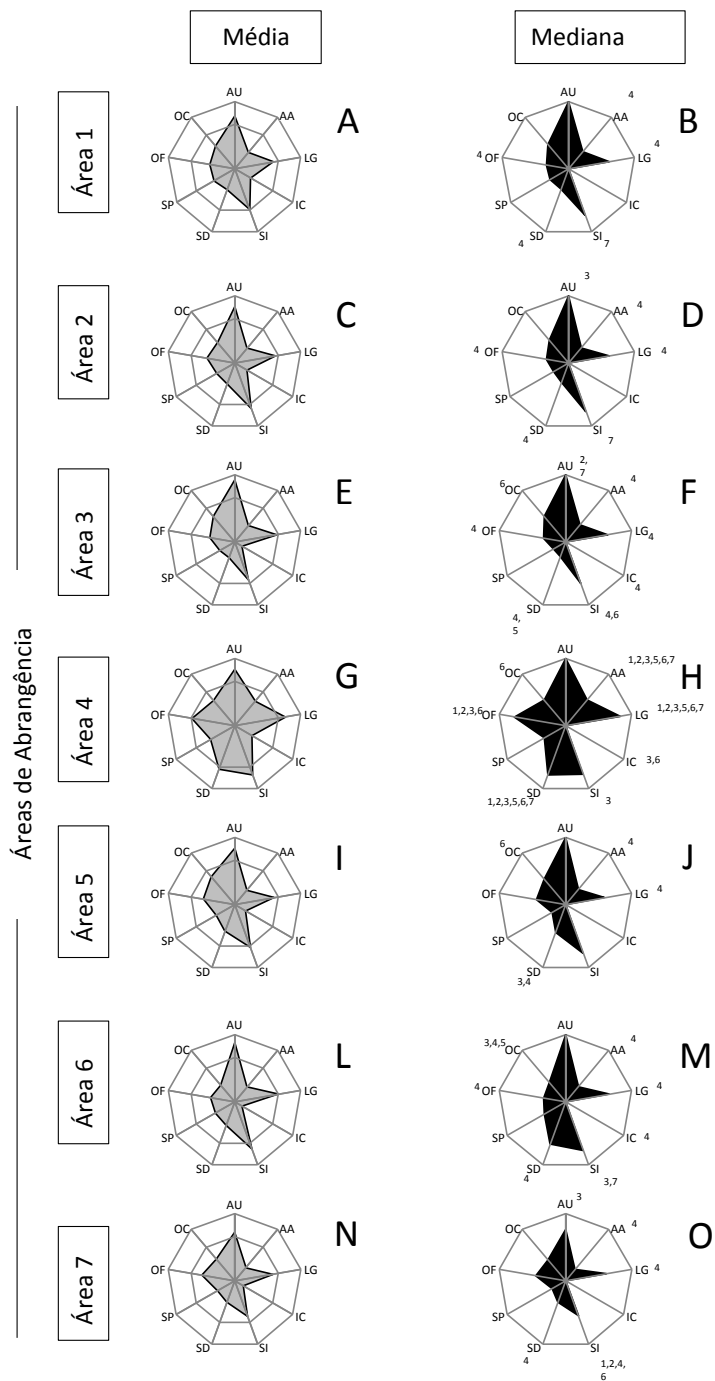
Notas: Elaboração própria

Cada barra representa o escore médio por atributo da Atenção Básica (AU = Acesso de primeiro contato - utilização; AA = Acesso de primeiro contato - acessibilidade; LG = Longitudinalidade; IC = Integração dos cuidados; SI = Sistemas de informação; SD = Serviços disponíveis; SP = Serviços prestados; OF = Orientação familiar; e OC = Orientação comunitária) do município. O ponto de corte (PC=6,6) está representado pela linha tracejada ao longo do gráfico

Verificou-se que apenas os atributos 'Acesso de primeiro contato - Utilização' e 'Sistemas de informação' apresentaram alto escore (acima do ponto de corte 6,6): 8,3 e 6,7, respectivamente. Todos os outros atributos apresentaram baixo escore (abaixo do ponto de corte 6,6), sendo, 3,2 para os atributos 'Acesso de primeiro contato - Acessibilidade' e 'Serviços prestados', 3,7 para o atributo serviços disponíveis, 6,3 para o atributo 'Longitudinalidade', 4,4 para os atributos 'Orientação familiar' e 'Orientação comunitária' e, com a menor pontuação, 1,9 para o atributo 'Integração de cuidados'(gráfico 2).

Para aprofundar a avaliação da APS de cada área de abrangência do município em estudo, com o intuito de compreender os resultados demonstrados no gráfico 2, foi utilizada a média dos valores obtidos para cada atributo, de acordo com orientações contidas no Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - PCATool (BRASIL, 2010A), apresentados em gráfico de radar (figura 1, gráficos à esquerda). Entretanto, por se tratar de escores individuais que apresentaram distribuição não paramétrica para todos os atributos, utilizaram-se medianas para a análise estatística dos dados (figura 1, gráficos à direita).

Figura 1. Avaliação dos atributos da Atenção Básica de cada área de abrangência do município, 2012



Notas: Elaboração própria

Gráficos de radar à esquerda: distribuição dos escores médios dos atributos da Atenção Básica (AU = Acesso de primeiro contato - utilização; AA = Acesso de primeiro contato - acessibilidade; LG = Longitudinalidade; IC = Integração dos cuidados; SI = Sistemas de informação; SD = Serviços disponíveis; SP = Serviços prestados; OF = Orientação familiar; e OC = Orientação comunitária) por área de abrangência do município (escala de 0 a 10 e ponto de corte (PC)=6,6) representado pela linha no centro do radar.

Gráficos de radar à direita: comparações múltiplas das medianas dos atributos da Atenção Básica entre as áreas de abrangência do município. Utilizou-se Teste Kruskal-Wallis, com Post Hoc de Dunn ( $p < 0,05$ ). Diferenças estatísticas entre as áreas são representadas pelos números sobrescritos às siglas de cada atributo



Na análise do atributo ‘Acesso de primeiro contato – Utilização’ (AU), a avaliação foi favorável em todas as áreas de abrangência (*figura 1*, gráficos à esquerda). Pôde-se perceber, também, um padrão mais uniforme na avaliação: a área 03 diferiu significativamente apenas das áreas 02 e 07 (*figura 1*, gráfico F). A avaliação favorável e homogênea desse atributo já era esperada, levando-se em conta a população estudada (usuários que referiram a ESF como responsável pelo seu cuidado, n=397). Embora o estudo apresente essa limitação, outro estudo já identificou um bom desempenho da ESF como porta de entrada para o serviço de saúde (GIOVANELLA ET AL., 2009).

Adicionalmente, apesar de todas as áreas de abrangência das EqSF terem ficado aquém do nível satisfatório para o atributo ‘Acesso de primeiro contato – Acessibilidade’ (AA) (*figura 1*, gráficos A, C, E, I, L, N), a área de abrangência 04 apresentou melhor projeção (escore = 5,0) (*figura 1*, gráfico G) e diferiu estatisticamente de todas as outras áreas avaliadas (*figura 1*, gráfico H). Pode-se inferir que a área 04 esteja sendo contemplada com melhor oferta de serviços por parte da equipe responsável pela população adscrita, sem que haja maiores barreiras geográficas restritivas ao seu acesso. Entretanto, os resultados encontrados para as outras áreas do município indicaram que esse atributo é um desafio a ser enfrentado. O achado mostrou-se semelhante a estudo realizado no município de Colombo (PR) (OLIVEIRA, 2012), que utilizou *PCATool* infantil para avaliação dos atributos da APS.

Na avaliação do atributo ‘Longitudinalidade’ (LG), foi observado baixo escore ( $\leq 6,6$ ) em cinco áreas (*figura 1*, gráficos A, C, E, I e N), exceto nas áreas 04 e 06 (*figura 1*, gráficos G e L). Esse atributo é considerado característica central da APS, segundo Braz (2012), e está fortemente relacionado à boa comunicação, que tende a favorecer o acompanhamento do paciente, a continuidade e a efetividade do tratamento, contribuindo para a implementação de ações de promoção e de prevenção de agravos

de alta prevalência. Apesar desse resultado geral não satisfatório, a área de abrangência 04 apresentou desempenho elevado (escore = 8,3), com diferença estatisticamente significativa em relação às demais áreas (*figura 1*, gráfico H). Contrariamente, em estudo conduzido por Silva *et al.* (2014), em município-polo do Norte de Minas Gerais, o atributo longitudinalidade apresentou-se com percentual significativamente maior de avaliações de alto escore entre os usuários da ESF (80%).

Na avaliação do atributo ‘Integração de Cuidados’ (IC), os valores ficaram muito aquém do escore desejável em todas as áreas avaliadas (*figura 1*, gráficos à esquerda). Resultado semelhante foi encontrado em Sobral (CE), em que, na opinião dos usuários das 15 unidades de saúde da família, 11 apresentaram baixo escore para esse atributo (CARNEIRO ET AL., 2014). Esses achados sugerem a ausência de um sistema organizado, com fragmentação da atenção nos diferentes níveis locais de prestação de serviços, e reforça a falta de uma sólida informação de base, bem como a necessidade de estratégias sistemáticas para desenvolvê-la (STARFIELD, 2002). Assim, potencializar a APS como centro ordenadora e integradora das redes de serviços e das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde é um dos principais desafios segundo os gestores municipais (GIOVANELLA ET AL., 2009).

Na avaliação do atributo ‘Sistema de informações’ (SI), houve avaliação favorável em quatro áreas (02, 04, 05, 06) (*figura 1*, gráficos C, G, I e L, respectivamente) e desfavorável em três áreas (01, 03 e 07) (*figura 1*, gráficos A, E e N, respectivamente). Menores valores de mediana foram observados nas áreas 03 e 07 (6,6 e 5,5 respectivamente) (*figura 1*, gráficos F e O, respectivamente). Diferenças estatísticas também foram verificadas: área 07 difere das áreas 01, 02, 04 e 06 (*figura 1*, gráfico O); e área 03 difere das áreas 04 e 06 (*figura 1*, gráfico F). Em estudo de Carneiro *et al.* (2014), foi observado que, em um total de 15 unidades avaliadas, apenas uma obteve escore abaixo

da média para esse atributo. Tais achados sugerem que os profissionais e usuários de algumas áreas possuem adequado acesso aos registros de atendimentos em prontuários, condição importante para um bom acompanhamento de usuários e famílias pelos serviços de saúde, enquanto outras, não.

Na análise do atributo ‘Serviços Disponíveis’ (SD), somente a área 04 atingiu escore favorável (7,8) (*figura 1*, gráfico G) e se apresentou diferente, estatisticamente, de todas as outras áreas (*figura 1*, gráfico H). No tocante às dimensões da integralidade ‘Serviços Disponíveis’, observaram-se valores do escore aquém do ideal também no estudo de Braz (2012). Na avaliação do atributo ‘Serviços prestados’ (SP), todas as áreas apresentaram médias abaixo do ponto de corte (*figura 1*, gráficos à esquerda), e não foram demonstradas diferenças significativas entre as EqSF avaliadas (*figura 1*, gráficos à direita). A avaliação negativa do atributo ‘Integralidade’ sugere que nem todas as ações de promoção e prevenção da saúde, voltadas ao cuidado integral ao adulto estão sendo executadas de forma efetiva, exceto na área 04. Contrariamente, em estudo utilizando inquéritos do PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), 73% dos usuários consideraram que a equipe busca resolver suas necessidades na própria unidade, avaliando positivamente a integralidade (FAUSTO ET AL., 2014).

Com relação à avaliação do atributo ‘Orientação Familiar’ (OF), todas as áreas apresentaram médias abaixo do ponto de corte, (*figura 1*, gráficos à esquerda), achado que reflete o quanto a família não tem sido destaque no processo de formação e de assistência à saúde nas unidades de EqSF municipais. Em outro estudo, realizado por Pimenta *et al.* (2008), em uma ESF de Amparo, São Paulo, utilizando o *PCATool*, o atributo ‘orientação familiar’ apresentou, na experiência dos usuários, o escore mais baixo. Oliveira (2012, p. 91) cita em seu trabalho uma afirmativa feita por Freitas (2008), de

que embora a ESF desde a sua implantação apresente como foco a família, não se evidencia, nos documentos analisados e especialmente na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), nas proposições tecnológicas e finalidades a valorização da família e de suas redes de relações.

Os resultados encontrados na área de abrangência 04 mostraram diferenças estatísticas de outras quatro áreas (áreas 01, 02, 03 e 06), apresentando-se com melhor orientação para esse atributo (*figura 1*, gráfico H), o que sugere que essa área focaliza a família de forma diferenciada.

A respeito do atributo ‘Orientação Comunitária’ (OC), todas as áreas apresentaram médias abaixo do ponto de corte (*figura 1*, gráficos à esquerda). Cabe enfatizar que a área 04 apresentou escore médio muito próximo ao ponto de corte (escore = 6,5) (*figura 1*, gráfico G). Na avaliação comparativa entre as áreas, constataram-se diferenças estatísticas negativas da área 06 em relação a três outras áreas (áreas 03, 04 e 05), pois, a área 06 apresentou o pior desempenho para tal atributo, com valor de mediana igual a 3,8 (*figura 1*, gráfico M). Tal resultado evidencia que a atenção à saúde desenvolvida pelas EqSF não está focalizando corretamente a comunidade na qual estão inseridas. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Braz (2012) e Alencar *et al.* (2014), em que o atributo não teve sequer uma avaliação satisfatória pelos usuários.

Verificaram-se diferenças pertinentes entre as diversas áreas que compõem o município, o que aponta uma necessidade de sistematização das ações e serviços. Uma provável explicação para a heterogeneidade dos resultados apresentados por cada área de abrangência, com relação à operacionalização dos atributos da APS, pode estar associada a diferentes estruturas, tanto físicas quanto organizacionais, das equipes responsáveis por tais áreas, além de influência de determinantes sociais, comprometendo todo um processo de trabalho e, conseqüentemente, o processo avaliativo.

É importante salientar que o método de avaliação dos serviços proposto pelo *PCATool* é muito eficaz, porém, é necessário avançar nas investigações de estrutura, processo de trabalho e determinação social.

As limitações do estudo ocorreram em consequência do instrumento *PCATool*. A primeira é considerar, para o cálculo dos Escores Essencial e Geral, que os atributos tenham os mesmos 'pesos' na medida da orientação à APS. A segunda reside em utilizar apenas a experiência dos atores envolvidos na atenção como critério avaliador, não incorporando, por exemplo, a avaliação técnica do serviço prestado.

Além disso, outras limitações são aquelas inerentes à pesquisa avaliativa, transversal, sujeita às limitações próprias desse tipo de delineamento. Uma delas é a validade externa, já que os resultados da pesquisa avaliativa de serviços devem ser discutidos considerando-se a realidade local dos serviços.

## Conclusão

Os componentes avaliados permitiram apontar que alguns atributos da APS não estão sendo efetivados no que se refere à

assistência integral à saúde do adulto no município estudado. Os achados evidenciaram uma ineficiência do serviço em prover as necessidades de saúde da população adulta. O cuidado integral, não se encontra articulado às reais necessidades dos indivíduos, das famílias e comunidades, não sendo capaz de contribuir para a ampliação do conceito de saúde e/ou do viver saudável, além de não possibilitar elementos para a consolidação da ESF.

Os resultados apresentados neste estudo trazem importantes implicações para os serviços avaliados e também para as políticas públicas de atenção à saúde do adulto. Por isso, espera-se que a divulgação dessas evidências aos gestores e profissionais de saúde possibilite e gere discussões, transformações e reorganização de suas práticas, possibilitando uma maior inserção da população na formulação das atividades, rumo à reformulação do sistema de saúde hegemônico vigente.

Acredita-se que este trabalho poderá subsidiar futuras práticas e decisões acerca do investimento público, visando ao fortalecimento da Atenção Básica pelos gestores municipais. ■

## Referências

- ALENCAR, M. N. *et al.* Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 353-364, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- \_\_\_\_\_. 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*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *O que é AMQ?* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/proesf/docs/geral/4-OficinaSGP2-AMQ.pdf>>. Acesso: 15 jun. 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Avaliação na atenção básica em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.
- BRANDÃO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 103-114, 2013.
- BRAZ, J. C. *Avaliação da atenção às crianças menores de um ano nas Estratégias de Saúde da Família em um município da Bahia, sob a ótica dos cuidadores*. 2012. 86 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2012.
- CARNEIRO, M. S. M. *et al.* Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 279-295, out. 2014.
- DIAMANTINA (Cidade). Secretaria municipal de Diamantina, 2013. Disponível em: <<http://www.diamantina.mg.gov.br>>. Acesso em: 15 jun. 2013.
- FAUSTO, M. C. R. *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 em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 13-33, out. 2014.
- FIGUEIREDO, A. M. *et al.* Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, DF, v. 22, n. 1, p. 41-48, 2013.
- FREITAS, M. L. A. *Referências de qualidade relativas ao programa de saúde da família: um estudo em documentos da política de saúde nacional*. 2008. 233 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, 2008.
- GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.
- HARZHEIM, E. *et al.* Revisão sistemática sobre aspectos metodológicos das pesquisas em atenção primária no Brasil. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, v. 49, n. 4, p. 248-252, 2005.
- HARZHEIM, E. *et al.* Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, 2006.
- HARZHEIM, E. *et al.* *Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro*. Porto Alegre: OPAS, 2013.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Cidades*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso: 1 mar. 2013.

- OLIVEIRA, V. B. C. A. *Avaliação da Atenção Primária à Saúde da criança no município de Colombo – PR*. 2012. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2012.
- SILVA, C. S. O. *et al.* Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4407-4415, 2014.
- PASARÍN, M. I. An instrument to evaluate primary health care from the population perspective. *Aten Primaria*, Barcelona, v. 39, n. 8, p. 395-401, 2007.
- PIMENTA, A. *et al.* Pesquisa sobre organização e desempenho das Unidades de Saúde da Família de Amparo (SP): utilização de metodologia de avaliação rápida. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 42, p. 102-117, 2008.
- PINHEIRO, R. S. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.
- RIBEIRO, L. C. C. *Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família*. 2009. 105 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.
- SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the adult primary care assessment tool. *The Journal of Family Practice*, Oxford, v. 50, n. 2, p. 161-75, 2001.
- SILVA, Z. P. *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3807-3816, 2011.
- SIQUEIRA, B. R. *Miséria*. 3 ed. Rio de Janeiro: KroArts, 2007.
- STARFIELD, B. *Primary care: concept, evaluation and policy*. New York: Oxford University Press, 1992.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

---

Recebido para publicação em abril de 2014  
Versão final em janeiro de 2015  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# A natureza jurídica pública dos serviços de saúde e o regime de complementaridade dos serviços privados à rede pública do Sistema Único de Saúde

*Public legal nature of health services and the complementarity regime of private services to the Unified Health System*

Lenir Santos<sup>1</sup>

---

**RESUMO** Análise do regime de complementaridade dos serviços privados ao Sistema Único de Saúde, mediante contrato ou convênio, e da natureza jurídica pública dos serviços de saúde. O regime de complementaridade dos serviços privados aos serviços públicos de saúde tem sido discutido de maneira bastante simplificada. Este estudo pretende fazer uma análise a respeito das características das ações e dos serviços de saúde, que decorrem do direito à saúde e à vida e contaminam sua execução, independentemente de sua titularidade pública ou privada. Além disso, o regime de complementaridade não configura nem fomento nem colaboração ao sentido da Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014.

**PALAVRAS-CHAVE** Cobertura de serviços privados de saúde; Cobertura de serviços públicos de saúde; Sistema Único de Saúde.

**ABSTRACT** *Analysis of the complementarity regime of private services to Unified Health System, by contract or agreement and of the public legal nature of health services. The complementary system of private services to public health services has been discussed in a very simplified manner. This study aims to make a brief analysis about the characteristics of actions and health services that derive from the right to health and life and that contaminate its execution regardless of their public or private ownership. Besides, the complementarity regime does not configure neither promotion nor collaboration in the sense of Law 13.019, of July 31, 2014.*

**KEYWORDS** *Private health care coverage; State health care coverage; Unified Health System.*

<sup>1</sup>Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa) - Campinas (SP), Brasil. Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Departamento de Saúde Coletiva - Campinas (SP), Brasil. santoslenir@terra.com.br

## Introdução

Trata-se de análise do regime de complementaridade dos serviços privados ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante contrato ou convênio, conforme disposto no Art. 199, § 1º, da Constituição Federal (CF) e no Art. 24 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). O regime da complementaridade no âmbito do SUS não tem sido objeto de muitos estudos e debates, sendo necessário o seu aprofundamento, em especial ante à recente Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014, que trata do marco do terceiro setor (BRASIL, 2014).

O regime de complementaridade dos serviços privados aos serviços públicos de saúde tem sido discutido de maneira bastante simplificada, requerendo maior aprofundamento em razão da lei mencionada no parágrafo acima, que agora exigirá esforços no sentido de melhor situar a complementaridade na saúde pública, devido às características essenciais dos serviços de saúde, por decorrerem de direito fundamental, essencial à manutenção da vida e da garantia de sua dignidade.

Este estudo pretende fazer uma análise a respeito dessas características das ações e serviços de saúde, que decorrem do direito à saúde e à vida e que contaminam sua execução, independentemente de sua titularidade pública ou privada. A regulamentação das ações e serviços de saúde, que compete ao poder público, nos termos do Art. 197 da CF, não pode ignorar sua relevância como serviço que decorre de direito fundamental.

Releva notar ainda que o regime de complementaridade dos serviços privados à rede pública de saúde, nos termos do § 1º do Art. 199 da CF e do Art. 24 da Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990), não configura nem fomento nem colaboração ao sentido da Lei nº 13.019/2014, não incidindo sobre tal regime seus mandamentos legais. Por isso, até poderíamos entender que a previsão no Art. 3º, inciso II, da Lei nº 13.019/2014 (BRASIL, 2014), de que as

suas disposições não se aplicam às ‘transferências voluntárias’ regidas por lei específica naquilo em que houver disposição expressa em contrário, alcançaria o regime da complementaridade do SUS estabelecido pela Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990). No entanto, a questão exige maiores reflexões pela necessidade de diferenciar a natureza das despesas realizadas no âmbito do SUS das modalidades de transferências de recursos existentes, sejam entre entes federativos, para pagamento de prestação de serviços ou para o fomento *lato sensu*. Tratei desse tema em recente artigo, que defende a não aplicabilidade da Lei nº 13.019/2014, do qual o presente artigo é um desdobramento.

Por isso, é fundamental situarmos juridicamente o regime da complementaridade dos serviços privados ao SUS, na forma prevista na CF e na Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990).

## Do Sistema Único de Saúde e o regime de complementaridade de sua rede de serviços

A política de saúde e os serviços dela decorrentes são regidos pelos artigos 196 a 200 da CF e por um conjunto de leis que lhes dão configuração técnico-administrativa bastante diferenciada dos demais setores públicos no tocante à sua organização e ao seu funcionamento. Seu principal marco legal é a Lei nº 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 1990).

Por determinação constitucional, o SUS é um sistema que integra ações e serviços públicos de saúde, em rede regionalizada e hierarquizada, o qual pode contar de forma complementar com os serviços privados de saúde, com ou sem fins lucrativos, com preferência para estes últimos (BRASIL, 1988, p. 41).

Art. 198. As ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e

hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Primeiramente, o serviço público deve se estruturar em rede, em região de saúde, mediante a integração dos serviços dos entes federativos, sob o modelo técnico-sanitário de organização dos serviços de menor ao de maior complexidade tecnológica, com a atenção primária como porta principal e ‘ordenadora’ do sistema regional.

Nesse sentido, o serviço de atenção primária ou atenção básica (que, para nós, são sinônimos) não deve ser objeto de transferência ao setor privado no sentido de sua gestão indireta por organização social, por exemplo, tampouco complementado pelo setor privado (regime da complementaridade), por envolver poder de autoridade do Estado, em razão de ser o que ordena os demais, incumbindo-se das referências sanitárias e dos registros primários e permanentes da atenção à saúde, os quais devem conter a história de saúde do cidadão, sua trajetória no sistema de saúde, com todos os seus itinerários terapêuticos.

Em um segundo momento, a rede regionalizada pública poderá ser complementada por serviços do setor privado, sempre que o poder público verificar que suas disponibilidades são insuficientes, com preferência para as entidades sem finalidades lucrativas, excetuando-se a atenção primária, como dito acima.

Essa complementaridade, que permite ao poder público, em razão de sua insuficiência, garantir assistência à saúde à população mediante a conjugação de serviços de titularidade pública com os de titularidade privada, requer análise sobre a sua natureza, uma vez que essa complementação tanto poderá ser realizada por entidades privadas lucrativas como por entidades sem fins lucrativos, não havendo distinção entre elas no tocante ao objeto da prestação dos serviços. Ambas podem prestar os mesmos serviços, remunerados pelos mesmos valores, desde que os tenham e atendam aos requisitos técnicos impostos pela administração pública (BRASIL, 1990) e se submetam às suas diretrizes quanto ao seu funcionamento.

Lembremos, por oportuno, que ‘saúde’<sup>1</sup> é um termo polissêmico por comportar muitas variáveis, visíveis na própria definição da Organização Mundial da Saúde – “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não consistindo somente na ausência de doenças ou enfermidade” (SANTOS, 2010, P. 28) –, que parece descrever o estado de felicidade, ao invés do de saúde, ou confundir ambos. Por isso, importa dizer que o SUS não compreende tudo o que a saúde pode significar, cabendo-lhe cuidar das ações e serviços de ‘proteção, promoção e recuperação da saúde’, o que já não é pouco e também requerer balizas e enquadramentos por ter custo.

A própria CF, ao permitir que o setor privado nela atue, por não ser considerada como monopólio nem exclusividade pública, referiu-se à ‘assistência à saúde’ e não ao termo ‘saúde’ *lato senso*<sup>2</sup>. O setor privado não pode, por exemplo, atuar na proteção pública da saúde, atividade reservada à vigilância em saúde, privativa do poder público.

Os serviços do regime da complementaridade da rede SUS não estaria, ainda que de modo enviesado por não haver um bom enquadramento do serviço definido na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 (BRASIL, 1993), com características próprias da

<sup>1</sup> “A Constituição brasileira conferiu à saúde uma dimensão que vai além da biologia – uma dimensão biopolítica e social. [...] O direito à saúde, assim posto, exige que seja garantido ao cidadão viver em ambiente sadio, cabendo ao Estado à adoção de políticas sociais e econômicas que visem à redução das doenças, além de garantir acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde [...] responsabilidade do Sistema Único de Saúde [...]” (SANTOS, 2010, P. 25).

<sup>2</sup> Pelo fato de os serviços de saúde terem características próprias organizativas, como rede, região, hierarquização de serviços, direção única em cada esfera de governo, a Lei de Licitação e Contratos deve ser aplicada respeitando-se essas especificidades.



saúde, Possui multifacetada, como remuneração pré-estabelecida em tabela; sujeição aos regulamentos do SUS; e integração ao SUS organizado em níveis de complexidade crescente, que compõem uma rede regional de saúde, sujeitando-se aos referenciamentos do próprio sistema e a outras normas. Imagine-se pensar a rede SUS como projeto básico, projeto executivo, técnica e preço, escolha de melhor proposta etc.

Esse é um tema caro ao SUS, que, até o presente momento, não foi equacionado adequadamente, pendente ainda na formalização de muitos contratos entre entes públicos e o setor privado e em como devem ser feitas as escolhas dentro dos princípios da administração pública. Sempre defendi que, na maioria das vezes, a inexigibilidade de licitações está presente pelas características próprias da saúde, como a organização dos serviços em rede, que requer, na maioria das vezes, chamamento para ‘negociação entre todos os interessados em participar do SUS complementarmente’. A inexigibilidade é muito mais presente do que se pode pensar, na área da saúde.

Di Pietro (2006) entende que esses contratos de complementaridade de serviços se encaixariam no conceito dos serviços regulamentados pela Lei de Licitação e Contratos<sup>3</sup>, mesmo quando a entidade fosse sem fins lucrativos, desde que houvesse prestação de serviços e remuneração, defendendo, ainda, a existência, presentes seus pressupostos, da parceria no âmbito do SUS, quando o convênio seria a modalidade jurídica adequada.

Como a ‘complementaridade’ do serviço no SUS não traz em si distinção entre ser, o mesmo, ‘lucrativo ou não’, importa a discussão, a ser travada mais adiante, sobre a ‘preferência’ de participar dessa rede garantida às entidades sem fins lucrativos.

O Art. 4º da Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990), bem como o Art. 24, reforça o entendimento de que a complementaridade de serviços é um regime diferenciado do regime de parceria e fomento, conforme vimos acima no tocante ao seu elemento orçamentário.

A complementaridade na Lei nº 8.080/1990 está definida no § 2º do Art. 4º:

Art. 4º. O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). [...] § 2º. A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde, em caráter complementar. (BRASIL, 1990).

As normas sobre a participação complementar – o Capítulo II da Lei nº 8.080/1990 demandaria regulamentação para elucidar dúvidas que sempre permaneceram nessa relação, em especial a questão da preferência das entidades sem fins lucrativos, bem como a própria licitação nem sempre viável, posto que, na maioria das vezes, cabe a declaração de inexigibilidade de licitar em razão das características organizativas do SUS – determinam que, quando as disponibilidades públicas forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o SUS poderá recorrer aos serviços ‘ofertados’ pela iniciativa privada, devendo formalizar a relação jurídica, mediante ‘contrato ou convênio’, observadas as normas de direito público.

Dispõe, ainda, em respeito à determinação constitucional, que as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do SUS (Art. 25) (BRASIL, 1990). Defendi, durante muito tempo, que a ‘preferência’ imporia um regime de parceria entre o poder público e a entidade filantrópica, mas após novas reflexões a respeito do tema, entendo que a complementação dos serviços privados de saúde à rede pública de saúde tem um regime próprio. Seriam necessários regramentos sobre essa complementaridade, tendo em vista tratar-se de uma rede pública de saúde, integrada pelo setor privado lucrativo ou não, os quais se sujeitam a regras próprias de contratação, nunca reguladas (CARVALHO; SANTOS, 2004).

<sup>3</sup> Assegurado pelo Estado, tanto em seu sentido lato de garantia de qualidade de vida como no sentido estrito de garantia de serviços que protejam e recuperem a saúde, permitindo, ainda, à iniciativa privada atuação no campo da recuperação da saúde, sob controle público, até mesmo para a salvaguarda do direito em razão da essencialidade.

É importante destacar que o prestador do serviço privado, em especial hospitais e laboratórios, na grande maioria das vezes, sempre contratualiza com o SUS 'parte' de seus serviços, coexistido no mesmo serviço, parcela de atendimento ao SUS, sujeita às suas diretrizes, e parcela sujeita aos regulamentos do próprio prestador.

Há os que defendem, contrariamente ao meu entendimento, que, na participação complementar há 'delegação', conforme ocorre com os serviços exclusivos. Soaria bastante estranha essa delegação, 'para serviços que já existem sem delegação' e que podem continuar existindo após o término do contrato com o poder público, além do fato de o contrato ter como objeto, geralmente, apenas 'parte' do serviço existente da entidade. Para uma parte do serviço haveria delegação e para a outra não. A delegação não pode apenas se referir à possibilidade de a entidade prestar os seus serviços (já existentes) aos usuários do SUS, mediante contrato. A delegação, nesse caso, seria para participar do SUS, o que não é uma delegação por não haver outorga, traspasse de competência nessa relação contratual, mas tão somente a possibilidade de utilização de um serviço privado pelo usuário do SUS, sujeito às suas diretrizes. Encerrado o contrato, o serviço continuará existindo normalmente (MÂNICA, 2010).

Essas avenças abrangem indistintamente o setor privado lucrativo e o sem fins lucrativos. Não há diferenciação dos serviços complementares de saúde prestados por entidades com finalidades lucrativas e por entidades sem finalidades lucrativas em seu sentido *lato*. Ambas complementam igualmente a rede pública de saúde mediante prestação de serviços de assistência à saúde. São os mesmos serviços previstos em tabela de procedimentos diagnósticos, ambulatoriais, médicos, terapêuticos e hospitalares.

Os artigos 24 a 26 da Lei nº 8.080/1990 tratam do tema no Capítulo II, referente à participação complementar.

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato. (BRASIL, 1990).

O fundamento principal da complementaridade está na 'insuficiência' dos serviços públicos para a garantia da assistência à saúde ao cidadão de uma determinada área e, como consequência, na existência desses serviços no setor privado. Havendo comprovada insuficiência, a rede pública poderá ser complementada pelos serviços privados, que passarão a integrá-la nos limites de sua insuficiência, com preferência na contratação dos serviços das entidades sem finalidades lucrativas. Isso

significa dizer que a instituição privada irá prestar os seus serviços nas suas próprias instalações, observadas as diretrizes do SUS.

Os critérios e valores de remuneração são definidos pela direção nacional do SUS e aprovados no Conselho Nacional de Saúde, sem distinção de remuneração para serviço privado lucrativo ou sem fins lucrativos. Ambos se sujeitam ao que usualmente se denomina tabela de procedimentos do SUS.

Não se confunde com a concessão de serviços públicos (Art. 175 da CF), que não se destina a complementar uma 'rede de serviços já existente'. Na concessão, o serviço público depende de delegação; é remunerado diretamente pelo usuário por taxa (tarifa ou preço público); sua organização é atribuição exclusiva do delegatário (concessionário), que o faz às suas expensas (BRASIL, 1988).

Como traço distintivo, temos que a saúde não é exclusiva, não depende de delegação para o serviço existir (e continuar a existir se o contrato com o poder público se encerrar), não tem tarifa e pode 'complementar' uma rede de serviço público 'existente'. Contudo, os serviços públicos exclusivos e seu regime de concessão, e os serviços de saúde e seu regime da complementaridade têm um traço em comum: sua natureza pública. Ambos são serviços públicos em essência, independentemente de sua titularidade ser pública ou privada, por delegação (Art. 175 da CF) ou por prévia autorização constitucional (Art. 199 da CF), integrando ou não a rede SUS, conforme veremos em outro tópico (BRASIL, 1988).

Não concordo com as defesas de que haveria delegação de competência na participação complementar do setor privado no SUS (MÂNICA, 2010). Se fosse necessária essa delegação, os serviços não poderiam existir por si sós, antes de complementarem a rede pública; e se não existissem, não poderiam integrá-la. A sua existência (Art. 199, § 1º) (BRASIL, 1988) não configura outorga, não sendo uma delegação por não haver transferência ao particular de poderes e prerrogativas públicas (DI PIETRO, 2006); a entidade

privada executa o serviço em nome próprio e a integração ao SUS é uma faculdade: pode ou não acontecer, mas o serviço existirá, independentemente.

A complementaridade foi uma necessidade, uma vez que o SUS, criado em 1988, não contava com serviços públicos suficientes. A previsão constitucional se fundamentou na realidade fática: 70% dos serviços de saúde do Inamps eram privados, complementares, que se inseriam na rede da autarquia mediante credenciamento universal. Fatalmente, teria o SUS que contar com os serviços privados 'que já complementavam' os serviços prestados pelo Inamps aos seus beneficiários. (Participei das discussões da Reforma Sanitária, bem como das discussões e da elaboração da Lei nº 8.080/1990, e o sentido da complementaridade era a realidade fática, tanto quanto o da preferência das entidades filantrópicas, por serem a grande maioria. Além disso, ainda havia a importância de se privilegiar quem atuava em prol do interesse público).

Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial já eram definidos pelo Inamps em tabela, e assim continuaram, com modificação ao longo do tempo. O SUS manteve, no início, o mesmo procedimento de pagamento e foi garantido, na lei, que seus preços fundar-se-iam em demonstrativo econômico-financeiro – em razão da alta inflação da época –, de garantia da qualidade, submetendo-se às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do próprio SUS, sendo mantido, ainda, o equilíbrio econômico-financeiro do contrato.

São elementos do regime de complementaridade, conforme a Lei nº 8.080/1990:

- a) insuficiência de serviços públicos;
- b) existência de serviços privados;
- c) pagamento fundado em tabela de preço;

d) celebração de contrato ou convênio, com preferência para as entidades sem fins lucrativos;

e) observância das diretrizes do SUS.

No caso de não haver, em determinada localidade, serviço privado para complementar o público, poderá ser estabelecido algum tipo de parceria, se o poder público entender ser essa a melhor solução, para a sua instalação de serviços com fomento público. Nesse caso, ainda que a rede pública venha a ser complementada pelo setor privado, teremos que analisar se o que irá prevalecer será o fomento, a parceria público-privada da Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004, ou o regime de complementaridade com prestação de serviços remunerados por tabela e afins, para definir a incidência de qual regime jurídico irá reger as mútuas relações (BRASIL, 2004).

Nesse modelo, se sobressai a característica de ‘ausência’ de serviço público, que passa a ser complementado pelo serviço privado, mediante remuneração previamente fixada.

É claro que existem outras formas de atuação do Estado, que contam com a participação do setor privado, como ocorre com as organizações sociais e demais modelos legais vigentes. Ainda que *lato sensu*, esses modelos também integrem a rede de serviços públicos e não podem ser considerados como serviços ‘complementares’, *stricto sensu*, nos termos do disposto na CF e na Lei nº 8.080/1990, em razão de a lei ter fundado essa complementaridade na “ausência de serviços públicos necessários ao atendimento da população e existência de instituições privadas que podem fornecê-los”.

Vejam os casos da Associação das Pioneiras Sociais: os serviços eram públicos; já existiam e passaram a ser geridos por uma associação privada por força de lei; os hospitais paulistas construídos e equipados foram objeto dos contratos de gestão com as organizações sociais regidas por lei específica

estadual, a Lei Complementar nº 846, de 04 de junho de 1998 (SÃO PAULO, 1998).

Abrindo parênteses, não cabe aqui falar em contratação de atividade-meio e atividade-fim por não se tratar de contratação de terceiro para atuar no próprio serviço público (polêmica até hoje não sanada em razão do concurso público, fato que pôs fim, depois de muitos e muitos anos, ao ‘Código 7’<sup>4</sup>, que era exatamente a contratação dos médicos apartados do contrato de complementaridade), mas sim de complementação de serviço público com serviço de instituições privadas já existentes (§ 1º do Art. 199) (BRASIL, 1988).

Em um caso, o serviço público é complementado por serviços ‘externos privados’, mediante pagamento de procedimentos. Em outro, o poder público fomenta a prestação de serviços públicos por terceiros (privados), mediante o cumprimento de metas de desempenho, podendo envolver a cessão de imóveis e bens públicos existentes ou que estão em organização, muitas vezes em esquema de ‘quase cogestão’.

Uma categoria não suprime a outra. Ambas coexistem, mas devem ser analisadas à luz de suas peculiaridades e à da legislação que as ordenam. A primeira se sujeita à Lei de Licitação e Contratos, com suas dispensas e inexigibilidade, e a segunda, às leis que regulam o fomento e a colaboração de forma ampla. Como já vimos, as despesas realizadas na primeira são enquadradas orçamentariamente como compra de serviços de pessoas jurídicas (modalidade de aplicação 90) e a segunda como parceria e fomento (modalidade de aplicação 50).

À evidência de que a complementaridade do § 1º do Art. 199 da CF não suprime as parcerias entre o poder público e o setor privado (fomento e colaboração) – até mesmo porque ela própria não é uma parceria *stricto sensu* –, as parcerias devem ser estudadas sob a ótica das relações de fomento e colaboração tratadas em outras leis, como a Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998 (Organizações Sociais); a Lei nº 9.790, de 23 de março de

<sup>4</sup> O Código 7 se referia à forma de pagamento dos médicos. Nos contratos com o setor privado, o Inamps contratava a pessoa jurídica, hospital, e a pessoa física, médico em separado do hospital, o que ensejou inúmeras ações judiciais para declarar vínculo de trabalho entre a pessoa física e o Inamps.

1999 (Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público); a Lei nº 8.246, de 22 de outubro de 1991 (Pioneiras Sociais); e a Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014 (Parcerias Voluntárias).

Tem sido usual firmar contrato para ajustar a relação obrigacional com a entidade lucrativa e o convênio com as sem fins lucrativos. O que tem fundamentado de forma equivocada essa escolha não é o ‘objeto’ da relação jurídica, mas sim a ‘finalidade’ da entidade: se lucrativa, o contrato; se sem fins lucrativos, o convênio. Ainda que o objeto seja sempre o mesmo – prestação de serviço que falta no serviço público e precisa ser complementado –, é comum essa interpretação.

Até o presente momento, essa escolha está ao sabor da praxe administrativa: o contrato deve ser firmado com a entidade que visa lucro e o convênio com a entidade que não o visa. Uma visão equivocada e antiquada: no meu entendimento, o contrato seria a forma correta de ajuste para a complementaridade, mesmo tendo as entidades sem finalidades lucrativas preferência; bastaria regulá-la. Havendo insuficiência, primeiro se recorre ao setor sem fins lucrativos e depois ao setor lucrativo.

O fundamento da escolha não deve ser a ‘finalidade’ da entidade e sim o ‘objeto’ do ajuste, que é o de prestação de serviços de saúde complementares aos serviços públicos na rede interfederativa de saúde. A preferência da entidade filantrópica precisa ser disciplinada para uma melhor compreensão do regime da complementaridade, a qual deve se assentar na relevância e na natureza pública do serviço de saúde, que confere ao poder público competência para intervir na saúde, podendo até mesmo requisitar serviços quando necessário.

O Art. 197 da CF dispõe sobre os serviços públicos e privados (BRASIL, 1988). Por isso, determina que os mesmos podem ser executados ‘diretamente’ pelo poder público ou ‘através de terceiros’; e por pessoas físicas (médicos, terapeutas, dentistas) ou jurídicas

(hospitais, laboratórios, clínicas) de direito privado.

A relação jurídica deve se estabelecer pelo contrato de prestação de serviços complementares de saúde, independentemente de a entidade ser com ou sem fins lucrativos. Além do mais, conforme veremos abaixo, são muitas as especificidades da saúde que devem ser consideradas nessa relação contratual, tais como: a direção única em cada esfera de governo; o fracionamento do serviço para se construir rede de serviços; uma delimitação de território para a prestação dos serviços; e a inexigibilidade de licitar como fato frequente, entre outras.

## **A preferência das entidades filantrópicas e sem fins lucrativos na participação complementar ao SUS**

A preferência garantida ao setor privado sem fins lucrativos é histórica na saúde, o que remonta ao papel das santas casas e demais serviços religiosos que atuavam na área da saúde de modo desinteressado desde o Império.

Considerando que somente nas décadas de 1920-1930 os trabalhadores formais passaram a fazer parte do sistema de previdência social (com os institutos de seguro social), o qual incluía os serviços médicos e hospitalares entre os benefícios previdenciários, as santas casas desempenharam relevante papel de garantia de serviços de saúde às pessoas afastadas da previdência pública – que ficavam ao sabor da assistência caritativa pública ou privada – ao mesmo tempo em que mantinham relações de parceria com os poderes públicos para complementar serviços do Inamps, mediante pagamento, auxílios, subvenções públicas.

O próprio Inamps mantinha, com as santas casas e demais serviços sem fins lucrativos, uma relação diferenciada no tocante à sua

contratação. Como os serviços públicos de saúde previdenciários não eram suficientes para a garantia das necessidades dos trabalhadores, esses serviços eram essenciais e a formalização dessa parceria se dava tanto pelo credenciamento de serviços e de profissionais de saúde (o famoso Código 7).

Nos debates na Assembleia Nacional Constituinte seria impossível discutir saúde sem considerar os serviços das santas casas ou das entidades filantrópicas. Nasceu, assim, a necessidade de se manter a sua preferência, já considerada anteriormente de modo informal. Até porque grande parte dos serviços complementares aos do Inamps eram de entidades filantrópicas, com poucos serviços lucrativos possuindo relação contratual com o poder público.

A própria imunidade fiscal das entidades sem fins lucrativos nem sempre lhes gera superávit, tendo em vista as dificuldades em relação ao seu financiamento, pelo fato de serem obrigadas a prestar 60% de seus serviços ao SUS, entre outros motivos.

A não regulamentação da preferência das entidades sem fins lucrativos é um ponto de dificuldade. Recentemente, tribunais de contas como o do Estado de São Paulo, ao analisarem os convênios firmados para a complementaridade dos serviços, os veem como de parceria, e nunca como contratos de prestação de serviços, remunerados por tabela de preço, semelhantes em tudo aos contratos celebrados com as entidades lucrativas.

Esse entendimento tem sido polêmico ante a ingerência do poder público na gestão dessas entidades, com imposição de rotinas administrativas e até mesmo de restrição quanto à aplicação dos recursos em determinadas atividades em decorrência do convênio, interferindo na sua forma de atuação privada. O poder público tem grande capacidade de interferência no setor privado, tanto quanto no público.

Apenas para lembrar, o Art. 5º, XVIII, da CF veda a intervenção pública na estrutura e no funcionamento das entidades privadas,

e a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, permite a intervenção da União no Estado quando o mesmo não cumpre com sua obrigação de aplicar 12% de suas receitas na saúde, o mesmo ocorrendo em relação ao Estado-membro, quanto aos seus municípios (BRASIL, 1988).

Havendo subvenção, auxílio, concessão de bem público, o contrato deverá fazer menção aos ajustes específicos necessários, nos termos da legislação do ente público. O que deve orientar a avença deve ser o seu 'objeto' e não o fato de a entidade ser ou não lucrativa. Se o objeto não é fomento nem colaboração, a categoria jurídica que mais se ajusta é a do contrato.

### **A natureza jurídica dos serviços de saúde**

É importante refletir, ainda que muito brevemente, sobre as consequências de a rede pública ser integrada por serviços privados, os quais a complementam nas prestações públicas. Nessa linha, cabe perquirir sobre a 'natureza jurídica' dos serviços de saúde (públicos ou privados), em relação aos efeitos que podem produzir no dever estatal de garantia de saúde, na própria interpretação de normas de direito privado aplicáveis aos serviços privados, como, por exemplo, no de controle de preços (BRASIL, 1993), dos planos de saúde, das cláusulas contratuais de prazo de internação etc.

Se não houver uma mesma natureza pública que irradie seus valores sobre os serviços de saúde, independentemente de sua titularidade, e confira ao poder público amplos poderes de intervenção e ao cidadão, de reivindicação de maiores cautelas na sua prestação, poderíamos ter um mesmo direito fundamental protegido de forma distinta quando distintos forem seus titulares. Se assim fosse, a saúde não seria um direito fundamental quando prestada pelo particular. E como poderia, ainda, a rede pública de saúde ser complementada pelo serviço privado?

Tratando-se de um direito fundamental consagrado no Art. 6º da CF, definido como direito social que tem como objetivo o bem-estar e a justiça social (Art. 193), inserido na seguridade social (artigos 194 a 200) como um direito a prestações públicas, a natureza jurídica do serviço deve ser uma só para a proteção do cidadão, uma vez que a sua titularidade não é exclusivamente pública (BRASIL, 1988).

A redação do Art. 197 da CF deixa claras quatro questões que nos levam a considerar a sua natureza pública (BRASIL, 1988):

1. Os serviços de saúde públicos ou privados são de relevância pública;
2. Os serviços de saúde públicos ou privados estão inteiramente sob regulamentação, fiscalização e controle público;
3. Os serviços ‘públicos’ devem ser executados diretamente ou através de terceiros; e
4. Os serviços ‘privados’ podem ser executados por pessoas jurídicas ou físicas.

A criação da Agência Nacional de Saúde (ANS), reguladora do seguro e dos planos de saúde, ainda que não se trate de serviço público ‘exclusivo’ – que pode ser delegado –, reforça o entendimento de que o serviço, em sua essência, mesmo quando tem titularidade privada, é de natureza pública e deve estar inteiramente sob regulação, fiscalização e controle público. Por isso na Assembleia Nacional Constituinte esse tema foi objeto de intensos debates.

Há, ainda, que se fazer essa distinção no Art. 197 ao se tratar de ambos os serviços: de titularidade pública e de titularidade privada. Em um momento, a CF se refere ao serviço público; em outro, ao serviço privado.

As características da saúde e o papel que o poder público desempenha na garantia de prestações de proteção, promoção e recuperação, e no dever de regular, fiscalizar e

controlar todas as suas atividades – sejam públicas ou privadas – demonstra o reconhecimento de sua essencialidade, garantindo-lhe natureza pública, independentemente de sua titularidade.

É sua natureza pública que permite a complementaridade do sistema público por serviços privados, mesmo sendo os mesmos lucrativos. Trata-se de uma mesma natureza para um mesmo serviço, independentemente de sua titularidade, por não ser este o seu traço distintivo, mas sim a sua ‘fundamentalidade e relevância pública’. Para Eros Roberto Grau (1992), todos os serviços públicos são de relevância pública, podendo, ainda, alguns serviços privados também o serem. Para Ferraz e Benjamim (1992), a essencialidade do serviço mantém no Estado um poder de intervenção em nível mais elevado do que em relação a outros serviços prestados por particulares.

O mesmo pode-se dizer dos serviços exclusivos do Estado (Art. 175 da CF). Eles podem ter titularidade privada, por delegação, exatamente por sua natureza ser pública e isso contaminar a sua prestação privada, sujeita ao controle público, garantido maior poder de intervenção pública e maior poder de reivindicação ao particular.

É importante considerar que o Art. 197 da CF trata dos serviços de saúde, públicos e privados. Por isso, referiu-se a eles como de relevância pública, por estarem os serviços privados compreendidos naquela norma, garantindo a todos, sem distinção, mesma natureza pública, conforme debate da Assembleia Nacional Constituinte.

Não poderia a rede pública de saúde ser composta por serviços privados ‘destituídos’ do peso da sua fundamentalidade, como se fossem um serviço de mero consumo e comércio, sem nenhuma consequência que não a sua proteção no campo dessas relações comerciais. Seria um contrassenso compor um sistema público com um serviço de titularidade privada, se esse serviço não fosse, em sua ‘jusgenética’, público. Há serviços

privados que, pela sua essencialidade ou pela sua fundamentalidade, não podem tão somente estar sob a proteção do consumo.

Esse debate foi travado mais recentemente no Supremo Tribunal Federal (STF), com os ministros Joaquim Barbosa e Eros Roberto Grau (ADI 1266-5<sup>5</sup> e 1007-7<sup>6</sup>) defendendo a saúde (e a educação) como sendo serviços públicos em sua genética, independentemente de sua titularidade, não sendo a titularidade executiva o que caracterizaria a natureza do serviço, demarcada pela CF como direito fundamental, dever do Estado e de relevância pública.

Pode-se afirmar que, em sede de direito fundamental, a natureza pública do serviço é consequência. Não se pode comparar a atividade de saúde, considerada na CF como direito fundamental e dever do Estado, com as demais atividades que não o são. A própria autorização constitucional (Art. 199, *caput*) para a iniciativa privada atuar na assistência à saúde é decorrência dessa natureza.

Mello (2002) refere-se a quatro hipóteses de tratamento dado pela CF aos serviços públicos: a) os serviços de prestação obrigatória e exclusiva do Estado; b) os serviços de prestação obrigatória do Estado e em que é obrigatória a outorga em concessão a terceiros; c) os serviços de prestação obrigatória pelo Estado, mas sem exclusividade (a saúde, por exemplo); d) o serviço de prestação não obrigatória pelo Estado.

A CF precisou autorizar a iniciativa privada a atuar na assistência à saúde. Fosse um serviço de outra categoria, seria livre por força do Art. 170 (Livre Iniciativa), tão somente. Por se tratar de um serviço de natureza pública, foi necessário o legislador afirmar que o serviço de assistência à saúde, que é público por natureza, não era privativo quanto à sua execução (BRASIL, 1988). Não fosse a expressa autorização, a saúde seria de exclusividade pública.

A fundamentalidade desse direito é que leva à legitimação da atuação do Estado, no sentido de disciplinar essa prestação (ADI 1266,

DE 2005). É a natureza pública do serviço que permite que seja o sistema público de saúde complementado por serviço de titularidade privada e sujeito a maior poder de intervenção do que aqueles próprios das relações de consumo. Não seria cabível a saúde ter o mesmo tratamento, igualando-se à compra de sapatos ou aos serviços de limpeza, em sua relação com o prestador do serviço.

O mesmo debate foi travado pelos mesmos Ministros do STF, na ADI 1007-7, de 2005, na discussão do direito à educação, tendo o Ministro Eros Grau, relator, defendido que se a Constituição diz que a educação e a saúde são livres, é exatamente porque elas são livres e independem de concessão ou permissão, embora sejam serviços públicos. Acrescentaria que eles são de natureza pública e dever estatal, com autorização constitucional para o setor privado nelas atuar.

Paulo Modesto (2011, p. 36) expõe que, na aplicação do direito público às entidades privadas sem fins lucrativos, mesmo os autores que

dilatam a aplicação do conceito de serviço público para atividades sem titularidade do Estado reconhecem que, quando os particulares atuam, com ou sem fins lucrativos, por direito próprio (*iure proprio*), não se sujeitam ordinariamente ao regime do serviço público ou do direito administrativo, mas ao regime jurídico típico ou predominante das pessoas de direito privado, ou que muitas vezes lhe confere maior agilidade ou presteza no atendimento dos seus objetivos sociais.

A relação do cidadão com o serviço de saúde é de direito, ainda que possa ser explorado economicamente e haja preço e lucro. Não é o prestador que qualifica o serviço, mas sim a sua a fundamentalidade, a sua proteção pública, o seu valor, sua genética de direito vinculado à vida. Seria bastante redutor e perigoso classificar o serviço público tão somente pela sua titularidade, tendo em vista o aprofundamento, no mundo

<sup>5</sup> Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=1613347>>.

<sup>6</sup> Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=1580199>>.



de hoje, das relações de parceria público-privada, de complementaridade privada ao público. Importante é o valor que a CF garante ao serviço público, mesmo quando é permitida a sua execução a terceiros; são as consequências desse valor para o cidadão e para o controle público e social.

A dimensão de direito fundamental da saúde tem sido reconhecida pelos tribunais nos julgamentos de conflitos de planos privados, os quais se sujeitam à regulação de uma agência própria (BRASIL, 1998), sem, contudo, ser serviço público exclusivo, no qual a atuação do particular se dá por delegação. A saúde não é serviço público exclusivo, mas é serviço de natureza pública, fundamento para se criar uma agência reguladora sem que ela seja serviço exclusivo, sede principal de atuação das agências reguladoras.

Por isso, o serviço de saúde privado não pode ser protegido apenas em sua relação de consumo. Essas importantes características prestacionais da saúde a qualificaram como serviço de relevância pública, no Art. 197 da CF (BRASIL, 1988).

Na Assembleia Nacional Constituinte, esse debate foi acirrado exatamente porque se preconizava a natureza pública das ações e dos serviços de saúde, públicos e privados. A redação do Art. 197 originalmente (com numerações diferentes em suas várias versões) mencionava a natureza pública dos serviços de saúde. Algumas redações: 'As ações de saúde são funções de natureza pública, cabendo ao Estado a sua normatização, execução e controle'; 'As ações de saúde são de natureza pública, cabendo ao Estado sua regulamentação, execução e controle'; 'As ações e serviços de saúde são de natureza pública' (BRASIL, 1988). O debate encerrou-se com o acordo entre os constituintes do bloco denominado 'Centrão' e os de esquerda, para considerar os serviços de saúde como de 'relevância pública'. O receio era de que a 'natureza pública' pudesse ser interpretada como serviço de 'exclusividade' pública, dependente de delegação e não em

razão da fundamentalidade do direito. Essa foi a razão da mudança, que levou, na época, alguns especialistas e juristas – como Dalmo Dallari – a se pronunciarem a respeito nos Anais da Assembleia Nacional Constituinte e em documentos impressos do acervo da Biblioteca do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa), além de em eventos presenciados por esta autora.

Aliás, devemos lembrar, ainda, que o poder público, na área da saúde, pode requisitar serviços quando estes forem necessários para a garantia de direitos (Art. 15, XIII, Lei nº 8.080/1990) (BRASIL, 1990). A saúde pode ser explorada economicamente, mas não é um comércio no sentido literal da palavra. O poder público deve ser seu vigilante permanente, formulando políticas públicas que impliquem o setor privado e tendo poder de intervenção sempre que necessário. Bens protegidos constitucionalmente, quando explorados economicamente ficam ao resguardo público; para a sua proteção, há um guardião de suas relações.

A natureza jurídica pública da saúde é alicerce nas negociações, não oferecendo assim risco ao equilíbrio nos consensos futuros. Por isso, não importa quem exerce a sua titularidade (o poder público ou o setor privado); tampouco isso deve contaminar a sua 'forma de execução', que seguirá os cânones do direito administrativo se a titularidade for pública, e os do direito privado se a titularidade for privada. Serviços públicos 'exclusivos' e serviços públicos 'fundamentais de natureza não exclusiva' têm a mesma natureza pública, o que permite sua execução direta ou indireta, dado o poder de resguardo público sobre suas ações.

## Conclusões

De tudo que vimos acima, uma conclusão irrefutável: 'a participação complementar do setor privado no Sistema Único de Saúde' tem especificidades próprias, que não permitem

o seu enquadramento nas regras da Lei nº 13.019/2014, por não se tratar, *stricto sensu*, nem de parceria nem de fomento.

O regime jurídico da complementaridade do SUS pelo setor privado não encontra fundamento nem na definição do fomento nem na de colaboração do Art. 2º, VI e VII da mencionada lei.

1. A ‘complementaridade’ do SUS por serviços privados, lucrativos ou não, configura um regime diferenciado da relação público-privada, o qual demanda regulação e melhor definição jurídica, enquadrando-se como prestação de serviço de natureza pública e não como parceria (colaboração e fomento). Isso não significa que não possa haver, na saúde (aliás, onde é sobejante), relações de fomento e parceria, como a das Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) e outras. Contudo, as referentes à complementaridade prevista na CF, Art. 199, § 1º, e nos artigos 24 a 26 da Lei nº 8.080/1990, não podem assim ser enquadradas.
2. Abaixo, um resumo de elementos próprios do regime de complementaridade dos serviços de saúde:
3. A complementaridade de serviços, mediante contrato ou convênio, não pode ser definida como parceria ou fomento. A complementaridade é uma forma de suprir o SUS de serviços que lhe faltam, não podendo se falar em programa apazado, mas sim em integração de serviços privados num sistema de grande complexidade organizativa, prestado de forma contínua, o qual onera modalidade orçamentária relativa à aquisição de serviços (modalidade 90) e elemento de despesa próprio de pagamento de serviços técnicos de terceiros (39).
4. Nem sempre a disputa (licitação) entre serviços complementares é necessária porque o poder público, na maioria das vezes, não deve contratar a totalidade dos serviços de uma única entidade, em razão da organização dos serviços em ‘rede’, que exige fracionamento, além de não haver disputa de preço.
5. Os serviços devem ser adquiridos em territórios demarcados – região de saúde –, não sendo passíveis de chamamento público nacional.
6. Os prazos dos contratos ou convênios têm caráter mais longo pelo fato de tratarem de serviços continuados e não de programas ou fomento de atividades com prazo certo. Na maioria das vezes – mais de 80%, só existe uma santa casa no município e esse serviço é permanente.
7. O serviço contratado pode ser complementado com equipamentos e bens públicos necessários aos serviços, conforme ajuste no contrato e compensação financeira; outras vezes, a entidade contratada privada necessita comprar equipamento oneroso e não pode ficar sujeita a contrato de pequeno prazo de duração, como é o caso, por exemplo, da hemodiálise. O regime da complementaridade tem especificidades próprias da rede SUS.
8. A direção única em cada esfera de governo – de acordo com as pactuações intergestores – não permite que um município adquira serviço de outro município. Essa questão se vincula às referências sanitárias vinculadas à região de saúde e às definições nas comissões intergestores.
9. Os chamamentos públicos na saúde devem resguardar as suas

especificidades: rede, preço fixo, territorialidade dos serviços em relação à população. Trata-se, na maioria das vezes, muito mais de uma negociação coletiva para complementar uma rede pública do que uma disputa de proposta e preço de serviços com apenas um vencedor.

10. As definições das necessidades e parâmetros dos serviços privados complementares dependem de pactuações entre os entes federativos nas instâncias de deliberação do SUS da Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011 (BRASIL, 2011).
11. As interdições da Lei nº 13.019/2014 (Art. 34), se aplicadas ao regime da complementaridade, poderiam, ainda, causar sérios problemas ao SUS, tendo em vista que 70% dos municípios contam, muitas vezes, com apenas um

serviço privado de saúde que pode complementar a rede SUS (BRASIL, 2014).

12. Por fim, a relação entre o poder público e as organizações sociais na saúde não configura complementaridade na forma prevista no Art. 24 da Lei nº 8.080/1990, mas sim gestão de serviços em regime de parceria.

No mundo contemporâneo, globalizado, tem surgido e se firmado uma consensualidade no desenvolvimento dos serviços públicos e das instituições. O SUS é um paradigma de consenso e cooperação federativa, e também deve sê-lo em suas relações público-privadas, ínsitas à sua organização, onde a negociação-consenso, dotada de maior flexibilidade, deve fundar-se na garantia dos valores das pessoas e nos princípios da administração, garantindo assim a legitimidade e a legalidade contratual. ■

## Referências

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 30 dez. 2004. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/lei/l11079.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l11079.htm)>. Acesso em: 21 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de

Saúde (CONASEMS) e suas respectivas composições, e dar outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 24 ago. 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm)>. Acesso em: 21 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014. Estabelece o regime jurídico das parcerias voluntárias, envolvendo ou não transferências de recursos financeiros, entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público; define diretrizes para a política de fomento e de colaboração com organizações da sociedade civil; institui o termo de colaboração e o termo de fomento; e altera as Leis nºs 8.429, de 02 de junho de 1992, e 9.790, de 23 de março de 1999. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 31 jul. 2014. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2014/Lei/L13019.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13019.htm)>. Acesso em: 21 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 21 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.666, de 21 de julho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 21 jul. 1993. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/leis/L8666cons.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L8666cons.htm)>. Acesso em: 21 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 03 jun. 1998. Disponível em: <[http://sistemas.rei.unicamp.br/pdf/lei-dos-planos-de-saude-lei-n-9-656-de-3-6-1998-Attach\\_s427581.pdf](http://sistemas.rei.unicamp.br/pdf/lei-dos-planos-de-saude-lei-n-9-656-de-3-6-1998-Attach_s427581.pdf)>. Acesso em: 13 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal. *Ação direta de inconstitucionalidade*. Lei 8.039, de 30 de maio de 1990, que dispõe sobre critérios de reajuste das mensalidades escolares e da outras providências. Brasília, DF, 1993. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=918>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

FERRAZ, A. A. M. C.; BENJAMIN, A. H. V. *O Conceito Constitucional de Relevância Pública*. Brasília, DF: OPAS, 1992.

CARVALHO, G.; SANTOS, L. *Comentários à Lei Orgânica da Saúde*. 4 ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

DI PIETRO, M. S. Z. In: CONGRESSO DO TERCEIRO SETOR, 2., 2015. Goiânia: IBDP, 2015.

\_\_\_\_\_. *Parcerias na Administração Pública*. 15 ed. São Paulo: Atlas Editora, 2006.

GRAU, E. R. *O Conceito Constitucional de Relevância Pública*. Brasília, DF: OPAS, 1992.

MÂNICA, F. B. *O setor privado nos serviços públicos de saúde*. Belo Horizonte: Editora Forum, 2010.

MELLO, C. A. B. *Curso de Direito Administrativo*. 14 ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2002.

MODESTO, P. O direito administrativo do terceiro setor: a aplicação do direito público às entidades privadas sem fins lucrativos. In: MODESTO, P.; CUNHA JUNIOR, L. A. P. (Coord.). *Terceiro Setor e parcerias na área da saúde*. São Paulo: IBDP: Editora Forum, 2011.

OLIVEIRA, R. F. *Curso de Direito Financeiro*. 4 ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.

RODRIGUEZ NETO, E. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

SANTOS, L. Direito à Saúde e Qualidade de Vida: um mundo de responsabilidades e fazeres. In: \_\_\_\_\_. (Org.). *Direito da Saúde no Brasil*. Campinas: Saberes Editora, 2010, 15-62 p.

SÃO PAULO (Estado). Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Lei Complementar 846, de 04 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, 04 jun. 1998. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/norma/?id=6680>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

TORRES, R. L. *Curso de Direito Financeiro e Tributário*. 18 ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2011.

---

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

# A gestão do Sistema Único de Saúde e a Saúde do Trabalhador: o direito que se tem e o direito que se perde

*The management of the Unified Health System and the Worker's Health: the right we have and the right we lost*

Luciene Aguiar<sup>1</sup>, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos<sup>2</sup>

**RESUMO** Inscritas na Constituição Federal de 1988, as ações de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde carecem de uma efetividade capaz de mudar os alarmantes indicadores epidemiológicos de acidentes e doenças do trabalho. Mesmo sendo reflexo da postura político-econômica dos governos pós-constitucionais, a gestão do Sistema Único de Saúde é determinante na omissão e, mesmo, ofensa ao que se estabelece constitucionalmente. O texto, de caráter ensaístico, baseou-se em dados atualizados da Previdência Social, e em documentos e artigos sobre o campo da Saúde do Trabalhador e da hermenêutica jurídica quanto à aplicabilidade das normas que regem as ações, especialmente de saúde pública, do Poder Executivo no Estado de Direito.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde do Trabalhador; Acidentes de trabalho; Gestão em saúde; Sistema Único de Saúde; Constituição.

**ABSTRACT** Enrolled in the Federal Constitution of 1988, the worker's health actions within the Unified Health System require effectiveness able to change the alarming epidemiological indicators of accidents and work-related diseases. Even being reflection of the political-economic posture of post-constitutional governments, Unified Health System is decisive in the omission and, likewise, in the offense to what is established constitutionally. This text, of essayistic character, was based on updated data from the Social Security, and on documents and articles about the worker's health field and legal hermeneutics regarding to the applicability of the rules that govern the actions, especially of public health, of the executive power in the Law's State.

**KEYWORDS** Occupational health; Accidents, occupational; Health Management; Unified Health System; Constitution.

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. aguiar.luciene@gmail.com

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. elfadel@globocom

## Perplexidade diante dos dados

É comum se ouvir dizer que há leis que ‘pegam’ e leis que ‘não pegam’. Em matéria de atenção à Saúde do Trabalhador (ST), podemos dizer que a lei ‘não pegou’. Embora a Constituição Federal de 1988 (CF/88) seja clara, direta e objetiva no que tange às atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à ST, no decorrer de sua implementação, a disposição normativa e operacional evidenciou certa indolência com a saúde dos trabalhadores, a ponto de causar perplexidade, se olharmos para os dados epidemiológicos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

Mesmo tendo a ST sido normatizada em alguns aspectos, ao longo dos últimos 25 anos pós-SUS, a forma como o foi, e tem sido, mostra uma intenção operativa irrelevante no sentido de mudar o cenário epidemiológico brasileiro.

A situação dos agravos relacionados ao trabalho é um dos pontos de partida para o estranhamento frente à irrelevância da área de ST, enquanto parte substantiva, como deveria ser, das políticas públicas de saúde no Brasil. Observamos adiante um breve panorama dos dados epidemiológicos disponíveis.

As estatísticas oficiais de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, no Brasil, são estabelecidas desde o final da década de 1960 pela Previdência Social, por intermédio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), que consiste em um sistema de coleta de informações para efeito de processamento de benefícios. Sua vocação epidemiológica, capaz de desencadear ações de vigilância da saúde, é nula. Apenas tangencialmente ele é capaz de taxar empresas por majoração de ônus sobre o seguro acidente de trabalho, no caso de aumento na incidência de agravos evidenciados por acompanhamento de séries históricas dos setores produtivos. Este sistema, que existe há quase 50 anos,

não dialoga com os sistemas de informação em saúde. Mesmo porque, só recentemente, o SUS principiou a inclusão, em seu rol de agravos de notificação compulsória, alguns relacionados ao trabalho. E, mesmo assim, o nível de notificação é baixíssimo, se comparado ao sistema CAT, ainda que, ao contrário deste, todos os trabalhadores brasileiros sejam alvo de notificação perante o SUS.

Como se sabe, o sistema previdenciário é exclusivo para trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), inclusive, com algumas exceções, como é o caso dos empregados domésticos, que não participam das estatísticas. Ainda assim, o número de acidentes de trabalho (inclusive, doenças), com milhões de trabalhadores fora desse *ranking* (servidores públicos dos quatro entes federativos, militares de toda ordem, autônomos, cooperativados e prestadores de serviços, entre inúmeros outros), alcançou a casa dos 40 milhões, desde que se iniciou o seu registro.

Em 2013, o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) registrou 717,9 mil acidentes de trabalho. Comparando-se com 2012, o número aumentou em 0,55%. O total de acidentes registrados com a CAT aumentou em 2,3%, de 2012 para 2013. Dos acidentes registrados com a CAT, os chamados acidentes típicos (aqueles ligados diretamente à atividade do trabalho) responderam por 77,32%; os acidentes de trajeto representaram 19,96%; e as doenças do trabalho contribuíram com 2,72%. Os homens participaram com 73,01% e as mulheres com 26,99% nos acidentes típicos; no caso dos acidentes de trajeto, respectivamente, 62,21% e 37,79%; e nas doenças do trabalho, 58,38% e 41,62%. A faixa etária de maior incidência foi constituída por jovens de 20 a 29 anos, no caso dos acidentes típicos e de trajeto. Nesta faixa etária, os homens participaram com 34,11% e as mulheres com 37,50% do total de acidentes registrados em seu agrupamento, por sexo. As doenças relacionadas ao trabalho incidiram majoritariamente na faixa de 30

a 39 anos, representando 33,52% do total de acidentes registrados em todas as faixas etárias (BRASIL, 2015A).

Em relação aos óbitos, os números são aterradoros. O Anuário Estatístico da Previdência Social de 2011 registra 82.171 óbitos por acidentes de trabalho, entre 1988 e 2011 (BRASIL, 2011A). Sabemos que esta estatística é subestimada, especialmente porque grande parte dos acidentes de trânsito é relacionada ao trabalho e não é computada como tal. Os acidentes com mototaxistas são reflexos desta realidade:

Diversos estudos, no Brasil, apresentam o comportamento e as características dos acidentes com motocicletas no trânsito, porém, poucos conseguem apresentar uma relação explícita entre esse tipo de acidente com o acidente de trabalho. (DUARTE, 2011, P. 28).

Além disso, o mesmo anuário registra 363.107 incapacidades permanentes para o trabalho, no período. Igualmente subestimados, os números refletem essa realidade assustadora, em que centenas de milhares de trabalhadores foram retirados compulsoriamente do mercado de trabalho, em virtude da forma como se organizam os processos produtivos no Brasil.

O que faz com que um gravíssimo problema de saúde pública seja tratado normativamente, ora de forma inexpressiva e mesmo ausente, ora de maneira insuficiente para engendrar análises e intervenções capazes de interromper este panorama inconcebível? E sempre com um alinhamento periférico e marginal a outros problemas de saúde pública que, embora sejam igualmente relevantes, não ostentam a magnitude dramática desses indicadores.

## A regra constitucional – omissão e ofensa

Antes de analisarmos as possíveis razões para o destrato com a questão, é preciso refletir sobre o significado do instrumento

normativo, enquanto peça operativa da execução de regras no Estado de direito. Situar a norma infraconstitucional na sua vocação de fazer valer a regra constitucional é o que se espera nos atos operativos do sistema de saúde.

O novo direito constitucional brasileiro, cujo desenvolvimento coincide com o processo de redemocratização e reconstitucionalização do País, foi fruto de duas mudanças de paradigma: a) a busca da efetividade das normas constitucionais, fundada na premissa da força normativa da Constituição; b) o desenvolvimento de uma dogmática da interpretação constitucional, baseada em novos métodos hermenêuticos e na sistematização de princípios específicos de interpretação constitucional. A ascensão política e científica do direito constitucional brasileiro conduziu-o ao centro do sistema jurídico, onde desempenha uma função de filtragem constitucional de todo o direito infraconstitucional, significando a interpretação e leitura de seus institutos à luz da Constituição. (BARROSO, 2001, P. 47).

É curioso que, a despeito da volúpia normativa que existe no Brasil e, muito fortemente, no SUS, são patentes a baixa frequência da ST nas normas existentes e uma escassez de normas específicas que tratam das relações saúde-trabalho.

A propósito do excesso de normatização no Brasil, o fenômeno da hiperlegislação é documentado por números extravagantes. Segundo o Instituto Brasileiro de Planejamento e Tributação, entre 05 de outubro de 1988 (data da promulgação da Constituição Federal) e 31 de agosto de 2013, foram editadas 4.785.194 normas que regulam as relações sociais no País, os direitos e deveres dos cidadãos. A média totaliza 784 normas editadas por dia útil. No nível federal foram editadas 158.663 normas, no estadual foram 1.219.569 normas e no âmbito municipal foram 3.406.962 (AMARAL; OLENIKE; AMARAL, 2013).

A área da saúde comparece com força de liderança: “Saúde, Educação, Segurança, Trabalho, Salário e Tributação são temas que aparecem em 45% de toda a legislação” (AMARAL; OLENIKE; AMARAL, 2013, P. 2).

E, mesmo tendo o tema saúde, assim como o tema trabalho, participado majoritariamente do conjunto de toda a legislação, quando se trata de normatizar sobre a ST, revela-se sua escassez.

De qualquer modo, esse fenômeno inflacionário de normas indica-nos cautela em qualquer intenção propositiva de fazer alguma coisa pela área de ST. Não se trata, portanto, de concorrer com a reivindicação de novas normas que venham a tratar da ST, embora elas até possam ser necessárias em determinadas circunstâncias, mas impõe-se analisar o porquê de, nas normas já editadas, a expressão da área de ST se mostrar incapaz de impulsionar a tomada de decisão para ações concretas capazes de reverter os alarmantes números.

Em relação àquela fúria legiferante, Souza (2012, P. 5) adverte:

[...] a ausência de parâmetros e paradigmas mais precisos abre a possibilidade para que as leis se validem tão-somente pela adequação formal em relação ao ordenamento jurídico. Assim, no que pertine ao conteúdo material, este somente é legitimado se a lei for formalmente adequada.

Uma das inquietudes que norteiam este trabalho é justo esta: será que a questão da ST é adequada ao sistema de saúde, a ponto de ser legitimada em seu conteúdo material? Dobrowolski (1999, P. 253) indaga se a norma legal no Estado contemporâneo é “[...] um plano de ação destinado a modificar a ordem social existente ou serve apenas para resolver um problema concreto”.

Mirando a CF/88, com base nesta reflexão, é necessário recorrer à intenção normativa constitucional.

A inscrição da ST no espírito constituinte pretendia modificar a ordem social que

regulara até então as questões relacionadas ao mundo do trabalho na sua estreita ligação com a saúde. Parece-nos que esta foi a resposta constitucional, em tempos de reforma radical do sistema de saúde, ao fato de que o aparelho de Estado da saúde pública esteve alheio durante décadas aos problemas da relação saúde-trabalho. Vinculada às normas de caráter contratualista, e não universalista, das áreas estatais do trabalho e da previdência social, a Saúde do Trabalhador pré-constitucional não era um problema de saúde (VASCONCELLOS, 2007).

Quanto ao problema concreto referido por Dobrowolski (1999), entendemos que os dados epidemiológicos antes demonstrados, que, já à época do processo constituinte ostentavam essa magnitude, impulsionaram o espírito reformista de então, corroborando o interesse do legislador em transformar a questão da saúde dos trabalhadores em um problema concreto de saúde pública e colocá-lo no âmbito do direito de todos e dever do Estado.

Se a Reforma Sanitária trouxe em seu ideário o espírito de subordinação aos princípios de justiça e inclusão social (FLEURY, 2009), é no estatuto da norma constitucional que essa capacidade poderá ser desenvolvida, a partir de suas normas operativas no mundo dos fatos.

É bem verdade que uma norma que antecede as normas subsequentes, que lhes dão corporeidade no mundo real, muitas vezes, na conjuntura político-econômica, perde sua força original. Parece ser esse o caso da ST. Assim, a intenção de fazer justiça perde seu elo com a regra do direito. Cabe perguntar: Que direito se tem e que direito se perdeu, se está perdendo e ainda se perderá?

Deve existir uma razão final, uma norma fundamental, que é a fonte da validade de todas as normas que pertencem a certa ordem jurídica. Embora a existência de toda norma seja condicionada por certo fato, não é um fato, mas uma norma, o motivo pelo qual todas as



normas do sistema existem – isto é, são válidas. Isso demonstra claramente que uma norma não é idêntica a seu fato condicionador. (KELSEN, 2001, P. 213).

Essa contradição entre o que diz a norma geradora, maior, e o que ocorre na vida real, não é novidade em matéria das relações saúde-trabalho. Marx, no Livro 1, tomo 2, de *O Capital*, ao falar “[d]o estado de saúde dos trabalhadores” (MARX, 1988, P. 95), recorre ao relato do Dr. Simon, funcionário do *Privy Council* e editor dos *Public Health Reports*:

Em meu quarto relatório<sup>1</sup>, mostrei como é praticamente impossível para os trabalhadores sustentar o que seria seu primeiro direito em matéria de saúde, o direito de que, qualquer que seja a atividade para a qual seu empregador os reúna, o trabalho deva estar livre de todas as circunstâncias nocivas à saúde que possam ser evitadas, na medida em que isso dependa dele. Demonstrei que, enquanto os trabalhadores forem praticamente incapazes de alcançar por si mesmos essa justiça sanitária, não poderão conseguir nenhuma ajuda eficaz dos administradores nomeados da polícia sanitária. [...] A vida de miríades de trabalhadores e trabalhadoras é, agora, inutilmente torturada e encurtada pelo sofrimento físico sem fim, causado apenas por sua ocupação. (MARX, 1988, P. 95).

O texto de um século e meio atrás mantém sua atualidade quando assinala a incapacidade dos trabalhadores de alcançarem uma justiça sanitária, por si mesmos, aliada à omissão dos órgãos oficiais responsáveis pela polícia sanitária. Dois aspectos ressaltam-se aqui:

1º – Embora o controle social do SUS deva garantir aos trabalhadores um protagonismo na confecção das normativas que lhes façam alcançar uma justiça sanitária, isto não ocorre;

2º – Continuamos sob uma ordem omissa dos órgãos oficiais de vigilância da saúde (responsáveis pela polícia sanitária).

Ainda nesse ‘salto epistemológico’ de 150 anos, chegamos a 1999, 11 anos depois de promulgada a Constituição Federal de 1988. Naquele ano, a Organização Pan-Americana da Saúde deu início a um projeto de avaliação da gestão em saúde pública, denominado de Funções Essenciais da Saúde Pública (Fesp). Seu objetivo foi o de fortalecer as autoridades sanitárias nas Américas.

O uso das Fesp oferece aos países uma excelente oportunidade para renovar os conceitos da saúde pública e refletir sobre as práticas institucionais. Uma saúde pública entendida como responsabilidade do Estado e da sociedade civil interessada numa saúde individual e coletiva que garanta o acesso equitativo a serviços públicos e privados com qualidade e com uso racional dos recursos humanos e tecnológicos. Um exercício renovado da saúde pública que utilize o monitoramento, a análise e avaliação da situação da saúde das populações como instrumento de políticas de saúde para a organização de serviços individuais e para a vigilância, investigação e controle de riscos e danos em saúde pública. Uma saúde pública responsável, que interaja com os cidadãos e com a sociedade, para garantir transparência no uso dos recursos sociais mediante mecanismos de arrecadação de contas e participação cidadã. (FINKELMAN, 2002, P. 299).

Foram consideradas 11 Fesp: (1) Monitoramento e análise da situação da saúde; (2) Vigilância e investigação de riscos em saúde pública; (3) Promoção da saúde; (4) Participação social dos cidadãos; (5) Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planificação e gestão em saúde; (6) Fortalecimento da capacidade institucional de regulação e fiscalização; (7) Avaliação e promoção do acesso equitativo em saúde; (8) Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação; (9) Garantia de qualidade dos

<sup>1</sup>1861.

serviços de saúde individual e coletiva; (10) Investigação em saúde pública; e (11) Redução do impacto de emergências e desastres.

No Brasil, esse instrumento de avaliação foi aplicado a 65 gestores de saúde, nas três esferas de governo. Considerando os diversos tipos de instâncias, os gestores elegeram quatro Fesp mais relevantes para o desenvolvimento institucional sob sua responsabilidade: a nº 6 (fortalecimento da capacidade institucional de regulação e fiscalização); a nº 1 (monitoramento e análise da situação da saúde); a nº 7 (avaliação e promoção do acesso equitativo em saúde); e a nº 10 (investigação em saúde pública) (FINKELMAN, 2002).

Embora a abordagem das relações saúde-trabalho exija uma capacidade de desenvolvimento institucional baseado nas 11 Fesp para o seu enfrentamento, o arcabouço normativo da ST, cuja construção obedeceu às suas peculiaridades teórico-conceituais, identifica-se de forma preponderante com as Fesp nº 2 (vigilância e investigação de riscos em saúde pública) e nº 4 (participação social dos cidadãos), que foram citadas de modo inexpressivo pelos gestores brasileiros.

Em 2007, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) publicou um relatório sobre as Fesp adaptadas ao Brasil, e não houve mudança na ênfase assinalada pela gestão à época (CONASS, 2007).

Além de apontar a 'não' priorização do enfrentamento das questões que envolvem as relações saúde-trabalho, calcadas nas normativas operacionais e nas pactuações da gestão do SUS, é também necessário compreender o 'espírito' da gestão, quando estabelece o planejamento das ações que envolvem o tema.

Nas tentativas correntes de um planejamento social na forma jurídica, admite-se implicitamente um entendimento historicamente novo do direito, do tempo e do planejamento, que devemos tomar consciente para que ele possa ser referido enquanto base do planejamento. (LUHMANN, 1985, P. 166).

Ou, em outras palavras, que conveniências ou inconveniências movem o espírito público do gestor a fazer escolhas do que deve ou não ser pactuado e planejado, e em que medida, muitas vezes ofendendo o preceito constitucional explícito.

Em sua função, ao gestor público cabe observar aquilo que deve ser cumprido e, obviamente, cumprir.

A administração pública reveste-se do princípio da indisponibilidade do interesse público, segundo o qual, o administrador, em todas suas condutas, deve levar em conta aquilo que atende ao interesse da coletividade. (SCHMITZ, 2013, P. 2).

No caso do SUS, o interesse da coletividade é estabelecido por inúmeros parâmetros, dos quais se destaca o perfil epidemiológico dos agravos, e, tanto as normas operacionais quanto os planos de ação pactuam-se entre os próprios gestores nos mecanismos estabelecidos na lei, por meio das comissões intergestoras (BRASIL, 2011B). Entretanto, muitas vezes predominam outros interesses, por parte dos gestores, que não os da coletividade, especialmente em determinados temas, caso da ST. Ao serem retirados da esfera de preocupação dos gestores, os problemas decorrentes da relação saúde-trabalho são também retirados da agenda de prioridades do sistema de saúde.

Se é taxativa a determinação constitucional para realizar ações e serviços de ST, seria de se esperar um outro nível de preocupação da gestão com o tema. Nesse caso, alinhamo-nos com Schmitz (2013, P. 23):

[...] quando o administrador público deixa de atender alguma política pública prevista constitucionalmente, ele estará ferindo o ordenamento jurídico, além de tentar esvaziar aquilo que o constituinte julgou como imprescindível.

Spagolla e Morete (2011, P. 20) seguem a mesma linha ao proporem a constitucionalização do Direito Administrativo, e argumentam:

Ora, a fim de orientar todo o ordenamento jurídico do Estado, tanto para sua integração quanto para a elaboração de novas normas, o constituinte – traduzindo os anseios da sociedade na oportunidade da criação da Constituição Federal – estabeleceu princípios norteadores da ação de seus agentes. Arrolou, especificamente, princípios referentes à Administração Pública [...].

A propósito dessa questão, recente decisão (2011) do Ministro Celso de Mello, do Supremo Tribunal Federal, é elucidativa:

O Poder Público – quando se abstém de cumprir, total ou parcialmente, o dever de implementar políticas públicas definidas no próprio texto constitucional – transgribe, com esse comportamento negativo, a própria integridade da Lei Fundamental, estimulando, no âmbito do Estado, o preocupante fenômeno da erosão da consciência constitucional.

[...] É que nada se revela mais nocivo, perigoso e ilegítimo do que elaborar uma Constituição, sem a vontade de fazê-la cumprir integralmente, ou, então, de apenas executá-la com o propósito subalterno de torná-la aplicável somente nos pontos que se mostrarem ajustados à conveniência e aos desígnios dos governantes, em detrimento dos interesses maiores dos cidadãos. (BRASIL, 2011C).

## Saúde do Trabalhador – a regra e os fatos

Em 1992, aos dois anos de vigência da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), Oliveira e Vasconcellos já destacavam o caráter marginal e periférico que o campo assumia, em matéria de interesse da saúde pública.

É pertinente ressaltar o caráter de marginalidade da área de Saúde do Trabalhador, pois

mesmo as instituições responsáveis pelas ações apresentam um interesse secundário pela questão. [...] O processo de absorção das ações da saúde do trabalhador, por parte do SUS, vem apresentando diversos problemas e, até o momento, não podemos afirmar que as mesmas estejam sendo executadas eficazmente. [...] De um lado, a marginalidade de que se reveste a questão da Saúde do Trabalhador no contexto do setor saúde. De outro, a fragmentação de atribuições e responsabilidades na área (OLIVEIRA; VASCONCELLOS, 1992, P. 153).

No caso da sua institucionalidade, as políticas de ST que vêm sendo implementadas exibem problemas de viabilidade executiva, em virtude de sua baixa capacidade de se fixar nos serviços de saúde pública em geral. Desde o início de sua implantação como campo de ações do SUS, legitimadas pela Lei nº 8.080/90, a área se institucionalizou de forma voluntarista e errática, por intermédio dos chamados Programas de Saúde do Trabalhador (DIAS, 1994). Mesmo com a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), em 2002, instituída pela Portaria nº 1.679, de 19 de setembro, cujo objetivo era integrar, fortalecer, organizar e sistematizar as ações de ST no SUS, não podemos dizer que a área esteja instituída de modo eficaz e eficiente (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011). Sua proposta de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção à ST no âmbito do SUS, com foco nas relações trabalho-saúde-doença, tendo os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) como um locus privilegiado de suporte técnico para essas ações, bem como de organizar e sistematizar informações e ter um papel facilitador da capacitação para o controle social, tanto técnicos quanto profissionais do SUS ainda apresentam dificuldades para sua efetivação. Dias e Hoefel enumeram algumas dificuldades a serem superadas:

a) a lógica do modelo da Renast, centrada na atuação regionalizada dos CRSTs, não corresponde à organização do SUS centrada na municipalização; b) frágil articulação intra-setorial uma vez que a Saúde do Trabalhador ainda não foi efetivamente incorporada na Agenda de Saúde do SUS, nos níveis federal, estadual e municipal; c) confusão dos papéis das coordenações estaduais e municipais de Saúde do Trabalhador e dos Centros de Referência; d) falta de orientação clara quanto aos processos de pactuação dos procedimentos de assistência, vigilância e informação em saúde, uma vez que, com frequência, as áreas de atuação dos CRSTs não coincidem com as Regionais de Saúde; e) o despreparo dos profissionais de saúde que atuam na rede de serviços para lidar com os riscos e agravos à saúde, relacionados com o trabalho e definir os encaminhamentos médicos e administrativos adequados; f) o controle social [...] fragilizado [...]; g) desvio dos recursos destinados à implantação da Renast para cobrir outras necessidades no âmbito do sistema de saúde; h) [...] precedência da assistência em detrimento das ações de vigilância, prejudicando a integralidade das ações; i) as ações intersectoriais ainda são tímidas e localizadas. (DIAS; HOEFEL, 2005, P. 825-826).

Ao se observar, mesmo que de forma sucinta, a irrelevância do campo de ST nos instrumentos normativos, fica evidente que estes fazem raras menções ao campo e, quando o fazem, é na linha de notificação de agravos, sem estabelecer metas de ações que interrompam os fatores determinantes desses mesmos agravos. Um exemplo marcante é o que está estabelecido no documento pactuado pela Comissão Intergestores Tripartite, 'Orientações acerca dos indicadores da pactuação de diretrizes, objetivos e metas 2012'.

Diretriz 7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde [...] Objetivo

Nacional 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde [...] Indicador 24 - Proporção de municípios que notificam doenças/agravos relacionados ao trabalho da população residente Meta Brasil:

Indicador	Meta Brasil
	2012
Proporção de municípios que notificam doenças/agravos relacionados ao trabalho da população residente.	Ampliar o número de municípios com serviço de notificação de doenças/agravos relacionados ao trabalho da população residente.  Meta: 75% dos municípios, com pelo menos uma unidade de saúde, com serviço de notificação de doenças/agravos relacionados ao trabalho implantado.

Esfera de pactuação: Federal, Estadual e DF. Descrição do indicador: Identifica, entre os municípios brasileiros, a existência de notificação de pelo menos 1 dos 11 agravos relacionados ao trabalho constantes da Portaria nº 104/2011. (BRASIL, 2015B).

Ora, ao quadro epidemiológico de proporções dramáticas, anteriormente apresentado, sobrepõe-se uma pactuação das três esferas de governo no sentido de notificar (apenas) um entre 11 agravos, como meta de ST no Brasil, sem apontar metas para a redução dos agravos notificados.

É evidente que muitas das iniciativas no tocante à realização de ações e serviços de ST, no âmbito do SUS, representaram avanços para a consolidação da área. A própria criação da Renast, embora trouxesse a marca de um

[...] vício original de foco assistencialista, trouxe inegáveis avanços para o campo da Saúde do Trabalhador [...] a ampliação dos centros pelo País; a capacidade de possuir dotação orçamentária própria; desdobramentos na sua condução como a elaboração de protocolos de agravos e procedimentos; o estímulo

ao intercâmbio entre os centros; o desencadeamento de processos de capacitação; e, entre outros, a manutenção de um status permanente de mobilização de seus componentes. (VASCONCELLOS, 2007, P. 256).

Contudo, esses avanços foram insuficientes para trazer mudanças no panorama sanitário, inclusive, sendo muitas vezes seguidos por retrocessos na condução das práticas.

Desvendar que pontos se ajustam ‘à conveniência e aos desígnios dos governantes’ em matéria de ‘não’ enfrentar a ST com a força que o problema exige é um desafio esperando a sua hora de ser enfrentado.

## Uma síntese reflexiva

Por certo, são muitas as razões que levam os gestores do SUS a se omitirem e mesmo ofenderem a Constituição Federal neste tópico. O fato de haver uma multiplicidade de órgãos estatais responsáveis pela ST, sem uma sintonia fina entre eles, é uma delas. O enfrentamento, especialmente no nível local, com os setores econômico-produtivos, criando desconfortos entre a gestão pública e os financiadores das campanhas eleitorais, é outra delas. Considerando que as ações de vigilância são a essência da capacidade transformadora da ST, especialmente no nível local, é factível vislumbrar os entraves para o seu desenvolvimento a contento, por contrariar interesses econômicos, em virtude da

[...] dificuldade apresentada pela própria característica do campo da Saúde do Trabalhador, que o coloca no meio de uma relação complexa entre o capital e o trabalho. Se por um lado, essa característica aproxima do campo atores envolvidos e ligados através do componente ideológico e do agir político, por outro lado, distancia as questões de saúde dos assuntos prioritários, em virtude de lidar com questões que mexem com interesses econômicos e, por isso, são alvo de pressões

políticas para que se mantenha o *status quo*. (ALMEIDA, 2012, P. 49).

O poder político expresso nos parlamentos das esferas federal, estadual e municipal, cujo interesse mal tangencia a defesa das relações saúde-trabalho, é outra razão. Uma análise mais acurada depende de um aprofundamento que extravasa o propósito deste texto.

Em síntese, podemos assinalar:

- Existe uma inflação normativa no Brasil, com grande participação da esfera da saúde pública;
- Mesmo hiperinflacionada, a normatização em saúde não dá mostras de intencionar resolver o ‘problema da Saúde do Trabalhador’;
- Os trabalhadores não têm oportunidades de alcançar uma justiça sanitária, por si mesmos;
- Existe uma omissão da gestão pública em relação a alguns temas, de acordo com a sua conveniência, onde se inclui, nesse rol de omissões, a saúde dos trabalhadores;
- Existe um descompasso entre o que determina a Constituição Federal de 1988 e o que a gestão do SUS operacionaliza.

García-Villegas (2013), reportando-se especialmente à América Latina, observa que, em países onde os direitos sociais são ainda precários, as constituições são aspiracionais (constitucionalismo aspiracional, no original), ou seja, aspiram a transformações sociais em contextos conservadores e bloqueadores das mudanças. Enunciando o paradoxo, o autor se indaga se essas constituições são textos jurídicos ou simplesmente enunciados políticos. Assim se manifesta:

*Las constituciones aspiracionales se caracterizan por mantener una profunda distancia respecto de las realidades sociales y políticas que quieren transformar. Esta ruptura está inscrita en su naturaleza futurista y progresista. La constitución no*

*expresa el país que existe sino el que queremos.*  
(GARCÍA-VILLEGAS, 2013, P. 96).

Esta aguda observação aplica-se com propriedade à área de Saúde do Trabalhador no Brasil. Enfim, repensar esta questão, melhor analisá-la e estabelecer agendas propositivas de enfrentamento são os enormes desafios do SUS. Encerramos com as palavras do próprio García-Villegas (2013, P. 86):

*[...] al ver que la constitución no cumple con las promesas de cambio social, de justicia e igualdad que prometió, no sólo le quita su apoyo, sino que termina por convencerse de que ella es el fruto de una estrategia de engaño por parte de las élites dominantes. A su juicio, las constituciones aspiracionales, con su lenguaje generoso e incluyente, sirven más al poder para legitimar el statu quo que a los ciudadanos para proteger sus derechos. ■*

## Referências

- ALMEIDA, M. *Um olhar sobre a vigilância em saúde do trabalhador: a dinâmica entre o saber e o fazer no município do Rio de Janeiro*. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.
- AMARAL, G. L.; OLENIKE, J. E.; AMARAL, L. M. F. (Coord.). *Quantidade de Normas Editadas no Brasil: 25 anos da Constituição Federal de 1988*. Curitiba: Instituto Brasileiro de Planejamento e Tributação, 2013.
- BARROSO, L. R. Fundamentos Teóricos e Filosóficos do Novo Direito Constitucional Brasileiro. *Revista da EMERJ*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 15, p. 11-48, 2001.
- BRASIL. Ministério da Previdência Social. *Anuário Estatístico da Previdência Social*. 2011a. Disponível em: <[http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/27\\_130924-151222-748.pdf](http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/27_130924-151222-748.pdf)>. Acesso em: 14 jan. 2015.
- \_\_\_\_\_. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF 2011b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 18 jan. 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. *AEPS 2013 – Seção IV – Acidentes do Trabalho*, 2013. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/aeaps-2013-secao-iv-acidentes-do-trabalho/>>. Acesso em: 14 jan. 2015a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Coordenação Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa. *Orientações acerca dos indicadores da pactuação de diretrizes, objetivos e metas 2012*. Disponível em: <[http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/Instrutivo\\_Indicadores\\_2012.pdf](http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/Instrutivo_Indicadores_2012.pdf)>. Acesso em: 18 jan. 2015b.
- \_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal. *Segunda turma ag. reg. No recurso extraordinário com agravo 639.337 São Paulo*. 2011c. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=627428>>. Acesso em: 16 dez. 2014.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais*. Brasília, DF: CONASS, 2007.
- DIAS, E. C. *A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia?* 1994. 335 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1994.
- DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia RENAST. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-828, 2005.

- DOBROWOLSKI, S. A inflação legislativa e a jurisdição constitucional. *Revista da ESMESC*, Santa Catarina, ano 5, v. 6, p. 253-267, maio 1999.
- DUARTE, M. E. L. *Análise do acidente de trabalho causados por meio de transporte motocicleta em uma capital brasileira*. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, 2011.
- FINKELMAN, J. (Org.). *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jun. 2009.
- GARCÍA-VILLEGAS, M. Constitucionalismo aspiracional. *Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*, año 15, n. 29, p. 77-97, 2013.
- KELSEN, H. *O que é justiça?: a justiça, o direito e a política no espelho da ciência*. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador (Renast): uma rede que não enreda. In: VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. (Org.). *Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: Educam, 2011. p. 453-489.
- LUHMANN, N. *Sociologia do Direito II*. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro, 1985. 212 p. (Biblioteca Tempo Universitário; n. 80).
- MARX, K. *O capital: crítica da economia política*. Livro I: Processo de Produção do Capital. 12 ed. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 1988.
- OLIVEIRA, M. H. B.; VASCONCELLOS, L. C. F. Política de Saúde do Trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 150-156, 1992.
- SCHMITZ, G. A. P. D. Omissões administrativas: hipóteses em que a omissão se torna ilegal. *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, n. 115, ago. 2013. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=13559](http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13559)>. Acesso em: 18 jan. 2015.
- SOUZA, C. R. A inflação legislativa no contexto brasileiro. *Revista da AGU – Advocacia-Geral da União*, Brasília, DF, ano 11, n. 33, jul./set. 2012.
- SPAGOLLA, V. S. M.; MORETE, V. S. A crise da lei e seus reflexos no direito administrativo: a legalidade questionada UNOPAR. *Cient., Ciênc. Juríd. Empres.*, Londrina, v. 12, n. 2, p. 17-21, Set. 2011. Disponível em: <<http://revistas.unopar.br/index.php/juridicas/article/view/1036>>. Acesso em: 22 dez. 2014.
- VASCONCELLOS, L. C. F. *Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma Política de Estado*. 2007. 422 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

---

Recebido para publicação em janeiro de 2015  
 Versão final em março de 2015  
 Conflito de interesse: inexistente  
 Suporte financeiro: não houve

# Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana

*A critical analysis of the social determinants of health approach from the perspective of the latin american social medicine and collective health*

Elis Borde<sup>1</sup>, Mario Hernández-Álvarez<sup>2</sup>, Marcelo Firpo de Souza Porto<sup>3</sup>

**RESUMO** O enfoque dos Determinantes Sociais da Saúde tem tido ampla difusão e foi aparentemente bem acolhido globalmente. Este artigo assume uma visão crítica desse enfoque, buscando sistematizar as críticas principalmente provenientes de debates no interior da medicina social e saúde coletiva latino-americana, que se articularam ao redor da diferenciação entre Determinantes Sociais da Saúde e a determinação social dos processos saúde-doença. Pretendemos examinar estas diferenças para problematizar a aparente unanimidade retórica em prol da equidade. Ainda que a abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde marque um enorme avanço na mobilização pela equidade em saúde, em nossa avaliação ela não consegue ser mais do que um avanço incompleto.

**PALAVRAS-CHAVE** Desigualdades em saúde; Equidade em saúde; Medicina social.

**ABSTRACT** *This article seeks to critically analyze the Social Determinants of Health approach and proposes a synthesis of the critique that has shaped the debate and particularly found expression in the differentiation between SDH and the Latin American Social Medicine and Collective Health ‘social determination of the health-disease processes’ approach. Reexamining the apparent rhetoric unanimity that defined the agenda of the mobilization around the Social Determinants of Health, we seek to address the differences between these approaches and conclude that the Social Determinants of Health approach marks an important but incomplete advance in the mobilization towards the reduction of health inequities.*

**KEYWORDS** *Inequalities in health; Equity in health; Social medicine.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp), Centro de Estudos, Políticas e Informações sobre Determinantes Sociais da Saúde (Cepi-DSS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. borde.elis@gmail.com

<sup>2</sup>Universidad Nacional de Colombia – Bogotá (DC), Colombia. mehernandez@unal.edu.co

<sup>3</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. marcelo.firpo@ensp.fiocruz.br



## Introdução

Atualmente há um consenso sobre a importância de abordar os efeitos da dimensão social na saúde (BARATA; ALMEIDA-FILHO; BARRETO, 2012) e, também graças à mobilização ao redor dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), iniquidades sociais em saúde são reconhecidas como desigualdades sistemáticas, evitáveis, injustas e desnecessárias (CDSS, 2008). A crescente referência à importância da dimensão social na compreensão e atuação sobre as iniquidades sociais em saúde, no entanto, não implicou em uma superação dos problemas relacionados às falácias da indefinição da natureza dos processos sociais envolvidos na determinação social dos processos saúde-doença, apontadas por diversos autores desde os anos 1960, incluindo Juan Cesar García (1994). A compreensão destes processos continua sendo limitada, as intervenções para combater as iniquidades sociais em saúde são insuficientes e continuam predominando narrativas biologicistas e culturalistas nas abordagens dominantes no campo da saúde pública e, mais especificamente, da epidemiologia. Parece-nos enfrentar uma situação inclusive mais complexa, devido à apropriação funcional das propostas e da terminologia crítica, culminando em uma aparente unanimidade retórica, na invisibilização de abordagens alternativas e, em consequência da última, a constituição de uma “universalidade radicalmente excludente” (LANDER, 2005, p. 26) dentro do campo teórico da epidemiologia.

Buscamos, neste artigo, analisar a abordagem das iniquidades sociais no modelo dos DSS que vem sendo promovida pela Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) da Organização Mundial da Saúde (OMS) desde o ano 2005. Com a publicação do relatório final no ano 2008, o trabalho da Comissão consolidou-se como referência central na matéria de desigualdades e iniquidades sociais em saúde no mundo inteiro. No momento em que se realizou a

Conferência Mundial dos DSS (WCSDH) no Rio de Janeiro (19-21.10.2011), a proposta da CDSS se apresentou como nova agenda de pesquisa em contraposição às abordagens ainda hegemônicas na epidemiologia, que diante a dificuldade de abordar ‘o social’ têm optado por uma negação ‘do social’ e tem reforçado uma redução da epidemiologia à sua componente biomédica, artificialmente isolando os processos saúde-doença dos processos sociais mais amplos e, principalmente, das relações de poder. No entanto, o fato de surgirem três declarações alternativas à Declaração Política do Rio sobre DSS manifestou certa insatisfação e diferenças no que concerne a forma de entender a interação entre processos sociais e o processo saúde-doença e os DSS. As declarações emitidas, respectivamente, pelo Movimento para a Saúde dos Povos (*People’s Health Movement – PHM*), a Associação Latino-Americana de Medicina Social (Alames) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Federação Internacional das Associações de Estudantes de Medicina (*IFMSA*) visibilizaram a existência de propostas alternativas à proposta da CDSS.

As principais diferenças articulam-se ao redor da diferenciação aparentemente sutil entre ‘Determinantes Sociais da Saúde’ (DSS) e ‘Determinação Social dos processos saúde-doença’ (DS), que é referida na declaração alternativa emitida pela Alames e pelo Cebes e veio marcar o debate, especialmente na América Latina. Enquanto a abordagem da ‘Determinação Social’, principalmente articulada desde a Medicina Social-Saúde Coletiva latino-americana (MS-SC), compartilha o reconhecimento da importância de abordar os efeitos da dimensão social na saúde e das iniquidades sociais em saúde como desigualdades sistemáticas, evitáveis, injustas e desnecessárias. Apesar dessa semelhança com a abordagem dos DSS, existem significativas diferenças na interpretação dos processos sociais que subjazem e engendram estas dinâmicas sistemáticas, evitáveis e injustas.

Buscando problematizar a aparente unanimidade retórica em prol da equidade e a ‘universalidade radicalmente excludente’ que veio pautar a agenda científica e política no contexto da mobilização ao redor dos DSS e que incorporou uma noção de universalidade a partir de propostas teórico-políticas claramente inscritas na Medicina Social Europeia (MSE), pretendemos examinar e explicitar estas diferenças. Isso principalmente porque argumentamos que o trabalho da CDSS, em grande medida, revigoreu a invisibilização de alternativas, reforçando uma insidiosa unanimidade retórica que tem impedido averiguar a intencionalidade política das propostas, podendo

deixar-nos desatentos e desarmados frente à possibilidade de se despolitizar a questão da saúde mediante a mera constatação distanciada da existência, quase naturalizada, de disparidades na ocorrência de doenças e eventos relativos à saúde. (ALMEIDA-FILHO, 2009, P. 368).

Entendemos que a mobilização global em torno dos DSS parecia requerer certa unidade, ao menos aparente, e uma certa visão universal para convocar à “redução das desigualdades no período de uma geração” (CDSS, 2008, P. 1). Mas parece-nos importante situar as propostas da CDSS e explorar as diferenças que se evidenciam na comparação com propostas articuladas desde a MS-SC, indicando porque a abordagem dos DSS continua sendo insuficiente para compreender e contribuir para a transformação das iniquidades sociais em saúde.

Seguindo a introdução da proposta dos DSS na primeira parte do artigo, propomos uma sistematização das críticas articuladas ao redor da abordagem dos DSS, enfatizando as diferenças que fazem a diferença na abordagem das iniquidades sociais em saúde e se expressam nos planos ontológico, epistemológico, ético e político, principalmente no que concerne aos critérios que orientam o julgamento das iniquidades e injustiças em

saúde, o tipo de ação política previsto e os processos e sujeitos sociais da mudança na abordagem dos DSS e da DS, respetivamente.

## Os Determinantes Sociais da Saúde segundo a CDSS

Depois do retrocesso que significou a substituição da concepção original de Atenção Primária à Saúde por ‘pacotes mínimos’ focalizados no marco da expansão de agendas neoliberais nos anos 1980 que também vieram a definir a agenda da OMS, a formação da CDSS no ano 2005 marcou uma importante cisão e tem sido motivo de regozijo e esperança (TAMBELLINI; SCHÜTZ, 2009; NOGUEIRA, 2010; INGLEBY, 2012; CABRERA ET AL., 2011). Cabrera et al. (2011) e Breilh (2011) alegam que o trabalho da Comissão tem contribuído para a denúncia das iniquidades em saúde e tem dado visibilidade mundial aos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde que se configuram no marco das injustiças sociais. Para Birn (2009), a conformação da CDSS constitui um triunfo contra o paradigma dominante, que entende a saúde como instrumento e impulsor do crescimento econômico ao invés de um direito e valor humano intrínseco. O paradigma dominante sistematicamente tem negado a dimensão social das desigualdades em saúde, privilegiando abordagens biologicistas, culturalistas e, principalmente, aquelas que têm explicado as desigualdades em saúde como efeitos de decisões pessoais e estilos de vida pouco saudáveis. Birn (2009) aponta três grandes contribuições da CDSS: a) proporcionar maior legitimidade aos determinantes sociais, b) discutir as dimensões mundiais das iniquidades em saúde e c) identificar o papel dos sistemas de serviços de saúde como determinantes da saúde.

Em termos gerais, a CDSS propôs um modelo segundo o qual existem dois tipos de Determinantes Sociais da Saúde: os determinantes estruturais e os determinantes

intermediários. Os determinantes estruturais terão impacto na equidade em saúde e no bem-estar através da sua ação sobre os determinantes intermediários. Daí a diferenciação entre ‘determinantes estruturais das iniquidades em saúde’ e ‘determinantes intermediários da saúde’, que em conjunto constituem os ‘Determinantes Sociais da Saúde’ na proposta da CDSS, que veio a se consolidar principalmente no marco conceitual (SOLAR; IRWIN, 2010) e no relatório final (CDSS, 2008).

## Determinantes estruturais das iniquidades sociais em saúde

Os determinantes estruturais são entendidos como motores estruturais das condições de vida e se aproximam ao conceito de determinantes distais, ou macrodeterminantes econômicos e sociais, segundo o conhecido modelo de Whitehead e Dahlgren (1991). Solar e Irwin (2010) apontam no marco conceitual da CDSS, que os determinantes estruturais são os mecanismos que geram e reforçam hierarquias sociais que definem o poder, prestígio e acesso a recursos por meio da educação, do trabalho e da renda e, desta forma, configuram circunstâncias materiais (condições de vida e de trabalho etc.), fatores comportamentais e biológicos, coesão social e fatores psicossociais – os determinantes intermediários da saúde que completam os Determinantes Sociais da Saúde. Entre os mecanismos que produzem e reforçam a hierarquia social, os autores destacam os seguintes fatores contextuais (SOLAR; IRWIN, 2010): 1) cultura e valores sociais, 2) políticas públicas em áreas como educação, atenção médica, água e saneamento, 3) políticas sociais afetando fatores como emprego, bem-estar social, posse de terra e vivenda, 4) políticas macroeconômicas, incluindo políticas fiscais, monetárias, políticas de comércio e a estrutura do mercado laboral, 5) governança

em relação aos mecanismos de participação social da sociedade civil, prestação de contas e transparência na administração pública e padrões de discriminação e 6) condições epidemiológicas, principalmente no caso de epidemias que alteram a estrutura social como, por exemplo, a epidemia do HIV/Aids em algumas partes do mundo.

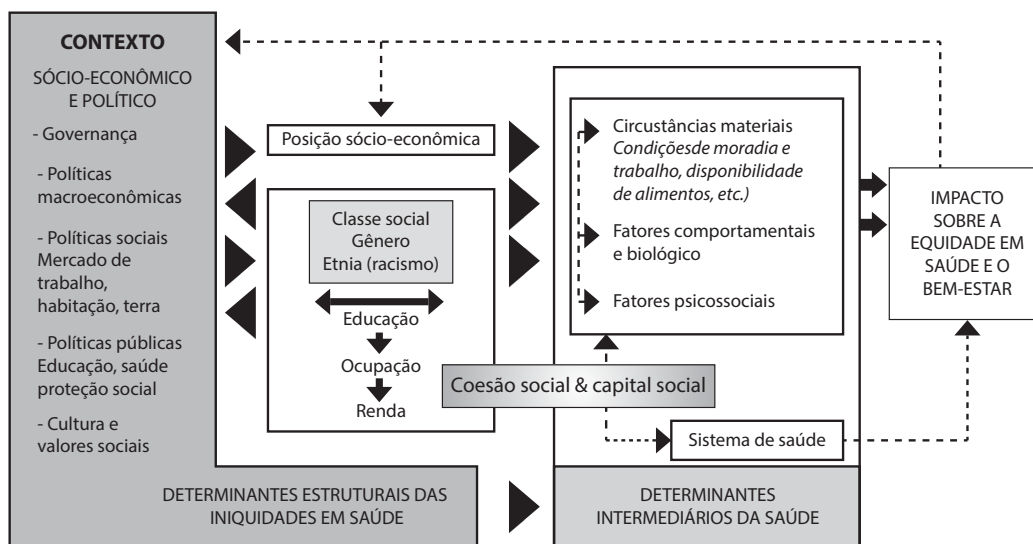
## Determinantes intermediários da saúde

Os determinantes intermediários referem ao conjunto de elementos categorizados em fatores comportamentais e fatores biológicos, circunstâncias materiais (condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos, moradia etc.), e fatores psicossociais. Ainda incluem o sistema de saúde e a coesão social. Além da vulnerabilidade diferenciada, destacam-se diferenças na exposição e nas consequências de acordo à posição socioeconômica. Para Solar e Irwin (2010), as circunstâncias materiais são os fatores intermediários mais importantes e referem, entre outros, às condições de moradia, particularmente a superlotação, a qualidade de ar, o acesso à água e as características da vizinhança. Em relação às condições de trabalho, os autores afirmam que existem marcadas diferenças sociais no que concerne a exposição a agressores físicos, mentais, químicos e ergonômicos no local de trabalho e ainda destacam a vulnerabilidade diferenciada de trabalhadores em economias informais. Outros determinantes intermediários da saúde propostos por Solar e Irwin (2010) e contidos no modelo proposto no marco conceitual da CDSS (*figura 1*), são os estilos de vida e comportamentos, que se expressam, entre outros, nos padrões de consumo de tabaco, álcool e na falta de atividade física. Os dados revisados por Solar & Irwin (2010) sugerem que os fatores de risco operam de forma diferencial de acordo à posição socioeconômica.

Incluem-se ainda estressores psicossociais (*negative life events and job strain*), circunstâncias estressantes (por exemplo, dívidas) e a falta de apoio social como determinantes intermediários da saúde. No marco conceitual da CDSS, o sistema de saúde também é considerado um determinante intermediário da saúde, reconhecendo principalmente

a influência das barreiras de acesso. A coesão social é proposta como determinante transcendental e é entendida como uma forma de dar conta do impacto das relações estabelecidas entre as comunidades e instituições, particularmente o Estado, sobre a qualidade de vida das comunidades (SOLAR; IRWIN, 2010).

Figura 1. Modelo proposto no marco conceitual da CDSS



Fonte: SOLAR; IRWIN, 2010

Como foi referido no início desta seção, a abordagem dos DSS e o lançamento do relatório final da CDSS podem ser considerados como avanços na mobilização internacional em prol da equidade em saúde. A proposta da CDSS articulada no relatório final da CDSS (2008) e no marco conceitual (SOLAR; IRWIN, 2010), parte do reconhecimento de que

a saúde deficiente dos pobres, a gradação social na saúde dentro dos países e as desigualdades profundas entre países são provocadas pela distribuição desigual de poder, rendimentos, bens e serviços, nas escalas nacionais e global. (CDSS, 2008, P. 1).

Dessa forma, traz denúncias que marcam uma importante cisão com respeito aos relatórios anteriores da OMS como, por exemplo, o polêmico 'Relatório Mundial da Saúde para o Ano 2000'. Ainda desafia a corrente hegemônica no campo da saúde pública, que continua ditando as reformas no setor saúde e se define por uma posição liberal individualista de justiça e uma compreensão da saúde aprisionada à visão biomédica (HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, 2011). Sem dúvida a CDSS propõe uma crítica importante quando reconhece que as assimetrias de poder são geradas e reproduzidas pelo contexto socioeconômico e político, que privilegia grupos diferenciáveis

por classe social, gênero, etnia, educação, ocupação e renda (posição socioeconômica), configurando padrões diferenciados de vulnerabilidade e exposição aos determinantes intermediários de saúde e, desta forma, definem as iniquidades sociais em saúde. Porém tal crítica é incompleta por conceber no atual modelo de sociedade a possibilidade de reverter as iniquidades.

A proposta da CDSS, neste sentido, se concentra no que produz a sociedade em termos de desigualdades e reduz a margem de compreensão e de denúncia aos fatores mensuráveis e claramente visíveis, esperando que isso, por si só, seja suficiente para reverter o problema. Ou seja, não propõe uma análise compreensiva das relações de poder e dos padrões de exploração, dominação e marginalização que subjazem as hierarquias sociais. Classe social, etnia e gênero não aparecem como categorias analíticas da matriz de dominação que tem sustentado a consolidação e expansão do sistema-mundo capitalista moderno/colonial. Ao contrário, parte-se de uma visão a-histórica e abstrata que baseia as categorias analíticas no que é empiricamente observável e não explicita porque as hierarquias sociais têm-se configurado em função e em relação ao gênero, à classe social, à raça e etnia, e qual o papel da educação, da ocupação e da renda nestas relações. Por isso, a crítica formulada, paradoxalmente, ao mesmo tempo em que avança, imobiliza.

É talvez este o ponto central da crítica que se articulou em relação à CDSS e à abordagem dos DSS, que culminou em publicações científicas (PASSOS, 2009; EIBENSCHUTZ; TAMEZ; GONZÁLEZ, 2011; INGLEBY, 2012; NOGUEIRA, 2010; PEÑARANDA; OTÁLVARO, 2013) e em declarações políticas, como foi referido acima. Cabe abordar com mais detalhe os diferentes pontos de crítica que foram articulados, principalmente desde a MS-SC, que hoje talvez seja a corrente contra hegemônica mais importante no campo da saúde pública.

## Diferenças que fazem a diferença: pontos de crítica

As críticas articuladas em relação à abordagem dos DSS apontam insuficiências no alcance das análises e nas propostas articuladas pela CDSS, e alguns autores (BIRN, 2009; INGLEBY, 2012) referem ao relatório final da CDSS como uma ‘oportunidade perdida’. Referem-se, neste sentido, à falta de consideração de processos considerados centrais na produção e reprodução das iniquidades sociais em saúde como, por exemplo, a migração (INGLEBY, 2012). De acordo com o resumo das críticas mencionadas na seção anterior, ainda se questiona a abordagem histórica e descontextualizada das iniquidades sociais enquanto efeitos de um ‘contexto socioeconômico e político’ abstrato, que evidencia a persistência de lacunas, omissões e desinteresses na abordagem das iniquidades sociais da saúde desde a perspectiva da CDSS (ALMEIDA-FILHO, 2009). Vicente Navarro (2009, p. 440), neste sentido, afirma:

The Commission’s report goes very far in describing how inequalities are killing people [...] And we, as public health workers, must denounce not only the process, but the forces that do the killing.

Estes problemas se manifestam de forma particularmente clara em relação à abordagem da saúde implícita na proposta da CDSS e na abordagem do ‘social’ dos determinantes da saúde, incluindo as noções de justiça que são implicadas. A seguir pretendemos aprofundar estes pontos de crítica e abordar as diferenças que se evidenciam na comparação com propostas articuladas desde a MS-SC, buscando ampliar e complementar análises feitas por Morales *et al.* (2013), Eibenschutz, Tamez e Gozáles (2011) e Peñaranda e Otálvaro (2013), entre outros.

## Saúde: entre estado de ausência de doença ou processo social

A teoria da saúde adotada no relatório final da CDSS e no marco conceitual coincide com a teoria que impera na medicina ocidental e também com a concepção assumida pela epidemiologia dominante. Neste sentido, Nogueira (2010) aponta que na proposta da CDSS, a saúde equivale a ausência de morbimortalidade e a sobrevivência física no longo prazo (longevidade). Para o autor a saúde é definida exclusivamente a partir das condições de normalidade e anormalidade psico-biológicas dos indivíduos, estabelecidas pela biomedicina. Trata-se, segundo Hernández-Álvarez (2011), de uma concepção tradicional da saúde como equilíbrio biológico ou energético-material, de expressão individual e com causas internas e externas empiricamente identificáveis como ‘fatores’ – no caso, ‘determinantes’. Desta forma se diferencia da noção do ‘processo saúde-doença’, articulada pela MS-SC, como processo de natureza social com expressão específica no ‘nexo biopsíquico humano’ e ‘subsumido’ nos processos de produção e reprodução social (LAURELL, 1987; BREILH, 2003).

A abordagem da CDSS desconsidera estas dimensões, principalmente a complexidade, multidimensionalidade e natureza social do processo saúde-doença, que vão muito além do reconhecimento da influência de fatores sociais sobre a saúde das populações (NOGUEIRA, 2010). Ao contrário, a ‘determinação social dos processos saúde-doença’ implica reconhecer as dinâmicas sociais que engendram os processos de produção e reprodução dos padrões estruturais de dominação, exploração e marginalização nas sociedades concretas, moldam os modos de vida e se expressam nos processos saúde-doença.

## A abordagem do social

Na abordagem dos DSS, a organização social que se configura a partir destes processos é concebida como externa aos indivíduos e grupos sociais (CABRERA ET AL. 2011) e desta forma, as variáveis do ‘contexto socioeconômico e político’ que sugere a CDSS são definidas apenas em termos abstratos. Por mais que se reconheça o papel do mercado e da globalização na geração das iniquidades sociais e se demande uma ‘participação equitativa’ no comércio internacional e nas instituições econômicas mundiais (BIRN, 2009), a não-explicitação do tipo de sociedade e de economia nos quais se desenvolvem estas relações injustas e para os quais são funcionais, insinua uma abordagem abstrata, superficial e inerentemente limitada dos processos que engendram as iniquidades sociais em saúde. O mercado e a globalização assim aparecem como ‘forças obscuras’ e abstratas que apresentam ‘falhas’ na medida em que produzem desigualdades em educação, ocupação e renda (CABRERA ET AL., 2011). Tais falhas ou externalidades poderiam ser corrigidas na medida em que se adotam boas práticas na governança, políticas redistributivas e o mercado se torne mais ‘responsável’ (CDSS, 2008). A CDSS, neste sentido, sugere aumentar a representação de defensores pela equidade em saúde e apoiar a institucionalização da avaliação do impacto sobre a equidade sanitária (BIRN, 2009). Ambas as propostas certamente são interessantes e pragmáticas, mas claramente insuficientes e bastante ingênuas, delegando para os ‘especialistas do direito’ a responsabilidade para direcionar a sociedade rumo a modelos mais justos. Os impactos negativos que gera ‘o mercado’ sobre a equidade em saúde, desta forma, são considerados como aleatórios, acidentais e não-desejados, e o padrão sistemático da determinação social que se engendra, entre outros, a partir da superexploração do trabalho, da natureza implicada no regime de acumulação capitalista e das diferentes formas

de discriminação e racismo, não é reconhecido pela CDSS. Também não se reconhece a incompatibilidade do regime de acumulação capitalista com modos de vida saudáveis, como é colocado por Breilh (2013). A CDSS, portanto, se contenta com melhorias num sistema inerentemente injusto (BREILH, 2011) e, desta forma, segue uma abordagem característica da sociologia funcionalista, na medida em que estorva um pensamento alternativo sobre possíveis alternativas, principalmente ao regime de acumulação capitalista. O horizonte de transformação da CDSS se limita à correção das distorções que acompanharam a aceleração e extensão do regime de acumulação capitalista, sem ameaçá-lo (BREILH, 2011), e reserva um papel estratégico à gestão pública redistributiva. Sem dúvida esta abre espaços importantes, que, no entanto, são insuficientes para uma transformação mais profunda.

Da mesma forma pode-se dizer que a insistência nas políticas redistributivas certamente é um passo fundamental na mobilização pela equidade em saúde no contexto das políticas de austeridade e no contexto da expansão da influência de agendas neoliberais no mundo inteiro. Navarro (2009), no entanto, faz uma importante observação ao notar que os chamados da CDSS para políticas de redistribuição de recursos não explicitam quem concentra os recursos e porquê. Cabe retomar Nogueira (2010, p. 405) ao apontar que

essa nova epidemiologia, que é apenas pseudossocial, arroga a si o direito de falar do social sem compreendê-lo como tal, sem ser capaz de adotar a este respeito qualquer abordagem teórica razoável, e muito menos, uma teoria crítica da sociedade.

Os determinantes sociais e condicionantes dos efeitos observados em relação às desigualdades sociais em saúde apenas são colocados como fatores e/ou situações

sociais que as precedem, o que Tambellini e Schütz (2009) relacionam à falta de precisão conceitual e à teorização frouxa sobre a relação saúde-sociedade que se manifesta na proposta da CDSS. Esta adota um conceito estreito de determinantes sociais que opera num nível da empiria, insinuando uma compreensão do social como algo que se encontra nas populações e influencia a natureza essencialmente biológica do homem (NOGUEIRA, 2010). Reforça, ainda, uma visão fragmentada da realidade na medida em que repete o *modus operandi* do causalismo (BREILH, 2011), enxerga e atua apenas sobre fatores, e não sobre a mudança de processos estruturais, como foi referido em relação ao horizonte de transformação. Segundo Breilh (2011), esta abordagem impossibilita o estabelecimento de umnexo histórico real entre os determinantes estruturais e os determinantes intermediários da saúde, sobretudo porque as categorias definidoras do conjunto e da lógica dos determinantes estruturais estão ausentes. Por exemplo na conceituação da classe social evidencia-se um foco distorcido para a dimensão do consumo (educação – ocupação – renda), que evidentemente é insuficiente para dar conta das dinâmicas de marginalização, dominação e exploração que produzem e reproduzem as iniquidades sociais. Almeida-Filho (2009), neste sentido, observa que os conceitos dominantes de desigualdades em saúde manifestam uma ‘falácia econocêntrica’, o qual também se aplica à proposta dos DSS. Renda, produção, consumo e outros indicadores econômicos são tomados como parâmetros para medidas de desigualdade na sociedade, desprezando o papel de outras dimensões de subalternização que podem, inclusive, ter maiores impactos sobre o processo saúde-doença e sobre o bem-estar coletivo, principalmente em sociedades que se afastam do mítico pleno emprego e são ditadas por economias informais e não capitalistas.

A falácia econocêntrica tem marcado as interpretações dominantes das iniquidades sociais e na proposta dos DSS é reforçada pela ênfase no 'gradiente em saúde', que apenas se aplica às variáveis contínuas (por exemplo: renda) e não pode ser aplicada às variáveis ordinais (por exemplo: raça/etnia, gênero, classe social), como apontado por Ingleby (2012). O mesmo autor reconhece a importância de optar pela ênfase no 'gradiente' para examinar toda a gama de desigualdades e superar as dicotomias simplistas, mas critica que esta ênfase levou à desconsideração das 'brechas' (*gaps*) entre grupos socialmente construídos, em relação e em função dos quais historicamente se geraram iniquidades.

## Diferenças na abordagem da justiça, injustiça, equidade e iniquidade

O conceito mais destacado para abordar as desigualdades em saúde na abordagem dos DSS é a iniquidade, entendida como desigualdade injusta. Cabe, portanto, indagar, mesmo de forma sucinta, sobre as noções de justiça implicadas a esse conceito. Partimos, neste sentido, do reconhecimento da iniquidade como conceito ético que implica uma valorização da desigualdade.

A proposta dos DSS assenta-se numa posição liberal redistributiva da justiça influenciada por John Rawls e Amartya Sen (SOLAR; IRWIN, 2010), que marca a maneira de entender a causalidade das iniquidades sociais e, desta forma, configura as respostas políticas e o âmbito privilegiado para as transformações. De acordo com Hernández-Álvarez (2011), cabe diferenciar a posição de justiça adotada pela CDSS de principalmente duas posições alternativas: a corrente hegemônica liberal da justiça e, por outro lado, a posição igualitarista social, que tem marcado as propostas da MS-SC.

A posição liberal da justiça tem sido hegemônica nas reformas das políticas sociais e

sistemas de proteção nos últimos 30 anos no mundo inteiro (HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, 2003) e tem-se guiado por uma noção de justiça que assume como justas aquelas transações que são feitas entre indivíduos livres e iguais (HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, 2011). Como é colocado por Hernández-Álvarez (2011), o ponto central da posição liberal da justiça consiste em que os direitos sociais, econômicos e culturais não são estritamente direitos, mas conformam bens e serviços associados à capacidade de pagar: "*Quien tiene, paga y obtiene. Quien no tiene, debe demostrarlo para merecer una atención subsidiada y focalizada por parte del Estado*" (HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, 2011, p. 172). A perspectiva liberal da justiça, em sua visão individualista e utilitarista, dialoga bem com o assim chamado 'individualismo metodológico', que assume a sociedade como um conjunto de agentes racionais, que se encontra em transações egoístas e procura maximizar a utilidade (HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, 2011). Hernández-Álvarez aponta que as políticas baseadas nesta perspectiva de justiça têm resultado politicamente viáveis na medida em que geram melhoras de curto prazo, sem a necessidade de modificar as condições que geram as iniquidades e a pobreza.

A CDSS se distancia desta posição de justiça hegemônica ao reconhecer estruturas sociais que engendram desigualdades na 'liberdade de' ser e na 'liberdade para' fazer, principalmente através da sua influência sobre escolaridade, ocupação e renda. Reconhece que existem diferenças no grau de liberdade e igualdade dos homens, que devem ser equilibradas a partir da garantia de condições de vida digna, expressadas em trabalho, educação, saneamento, assistência médica e moradia para todos os cidadãos. A iniquidade, portanto, é entendida como injustiça no repartir e no acesso às riquezas e ao poder, com a estratificação social sendo concebida como resultado de desigualdades em relação à escolaridade, ocupação e renda que surgem de contextos sociopolíticos desfavoráveis. Desigualdades em saúde são concebidas como injustas quando são produto de situações que estão fora do controle dos indivíduos e limitam o exercício da 'liberdade



individual' (agência) reconhecendo que, de acordo à posição socioeconômica – entendida como produto da interação entre o nível de educação, o tipo de ocupação, a renda, o gênero, a etnia/exposição ao racismo e a classe social –, o grau de escolha de estilos de vida varia. A CDSS refere, entre outros, a alimentação restringida por carências econômicas, a exposição a condições de vida e trabalho insalubres, a violação dos direitos humanos e o acesso inadequado a serviços básicos como saneamento e moradia. Nesta concepção, uma sociedade justa se caracteriza por proporcionar um elevado grau de liberdade para todos (MORALES ET AL., 2013).

A posição igualitarista social da justiça parte do reconhecimento de que as desigualdades são injustas porque são produzidas por uma apropriação indevida dos meios de realização da vida por parte de uma classe social, um gênero e/ou uma etnia/raça (matriz de dominação) (HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, 2011). Reconhece desta forma um 'sujeito histórico', construído nas relações sociais e processos de dominação, exploração e marginalização em função da consolidação de privilégios (materiais, políticos e simbólicos). Desde esta perspectiva, iniquidades e desigualdades são produzidas pelas relações de poder e de dominação, que se articulam no regime de acumulação capitalista, e são confrontadas pelas resistências e lutas dos explorados pelo regime, ou ainda dos que vivem, ainda que parcialmente, em contextos não capitalistas, como algumas comunidades indígenas e camponeses. A estratificação social, portanto, é entendida como expressão das formas de propriedade, poder e divisão do trabalho características da sociedade capitalista e das suas formas de produção e reprodução. Isso implica que a iniquidade não apenas se refere às injustiças na distribuição e acesso aos bens materiais e serviços básicos, senão ao processo intrínseco que as engendra. Retomando o exemplo discutido acima, a exposição diferencial a condições de vida e trabalho insalubres não pode ser considerada aleatória, mas deve ser reconhecida como sistemática e funcional à expansão e

consolidação do regime de acumulação capitalista e assente nos vários mecanismos de dominação (LANDER, 2005) e na divisão internacional do trabalho. Portanto, as hierarquias étnico-racial, de classe social e gênero são simultaneamente parte constitutiva do desenvolvimento e da reprodução do regime capitalista e colonial, bem como determinantes do grau e da qualidade de dominação. As transformações, assim, não podem se limitar ao poder estatal e à qualidade de políticas públicas, dos "gestores" e dos processos participativos, mas surgem da "*intersubjetividade emancipadora entre las clases, los géneros y las etnias dominados*" (BREILH, 2003, P. 60).

## Propostas de transformação ou como reduzir as desigualdades no período de uma geração

As diferenças na abordagem da justiça e da equidade têm implicações para a prática, como é enfatizado por Hernández-Álvarez (2011). Cabe, portanto, problematizar as referências centrais e revisar as propostas apresentadas pela CDSS para reduzir as iniquidades sociais em saúde no período de uma geração. Em linhas gerais, a CDSS propõe ações em dois níveis (BREILH, 2011): nos condutores estruturais e nas mudanças das condições de vida. O primeiro grupo de medidas recomendadas pela CDSS inclui o financiamento justo, orientado para aumentar o gasto em saúde; as responsabilidades do mercado; a equidade de gênero; a tomada de decisões imparcial a partir de um empoderamento que garanta uma ampla participação na tomada de decisões referente à equidade em saúde e à boa condução governamental global, contando com um maior peso de organismos multilaterais que incluam os DSS nas suas agendas. O segundo grupo de medidas se dirige a alcançar: equidade desde o início da vida; emprego justo e trabalho decente, combatendo o trabalho precarizado, o desemprego

e as más condições de trabalho; moradias saudáveis com acesso a bens e planejados para promover a saúde; acesso universal à atenção médica, promovendo sistemas universais e gratuitos, fundados na atenção primária e que garantam acesso equitativo e proteção social universal. A CDSS ainda recomenda três princípios de ação: melhorar as condições de vida cotidianas; abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; quantificar e compreender o problema e avaliar o impacto da ação. Na articulação dos três princípios de ação, a CDSS é inequívoca na defesa de sistemas de saúde universais e advoga pelo aumento imediato dos gastos públicos em saúde – demandas que a MS-SC também têm reivindicado. As diferenças manifestam-se principalmente nos atores e processos sociais vislumbrados para alcançar a equidade em saúde no período de uma geração desde as respetivas propostas. A CDSS imagina uma mobilização social em prol da saúde, partindo da suposição de que o reconhecimento das desigualdades em saúde sejam motivo suficiente para mobilizar autoridades e a sociedade civil. Além de ingênua, esta suposição desconhece os processos, os contextos sócio-históricos e as lutas sociais que têm permitido um avanço na mobilização em prol da equidade em saúde e se manifestam, entre outros, na consolidação do direito à saúde, na melhoria das condições de vida e trabalho, bem como o acesso mais amplo aos serviços de saúde. Cabe, neste sentido, lembrar que a reforma sanitária brasileira surgiu no contexto das conjunturas da redemocratização da sociedade e da reformulação constitucional (NOGUEIRA, 2010). Birn (2009) ainda questiona a abordagem ahistórica que a CDSS faz dos países/regiões pobres, que “atingiram um bom nível de saúde, acima de todas as expectativas, tendo em conta o nível econômico nacional” (CDSS, 2008, p. 36). A autora destaca que

*en cada uno de las sociedades citadas se ha necesitado una larga lucha política, ya sea por medio de una revolución (en el caso de Cuba); participación y activismo sindical extremadamente altos (entre*

*el 70 y el 95% de la fuerza laboral activa, a su vez resultado de la lucha política), combinados con la elección de partidos políticos con valores socio democráticos (en los países nórdicos); una lucha larga y constante de los partidos políticos de izquierda para ser electos y reelectos (en Kerala); o movimientos populares y laborales a favor de protección social y un fin al gasto militar, después de una guerra civil brutal y de rechazo de intereses imperialistas (Costa Rica). (BIRN, 2009, p. 193).*

Com a descontextualização histórica dos avanços na mobilização pela equidade em saúde e a negação do papel dos movimentos sociais a partir de um foco tecnicista na gestão pública (BIRN, 2009), a ênfase na ‘participação social’ e no ‘empoderamento’ perdem significância e aparecem como conceitos soltos, esvaziados de conteúdo crítico, principalmente porque são abordados em termos de identidade civil, liberdade e autonomia, contrário à compreensão da emancipação como superação das relações de poder existentes. De forma semelhante, o termo ‘vontade política’, posto no centro das recomendações da CDSS, continua sendo superficial, indefinido e, de acordo com Birn (2009), sem sentido.

Cabe, conseqüentemente, questionar o alcance das reformas propostas pela CDSS, que Breilh (2011) acusou de se limitar a uma forma de mascaramento social, que melhora algumas partes mas não enfrenta as bases estruturais da determinação social dos processos saúde-doença. Isso, principalmente, porque se negam trajetórias históricas de lutas e atores sociais que têm sido fundamentais na elevação do bem-estar das populações historicamente excluídas e na proteção da vida, e poderiam visibilizar horizontes alternativos desde os quais seria possível contribuir de forma decisiva para a equidade em saúde. Da mesma forma, as propostas éticas e políticas que propõe a CDSS carecem de elementos emancipatórios. Como aponta Breilh (2003), cabe notar, como demonstra a história, que avançamos pouco enfocando apenas os objetos de transformação, sem considerar os respetivos sujeitos de transformação.

## A modo de conclusão

Uma das contribuições atribuídas à CDSS é seu alcance global (NOGUEIRA, 2010; BIRN, 2009), dada sua pretensa capacidade de mobilizar tomadores de decisão do mundo inteiro de diferentes países e realidades sociais a partir do reconhecimento da importância de iniquidades relativas e da pobreza absoluta e suas implicações para a saúde, tanto no Norte quanto no Sul (BIRN, 2009). Mas até que ponto tal pretensão tem sido tão global? Trata-se de uma proposta globalmente relevante? Estabelece um diálogo global? Ao nosso ver, nenhuma destas perguntas pode ser respondida de forma afirmativa, pois a proposta da CDSS manifesta o que anteriormente designamos como uma ‘universalidade radicalmente excludente’.

Segundo Breilh (2011), a decisão de ignorar abordagens profundamente questionadoras e críticas sobre as relações de poder nas sociedades não pode ser explicada por barreiras de língua. A invisibilização das contribuições da MS-SC no relatório final da CDSS e no marco conceitual, a nosso ver, parece manifestar um padrão mais sistemático enquanto mecanismo de subalternização das ‘epistemologias do sul’, ou seja, concepções e experiências de conhecimento alternativas às epistemologias hegemônicas eurocêntricas denominadas por Boaventura de Souza Santos de ‘epistemologia da cegueira’ (SANTOS, 2010). Nesse sentido, cabe notar que nem o relatório final (CDSS, 2008) nem o marco conceitual (SOLAR; IRWIN, 2010) da CDSS fazem menção aos autores latino-americanos que vêm desenvolvendo práticas, pesquisas e modelos teóricos sobre a determinação social desde os anos 1970. A CDSS quase exclusivamente se baseia na medicina e Epidemiologia Social Europeia (ESE) e dialoga com teorias desenvolvidas no Norte global e epistêmico, reduzindo a revisão da teoria sobre DSS às teorias psicossociais (CASSEL, 1976; MARMOT, WILKINSON, 2001), às teorias da produção social da doença/economia política da saúde (KAPLAN ET AL., 1996; DAVEY SMITH; EGGER, 1996; LYNCH ET AL., 2001) e à teoria ecossocial e abordagens multi-nível

(KRIEGER, 2001) (SOLAR; IRWIN, 2010). A América Latina<sup>1</sup> apenas aparece em alguns exemplos de programas bem-sucedidos como *Barrio Adentro* na Venezuela (SOLAR; IRWIN, 2010) ou o Programa Saúde da Família no Brasil (CDSS, 2008), e as contribuições da MS-SC são mencionadas em menos de uma linha no marco conceitual, referenciando uma autora (TAJER, 2003) que não pode ser considerada central na produção acadêmica da MS-SC (SOLAR; IRWIN, 2010).

Como a CDSS em grande parte retoma o enfoque da ESE, não pode ser isolada da história de dissensos científicos que se tem articulado no campo da saúde pública e da epidemiologia ao longo do tempo. Breilh (2011), inclusive, reconhece a abordagem dos DSS como um novo eixo na história de dissensos, seguindo as confrontações que se deram no século XIX entre contagionismo conservador e doutrina miasmática, entre explicações unicasais e a medicina social na primeira metade do século XX, e a oposição entre modelos multicasais e o paradigma crítico. É importante notar que o problema, ao nosso ver, não consiste propriamente na adoção do enfoque da ESE, que inclusive significaria um enorme avanço no panorama atual no campo da saúde pública e epidemiologia, ainda dominado por abordagens que excluem a dimensão social e atribuem um valor apenas econômico à saúde. O problema consiste, e por isso insistimos na referência ao caráter ‘radicalmente excludente’, na negação desta inscrição, na invisibilização de outras abordagens e na pretensão de universalidade (LANDER, 2005). Esta pretensão se manifesta nos relatórios da CDSS, que de forma geral não fazem menção de adaptações necessárias ou de um alcance limitado do modelo, nem explicitam a inscrição teórico-conceitual e política que marca a abordagem.

De certa forma, pode-se afirmar que a criação da CDSS e a publicação do relatório final reforçou o predomínio epistemológico de abordagens provenientes do Norte global e epistêmico no campo da saúde pública e da epidemiologia, mesmo com a ESE sendo subalterna dentro do panorama atual. Neste sentido,

<sup>1</sup> Nosso foco é a América Latina, mas cabe notar que a CDSS também não parece dialogar amplamente com autores asiáticos e africanos.

criou-se, um monopólio sobre o estudo das iniquidades sociais em saúde na medida em que se invisibilizaram abordagens como, por exemplo, as da MS-SC, e se instalou o modelo dos DSS na institucionalidade internacional e nacional. Isso se reflete na referência agora quase mecânica do termo ‘determinantes sociais da saúde’ e ‘equidade em saúde’, muitas vezes desprovida até do conteúdo proporcionado pela CDSS, em propostas de pesquisa, estratégias de saúde, textos de lei e outros.

Por mais que a abordagem dos DSS marque um relevante avanço na mobilização em prol da equidade em saúde, ela não

consegue superar a noção de causalidade que impera na epidemiologia convencional e, conseqüentemente, reforça uma noção de eventos independentes ou relacionados por meio de ligações unidirecionais, necessárias, específicas e capazes de gerar o desfecho (BARATA; ALMEIDA-FILHO; BARRETO, 2011). Desta forma, os processos saúde-doença e a determinação social das iniquidades são reduzidas a uma combinação aleatória de eventos relacionados porém discretos (políticas ‘ruins’, práticas discriminatórias, baixa renda etc.), reforçando uma visão descontextualizada das iniquidades sociais em saúde. ■

## Referências

ALMEIDA-FILHO, N. Problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, 2009.

BARATA, R., ALMEIDA-FILHO, N., BARRETO, M. Epidemiologia social. In: ALMEIDA-FILHO, N.; BARRETO, M. (Org.), *Epidemiologia e saúde. Fundamentos, métodos, aplicações*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2012.

BIRN, A. E. ¿Politizándolo o puliéndolo? Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. *Medicina Social*, New York, v. 4, n. 3, p. 189-207, 2009.

BREILH, J. *Epidemiologia crítica*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.

\_\_\_\_\_. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Medellín, v. 31, 2013, p. 13-27.

\_\_\_\_\_. Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. In: EIBENSCHUTZ, C., TAMEZ, S., GONZÁLEZ, R. ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? *Memoria del Taller Latinoamericanos sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ciudad de México: Editora Universidad Autónoma Metropolitana, 2011.

CABRERA, A. *et al.* Por una discusión acerca de la CDSS desde la perspectiva de la medicina social latinoamericana. In: EIBENSCHUTZ, C., TAMEZ, S., GONZÁLEZ, R. ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? *Memoria del Taller Latinoamericanos sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ciudad de México: Editora Universidad Autónoma Metropolitana, 2011.

CASSEL, J. The contribution of the Social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, London, v. 104, n. 2, 1976, p. 107-23.

COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CDSS). *Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdades na saúde através da ação sobre os determinantes sociais*. Geneva: OMS, 2010.

EIBENSCHUTZ, C., TAMEZ, S., GONZÁLEZ, R. (Org.) ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? *Memoria del Taller Latinoamericanos sobre Determinantes Sociales de la Salud*. México, DF: Editora Universidad Autónoma Metropolitana, 2011.

GARCÍA, J. C. *Pensamiento social en salud en América Latina*. México, DF: OPAS: Interamericana, 1994, p. 184-191.

HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, M. Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. In: EIBENSCHUTZ, C., TAMEZ, S., GONZÁLEZ, R. (Org.). ¿Determinación

- social o determinantes sociales?* México, DF: Editora Universidad Autónoma Metropolitana, 2011.
- . Neoliberalismo en salud: desarrollos, supuestos y alternativas. In: RESTREPO, D. (Org.). *La falacia neoliberal. Crítica y alternativas*. Bogotá: Editora Universidad Nacional de Colombia, 2003, p. 347-361.
- INGLEBY, D. Ethnicity, Migration and the Social Determinants of Health Agenda. *Psychosocial Intervention/Intervencion Psicosocial*, Madrid, v. 21, n. 3, p. 331-341, 2012.
- KAPLAN, G. A. *et al.* Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *British Medical Journal*, London, v. 312, n. 7037, 1996, p. 999-1003.
- KRIEGER, N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, London, v. 30, n. 4, 2001, p. 668-77.
- LANDER, E. (Org.) *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*. Colección Sur-Sur. Buenos Aires: CLACSO, 2005.
- LAURELL, A. C. Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción. In: ALAMES. *Taller Latinoamericano de Medicina Social*. Medellín: Editora Universidad de Antioquia, 1987, p. 61-94.
- LYNCH, J. *et al.* Income inequality, the psychosocial environment, and health: comparisons of wealthy nations. *Lancet*, London, v. 358, n. 9277, p. 194-200, 2001.
- MARMOT, M.; WILKINSON, R. G. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch *et al.* *British Medical Journal*, London, v. 322, n. 7296, p. 1233-6, 2001.
- MORALES, C. *et al.* ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev. Salud Pública*, Bogotá, v. 15, n. 6, p. 797-808, 2013.
- NAVARRO, V. What we mean by social determinants of health. *International Journal of Health Services*, Amityville, v. 39, n. 3, p. 423-441, 2009.
- NOGUEIRA, R. P. (Org.) *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: CEBES, 2010. (Coleção Pensar em Saúde).
- PASSOS, R. Determinação Social da Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, 2009.
- PEÑARANDA, F.; OTÁLVARO, G. J. El debate determinantes-determinación social de la salud: aportes para la renovación de la praxis de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Medellín, n. 31, 2013.
- SANTOS, B. S. *A gramática do tempo: Para uma nova cultura política*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- SMITH, G. D.; EGGER, M. Commentary: understanding it all--health, meta-theories, and mortality trends. *British Medical Journal*, London, v. 313, n. 584-5, 1996.
- SOLAR, O.; IRWIN, A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health*. Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO, 2010.
- TAJER, D. Latin American social medicine: roots, development during the 1990s, and current challenges. *American Journal of Public Health*, Washington, DC, v. 93, n. 12, p. 2023-2027, 2003.
- TAMBELLINI, A. T.; SCHÜTZ, G. E. Contribuição para o debate do CEBES sobre determinação social da saúde: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 371-379, 2009.
- WHITEHEAD, M.; DAHLGREN G. What can be done about inequalities in health? *Lancet*, London, v. 338, n. 8774, p. 1059-1063, 1991.

---

Recebido para publicação em outubro de 2014  
 Versão final em julho de 2015  
 Conflito de interesse: inexistente  
 Suporte financeiro: não houve

# Análise bioética da esterilização em pessoas com deficiência intelectual

## *Bioethical analysis on sterilization in people with intellectual disabilities*

Gabriela Rueda-Martínez<sup>1</sup>, Telma Rejane dos Santos Façanha<sup>2</sup>, Lízia Fabíola Almeida Silva<sup>3</sup>, Volnei Garrafa<sup>4</sup>

**RESUMO** O estudo analisa a opinião de juízes, médicos, psicólogos, membros de Comitê de Ética em Pesquisa, familiares de deficientes intelectuais e público em geral, sobre a esterilização de deficientes intelectuais, que consta na Lei nº 9.263, de 23 de janeiro de 1996. Os dados foram analisados sob a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, da Unesco, considerando o princípio da autonomia e seus artigos 7 e 8. Conclui-se, com este estudo, que a lei requer ajustes e deve considerar princípios da bioética relacionados com os direitos humanos e a deficiência intelectual, que fundamentam a normativa desde esta perspectiva, constituindo fonte valiosa e mais segura para futuras tomadas de decisões.

**PALAVRAS-CHAVE** Bioética; Direitos humanos; Deficiência intelectual; Planejamento familiar; Saúde pública.

**ABSTRACT** *The study analyzes the opinion of judges, doctors, psychologists, members of Research Ethics Committee, relatives of people with intellectual disabilities and public in general, on the sterilization for people with intellectual disabilities that set out in the Brazilian Law 9.263, of January 23th, 1996. The data were analyzed from the Unesco's Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, considering the principle of autonomy and its articles 7 and 8. It is concluded, with this study, that the law requires adjustments and must consider bioethics principles related to human rights and mental disabilities, that underlies the regulatory from this perspective, constituting valuable and safer source for future decision making.*

**KEYWORDS** *Bioethics; Human rights; Intellectual disability; Family planning; Public health.*

<sup>1</sup>Universidade de Brasília (UnB), Programa de Pós-Graduação em Bioética - Brasília (DF), Brasil. gruedamartinez@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade de Brasília (UnB), Programa de Pós-Graduação em Bioética - Brasília (DF), Brasil. telmarejane68@gmail.com

<sup>3</sup>Universidade de Brasília (UnB), Programa de Pós-Graduação em Bioética - Brasília (DF), Brasil. liziafabiola@yahoo.com.br

<sup>4</sup>Universidade de Brasília (UnB), Programa de Pós-Graduação em Bioética - Brasília (DF), Brasil. garrafavolnei@gmail.com

## Introdução

O conceito de deficiência assumido pelo Estado tem impacto direto na construção de políticas públicas de saúde no Brasil (BERNARDES *ET AL.*, 2009). Um exemplo dessa afirmação é a da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, sobre planejamento familiar (BRASIL, 1996), que trata, entre outros assuntos, da esterilização de pessoas com deficiência intelectual. Este tema levanta discussões desde o século XIX e tem relação direta com a bioética por incorporar interesses relacionados aos direitos humanos e às liberdades fundamentais. Documentos internacionais de proteção aos direitos humanos, como a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), homologada pela Unesco em 2005 (UNESCO, 2005), e a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência adotada pela Organização das Nações Unidas em 2007 (WHO, 2007), respaldam internacionalmente esses direitos e liberdades.

Em muitos países, a prática de esterilização de seres humanos continua sendo debatida e justificada por governos, profissionais de saúde, familiares e pela própria bioética, no sentido de melhor atender aos interesses dos portadores de deficiência. Porém, os argumentos em defesa desses interesses estão pouco relacionados ao conceito atualmente consagrado de autonomia, ao consentimento das pessoas envolvidas e ao próprio respeito à dignidade das mesmas. Ao invés de as preocupações públicas centrarem preferencialmente nas pessoas diretamente afetadas, os argumentos são mormente direcionados à minimização de problemas sociais, tais como: a evitação de transtornos para o cuidador; a criação de medidas de proteção contra estupro e exploração sexual de pessoas nesta situação de vulnerabilidade; ou mesmo a sanção de carências nos serviços de saúde que apoiam a pessoa com deficiência em sua decisão de paternidade ou maternidade (SERVAIS, 2006).

No Brasil, a esterilização cirúrgica em pessoas tipificadas pela legislação como ‘absolutamente incapazes’ somente pode ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma de lei. No entanto, esta prática tem gerado fortes discussões sobre sua aplicabilidade indiscriminada, que, em muitas ocasiões, acaba violando direitos humanos e estigmatizando a pessoa deficiente sem respeitar sua vulnerabilidade e autonomia. Estudo recente de Albuquerque (2013) sobre um caso específico com deficiência intelectual moderada denunciou que o princípio da dignidade humana foi violado com base em uma decisão judicial arbitrária.

Neste sentido, o presente estudo tem o propósito de discutir, com base na bioética, a tomada de decisão com relação à esterilização de pessoas com deficiência intelectual, de acordo com o disposto na legislação brasileira, levando em consideração os princípios da autonomia e do consentimento, bem como outros artigos correlatos à DUBDH, relacionados aos indivíduos sem capacidade de consentir e ao respeito à vulnerabilidade dos mesmos.

## Objetivos

Geral: Identificar a opinião de pessoas componentes de seis diferentes segmentos sociais do Distrito Federal (DF), Brasil – juízes, psicólogos, médicos psiquiatras, familiares de pessoas com deficiência intelectual, membros de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) e público em geral – sobre aspectos da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que versa sobre planejamento familiar e esterilização voluntária e involuntária.

Específicos: (1) Analisar e comparar as opiniões de diferentes segmentos sociais sobre a esterilização de deficientes intelectuais; (2) Estudar as respostas à luz dos princípios da autonomia e do consentimento, além de sob os seguintes artigos da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos: Art. 7º

– Indivíduos sem capacidade de consentir; e Art. 8º – Respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual; (3) Analisar a necessidade de ajuste na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, com relação à sua utilização nos casos de deficiência intelectual leve e/ou moderada.

## Método

A pesquisa foi desenvolvida no período de julho a dezembro de 2013, sendo que a coleta de dados deu-se em outubro de 2013. Foram identificadas as opiniões de seis segmentos sociais, sobre aspectos da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que versa sobre planejamento familiar e outras questões relacionadas à esterilização de pessoas com deficiência intelectual.

Os seis grupos entrevistados foram, respectivamente: psicólogos, juizes, médicos, familiares de pessoas com deficiência intelectual, membros de CEP e população em geral. Dentro do universo do estudo foi prevista uma amostra de 60 pessoas selecionadas por conveniência, uma vez que, em alguns grupos selecionados – como juizes e familiares de pessoas com um problema tão específico –, foi difícil conseguir uma amostra aleatória adequada aos propósitos do estudo. O recrutamento dos participantes deu-se por meio de convite face a face e pessoal. Após a concordância dos entrevistados, lhes foi apresentado para leitura, aceite e assinatura, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Como critério de definição dos grupos foi prevista uma distribuição das entrevistas que proporcionasse equilíbrio entre o número de pessoas mais distanciadas dos sujeitos principais da pesquisa (pessoas com deficiência) e de pessoas mais próximas aos mesmos. Neste sentido, utilizou-se um grupo relacionado ao sistema judiciário (juizes), um grupo diretamente isento em relação à questão da esterilização de pessoas com deficiência

intelectual (população em geral), um grupo indiretamente relacionado a pessoas com deficiência (membros de diversos comitês de ética em pesquisa) e três grupos relacionados diretamente a pessoas com deficiência intelectual (familiares, médicos e psicólogos desses pacientes). Como critério de inclusão dos grupos, foi definido que seriam os compostos de pessoas adultas maiores de 18 anos, de ambos os sexos. Como critério de exclusão, pessoas com deficiência intelectual e outras deficiências.

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento na forma de questionário com quatro perguntas, aplicado pelos pesquisadores junto aos entrevistados imediatamente após o convite e a assinatura do TCLE. As perguntas foram direcionadas ao objetivo do estudo, incluindo os dados de identificação, conhecimentos sobre a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, e conhecimentos sobre questões relacionadas a pessoas com deficiência intelectual.

O estudo teve uma abordagem quantitativa e qualitativa, com a aplicação da estatística descritiva e obtenção de valores percentuais para os dados obtidos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, sob o parecer de número 421.075.

## Resultados

Foram analisadas e comparadas as opiniões de seis diferentes segmentos sociais sobre a esterilização de pessoas com deficiência intelectual. A pesquisa girou em torno da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que trata de planejamento familiar. Foi utilizado, como instrumento de coleta de dados, um questionário com quatro perguntas. Foram entrevistadas 54 pessoas: 10 psicólogos, 7 juizes, 9 médicos, 10 familiares de pessoas com deficiência intelectual, 8 membros de CEP e 10 participantes do público em geral.



Fizeram parte da amostra entrevistada 20 pessoas do sexo masculino (37%), 33 do sexo feminino (61%) e 1 pessoa que não declarou o sexo (2%). Em relação à faixa etária dos entrevistados: 5 estavam entre 18 e 30 anos; 24 tinham entre 31 e 40 anos; 13 achavam-se entre 41 e 50 anos; 10 encontravam-se acima de 50 anos; e 2 não declararam a idade.

### Questão 1

A Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que trata de planejamento familiar, no seu Art. 10, Parágrafo 6º, diz que: “A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei”. Você está de acordo? Por quê?

Os entrevistados geraram respostas diferenciadas conforme o grupo, porém todos os 54 responderam à questão (*gráfico 1*). De maneira geral, juízes, médicos, psicólogos e familiares de deficientes intelectuais seguiram uma mesma tendência no padrão das respostas positivas ('sim'); tendência contrária ('não') ocorreu nas respostas dos membros de CEP e do público em geral. Respostas afirmativas por parte de juízes e médicos ficaram em número acima da média, dentre os que responderam afirmativamente. Por outro lado, as respostas negativas do público em geral e dos membros de CEP superaram a média percentual das respostas dos grupos de juízes e médicos.

Os juízes que responderam 'sim' a esta questão argumentaram o seguinte: pessoas incapazes não se manifestam ou têm dificuldades de exercer plenamente os atos da vida; quando a família solicita ao juiz a esterilização, age com a emoção e não com a razão.

De maneira geral, os médicos concordaram que a decisão deve ficar a cargo da justiça. Os argumentos são que, do ponto de vista clínico, é pertinente e necessário que a pessoa incapaz seja submetida a uma avaliação médico-psiquiátrica e psicológica, visto que não é capaz de discernir entre o certo e o

errado, ou sobre a responsabilidade de constituir uma prole, além de não ter condições de assumir as responsabilidades frente a uma gestação indesejada. Para a maioria dos médicos (2 entre os 9 da amostra – 77%), do ponto de vista jurídico, não caberia ao indivíduo absolutamente incapaz tomar decisões, sendo importante a lei para evitar abusos, uma vez que o juiz é a melhor pessoa para julgar as situações, caso a caso.

Quanto aos psicólogos, a resposta dominante (60%) também foi 'sim', visto que a família (pais) é quem ficará com a responsabilidade de cuidar dos filhos da pessoa com deficiência. Além disso, muitas meninas/mulheres com deficiência não têm condições de administrar métodos contraceptivos. Elas querem se relacionar sexualmente, mas não necessariamente ter filhos. Para a maioria deste grupo de entrevistados, a decisão judicial é importante no sentido de evitar que a esterilização cirúrgica ocorra indiscriminadamente, pois absolutamente incapazes não respondem por seus atos.

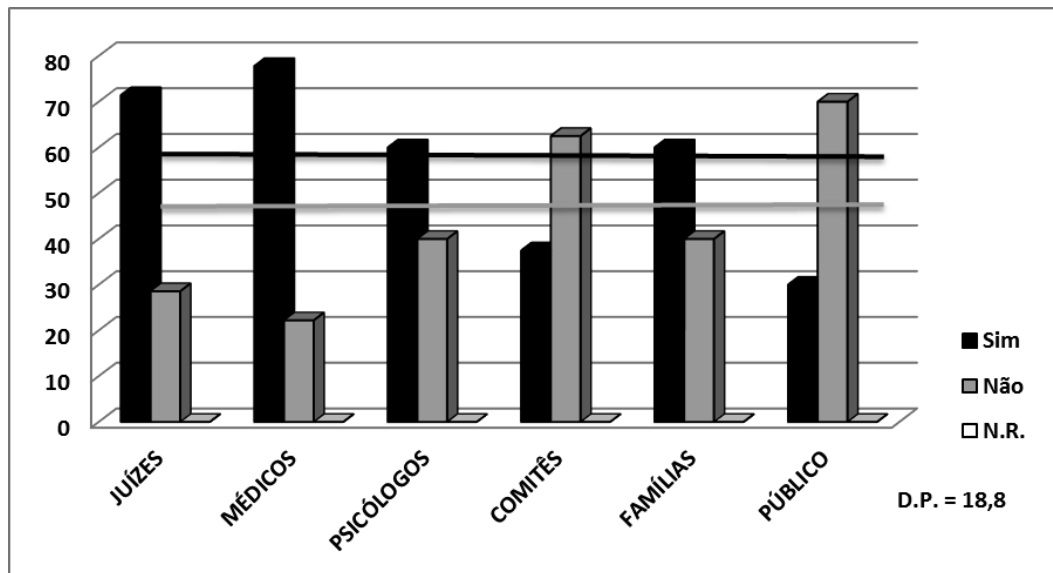
Os familiares de deficientes intelectuais, por sua vez, mostraram-se majoritariamente (60%) a favor de que a esterilização cirúrgica de pessoas absolutamente incapazes seja realizada mediante autorização judicial, visto que se trata de uma decisão importante, que deve ser tomada com a participação de um conjunto de autoridades com maiores conhecimentos em legislação e também em assuntos médicos e familiares.

Contrariamente às respostas afirmativas acima colhidas, a maioria dos membros de CEP e o público em geral (60% e 70%, respectivamente) discordaram que a decisão sobre a esterilização de pessoas absolutamente incapazes parta da justiça. Consideraram que, por ser um tema muito complexo, um juiz não seria a figura a ter todo esse poder de decisão sobre a esterilização dessas pessoas. Houve alegação de que a família gasta tempo em processos judiciais, além de haver um constrangimento para o portador de deficiência intelectual,

que, neste caso, não pode ter sua autonomia ignorada. Além disso, manifestaram que a família é importante na decisão, pois nem sempre as pessoas que decidem com

base nas leis estão devidamente informadas dos problemas familiares, e ações judiciais tornam o processo burocrático e levam a equívocos.

Gráfico 1. Sobre a esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes, mediante autorização judicial



Notas: Elaboração própria

D.P.: Desvio Padrão

N. R.: Não Responderam

## Questão 2

Você considera que o deficiente intelectual, em seus diversos níveis, deve ser envolvido, na medida do possível, na tomada de decisão sobre sua esterilização? Por quê?

O gráfico 2 mostra que a maioria dos entrevistados respondeu 'sim' a esta questão, com exceção dos familiares entrevistados (70% das respostas), que acham que os deficientes intelectuais 'não' devem ser envolvidos na decisão.

A maioria dos juízes (quatro de uma amostra de sete) respondeu que há diversos níveis de deficiência e, quando o deficiente pode manifestar-se, deve ser ouvido, uma vez que ele tem o direito de se expressar.

Para justificar a resposta afirmativa, oito dos nove médicos entrevistados informaram que, com exceção de algumas situações – como no caso da esquizofrenia de grau máximo –, o deficiente deve ser envolvido na decisão da esterilização, posto que ele tem preservada alguma parte de sua capacidade de entendimento. Deve-se respeitá-lo como ser humano e seus direitos fundamentais devem ser preservados. Portanto, sempre respeitando os limites da deficiência do paciente, os médicos consideram importante o envolvimento do mesmo, ainda que o ponto de vista deste não seja decisivo na conduta. Na mesma linha de argumentação dos médicos, nove dos dez psicólogos da amostra pensam que, independentemente do grau de

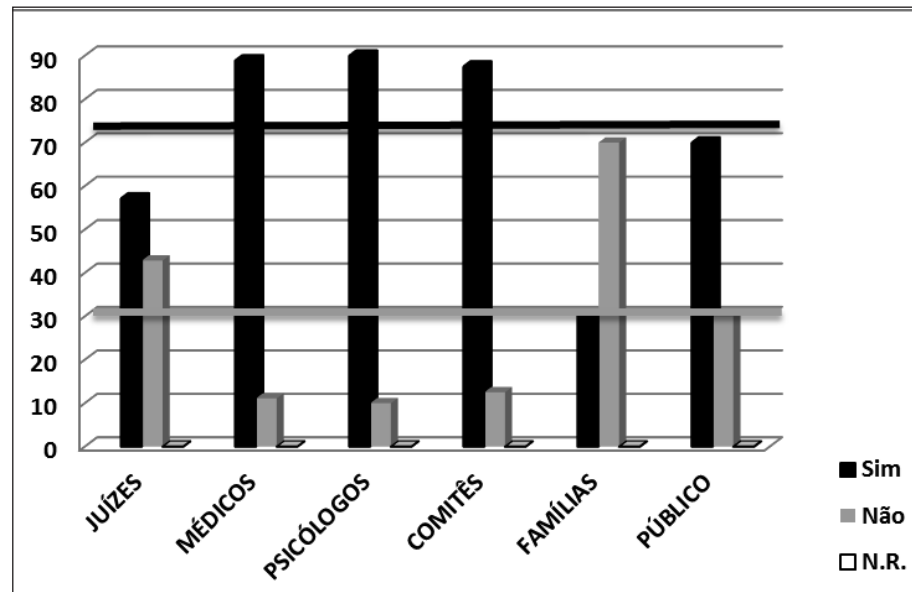
comprometimento, o deficiente intelectual é um ser humano, e o nível de consciência, por menor que seja, deverá ser considerado e respeitado, assim como sua capacidade de autocrítica e de se autogerir, opinar e participar das decisões que dizem respeito à sua vida. Este indivíduo é sujeito e o fato de ser totalmente incapaz não significa que ele seja ‘alienado’. Assim, desde que tenha autonomia, ele deve participar da decisão.

Majoritariamente (88%), membros de CEP consideram, com relação ao envolvimento do deficiente intelectual no processo de esterilização, que alguns deles terão condições de dar opinião e manifestar sua vontade sem se privar da sua dignidade e de outros desejos e emoções. O deficiente intelectual tem direitos

sobre seu corpo, e é importante conhecer seu ponto de vista, independentemente da decisão a ser tomada, fazendo valer sua autonomia e seu poder decisório.

Contrariamente àqueles entrevistados que concordam que o deficiente deve ser envolvido, na medida do possível, na tomada de decisão sobre sua própria esterilização, uma elevada percentagem (70%) dos membros de famílias de deficientes enfatizou que participar de tal decisão não contribuirá em nada para a melhoria intelectual dessas pessoas. Para a maioria dos familiares entrevistados, “o deficiente não tem a menor noção do que seja criar um filho, não tem capacidade de tomar decisão e não tem conhecimento suficiente para debater o assunto.”

Gráfico 2. Sobre o envolvimento do deficiente intelectual na decisão, em relação à sua esterilização



Notas: Elaboração própria  
 D. P.: Desvio Padrão  
 N. R.: Não Responderam

### Questão 3

Cabe, única e exclusivamente, ao juiz a responsabilidade de julgar sobre a esterilização em pessoas deficientes intelectuais,

independentemente do grau de severidade das deficiências? Por quê?

O gráfico 3 mostra que a grande maioria dos membros dos grupos entrevistados respondeu ‘não’ a esta questão, sendo esta

opção uma unanimidade entre os psicólogos e membros de CEP. Em conformidade com a maioria dos juízes incluídos na pesquisa, a decisão primeira estaria a cargo de familiares e curadores, seguida da igreja e do próprio deficiente intelectual, pois, uma vez julgada, a decisão judicial estaria sujeita a recursos. Na hipótese de problemas médicos decorrentes de patologias que exijam a esterilização – por exemplo, tumores nos órgãos reprodutivos –, a decisão não cabe somente ao juiz.

Nada menos que oito entre os nove médicos entrevistados admitiram que a responsabilidade deva ser compartilhada entre médicos peritos, familiares do ‘doente’, Ministério Público e amigos próximos, entre outros. Além disso, deve ser promovida uma consultoria médica e psicológica da pessoa, pois a competência técnica para avaliar o grau de incapacidade cabe aos profissionais da psiquiatria e da psicologia. Para eles, no entanto, o profissional mais adequado para esta avaliação é um psiquiatra, com base em pesquisas, nos laudos e medicamentos dos quais esse indivíduo faça uso. Com base nisso, aí sim, o juiz poderia julgar.

Os psicólogos que foram entrevistados complementam que a família é muito importante no processo decisório, amparada pela avaliação de profissionais especializados, além da opinião do próprio sujeito: *“Juízes*

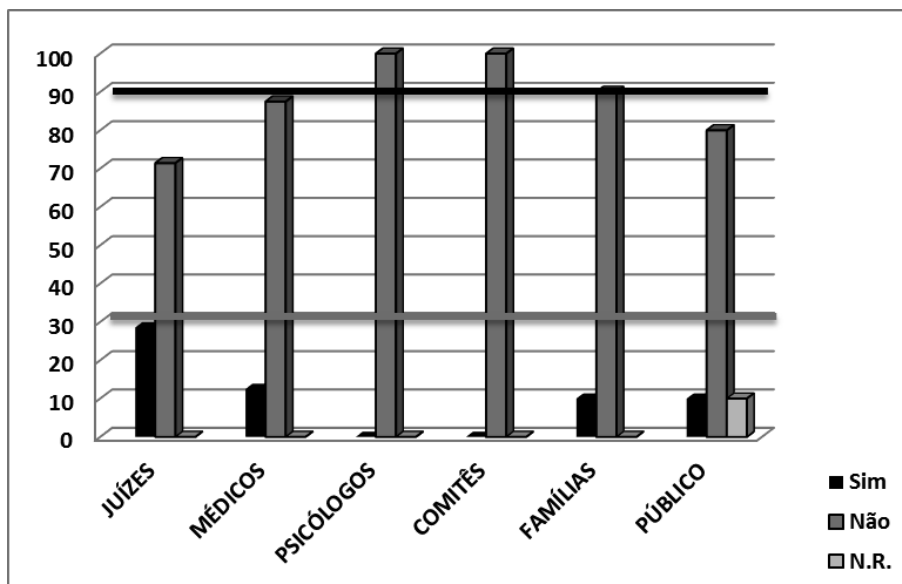
*não têm conhecimento da realidade que a família vivencia, faltando a eles conhecimento específico para decidir e avaliar aspectos biopsicossociais”*.

A totalidade dos membros de CEP manifestou que, dependendo do nível cognitivo, a família deve responsabilizar-se por essa decisão juntamente com a equipe multiprofissional, que dispõe de condições técnicas. A sociedade médica também deve sensibilizar-se. Desta forma, a lei não necessitaria ser interpretada pelo poder judiciário. Sociedades defensoras de direitos humanos e conselhos de ética médica também poderiam participar desse processo: *“O juiz não conhece inteiramente o caso e apenas analisa papéis”*.

A maior parte dos familiares de deficientes intelectuais (nove entre dez entrevistados) argumentou que esta questão deveria sempre ter o envolvimento e a opinião única e exclusiva dos pais, e que a família deveria decidir, independentemente da decisão do juiz. Consideraram que o juiz não tem conhecimento de cada caso e as leis nem sempre estão certas.

Dentre o público em geral, 80% opinaram que a decisão do juiz também tem que ser levada em consideração, mas deveria ser conjunta, levando-se em consideração a capacidade intelectual do deficiente e as opiniões do médico e da família, a fim de que seja tomada a melhor decisão.

Gráfico 3. Sobre a responsabilidade exclusiva do juiz sobre a esterilização de deficientes intelectuais



Notas: Elaboração própria  
 N. R.: Não Responderam  
 D. P. S.: Desvio Padrão Respostas Afirmativas  
 D. P. N.: Desvio Padrão Respostas Negativas  
 D. P. N. R.: Desvio Padrão Não Responderam

### Questão 4

Os familiares, como responsáveis legais, devem decidir sobre a esterilização de um membro da família com deficiência intelectual, independentemente do grau de severidade da deficiência? Por quê?

Nesta questão, 25 entrevistados (47,2%) responderam ‘sim’, 24 (43,4%) responderam ‘não’ e 5 (9,4%) não manifestaram opinião. Todos os familiares de deficientes intelectuais se posicionaram favoravelmente em relação à questão e 60% dos representantes do público em geral responderam ‘sim’. Entre os juízes que responderam, houve o mesmo percentual de respostas afirmativas e negativas (um dos sete juízes entrevistados não respondeu à questão) e, para os grupos de médicos, psicólogos e membros de CEP, foi predominante a alternativa ‘não’ (gráfico 4).

Os juízes que se manifestaram favoravelmente argumentaram que os familiares são

responsáveis pelo deficiente e sabem dos problemas com relação à gravidez indesejada, a dificuldades financeiras e de educação. Por outro lado, aqueles que se posicionaram contra consideraram que deve ser levado em consideração o grau de severidade da deficiência: *“Há juiz que pensa que a decisão não deve ficar sob a responsabilidade da família, pois a mesma agirá com sentimentos em detrimento da razão”*.

A maioria dos médicos (55%) afirmou que a família tem sua parcela de participação no processo decisório, mas os profissionais de saúde, uma junta médica, o Ministério Público e o próprio deficiente exercem papel importante. Para os médicos, o peso da decisão dos familiares fica reduzido na medida em que diminui também o grau de deficiência do indivíduo. Concordaram, porém, com relação ao fato de que os responsáveis legais devem decidir com base em laudos psiquiátricos e em posicionamento

multiprofissional. Segundo eles, a lei atribui aos familiares o dever de defender os direitos da pessoa incapaz.

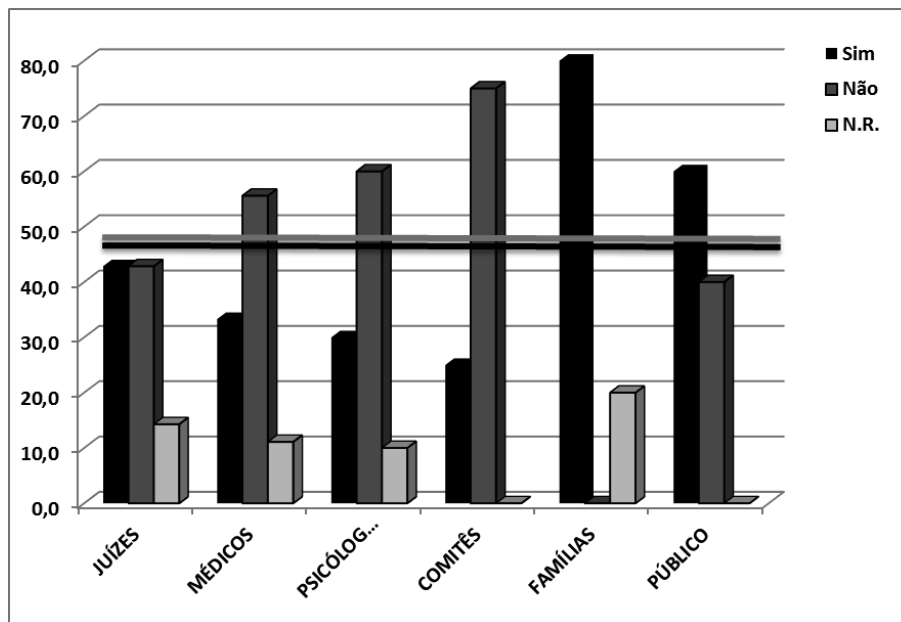
A maioria dos psicólogos (60%) considera que a decisão do juiz é majoritária, mas ela deve ser fruto de uma composição entre as informações familiares e a avaliação mental levantada pelo psicólogo e uma equipe especializada. Há que se respeitar o indivíduo deficiente e sua vontade, por este se tratar de um ser humano.

Mais de 70% dos membros de CEP reforçam que os familiares não devem ser os únicos a decidir, não devem fazê-lo sem o amparo de entidades competentes, dependendo também do grau de severidade da deficiência ou ainda do grau de envolvimento e compreensão da família.

Ao responderem a essa questão, os familiares de deficientes foram unânimes em declarar que a decisão deve ser sempre coletiva, tratada com amor; que o deficiente deve ser aceito com suas limitações, e não visto como um peso a mais; que a família deve ter respeitada sua autonomia para decidir, visto que o deficiente não tem esse poder.

Dentre os representantes do público em geral, 60% declararam que a família e os responsáveis legais conhecem a realidade do deficiente – ela norteia sua decisão em vários aspectos, como o religioso, o moral e o afetivo. Para eles, os familiares devem ser os únicos a decidir sobre a esterilização, tendo o direito e o dever legal de definir a questão, como representantes daquela pessoa.

Gráfico 4. Sobre os familiares decidirem com relação à esterilização de deficientes intelectuais, independentemente do grau de severidade da deficiência



Notas: Elaboração própria

N. R.: Não Responderam

D. P. S.: Desvio Padrão Respostas Afirmitivas

D. P. N.: Desvio Padrão Respostas Negativas

D. P. N. R.: Desvio Padrão Não Responderam

## Discussão

A discussão será realizada em duas partes: primeiro, levando em conta a ordem das perguntas do questionário e seus desdobramentos; posteriormente, a partir de uma análise bioética dos resultados, tendo como referenciais os princípios da autonomia e do consentimento, além dos artigos 7 e 8 da DUBDH.

### Sobre os resultados da pesquisa

#### CONCORDÂNCIA COM A LEI DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

A maior parte dos grupos (quatro em um total de seis) concordou com o Parágrafo 6º contido no Art. 10 da Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que versa sobre a autorização judicial para permitir a esterilização cirúrgica de pessoas absolutamente incapazes. Destaca-se que as respostas minoritárias contra este parágrafo da Lei de Planejamento Familiar argumentaram razões relacionadas ao desrespeito à autonomia da pessoa com deficiência e à de sua família, e a origem disso viria de interpretações equivocadas desta lei por parte dos juízes.

É importante refletir que essas interpretações normativas podem ter diversas origens. Particularmente, neste parágrafo da lei mencionada, não existem esclarecimentos sobre os limites de idade previstos para a prática de esterilização em pessoas com deficiência intelectual. Igualmente, não é considerado se a pessoa tem ou não tem filhos, além de haver omissão em relação à necessidade de aconselhamento por equipe multidisciplinar, em contraponto com o estabelecido na mesma lei, para esterilização voluntária das pessoas com capacidades plenas. Deste modo, a análise hipotética desses aspectos, durante o estudo de cada caso específico, deveria ficar sob a responsabilidade do juiz, que é o representante do Estado apto a garantir o respeito à

equidade, à autonomia e à vulnerabilidade da pessoa com deficiência.

Por outro lado, a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência definiu “a promoção de ações preventivas, como as referentes ao planejamento familiar, ao aconselhamento genético, ao acompanhamento da gravidez, do parto e do puerpério [...]” (BRASIL, 1999). Esta definição, portanto, é contrária ao que é considerado na Lei de Planejamento Familiar.

Percebe-se, assim, contradição entre a legislação referente ao planejamento familiar e as políticas dirigidas às pessoas portadoras de deficiência, fato que pode gerar múltiplas interpretações dos casos, com possíveis tomadas de decisão baseadas em meros pressupostos, que, como consequência, poderão ocasionar violações aos direitos humanos. Este raciocínio está de acordo com o colocado por Guedes, Moura e Almeida (2009), sobre a necessidade de uma interação entre diferentes políticas públicas nesse campo, com o objetivo de garantir os direitos reprodutivos.

#### PERTINÊNCIA DO TERMO ‘ABSOLUTAMENTE INCAPAZ’ NA LEI DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

A maioria dos juízes (71%) concordou que essa expressão abrange diferentes níveis de severidade da deficiência intelectual. Isso parece justificar a necessidade de consultoria médica e psiquiátrica sobre esses casos, antes da tomada de decisão judicial. O termo ‘absolutamente incapaz’ significa uma impossibilidade total de entendimento da pessoa em relação aos atos próprios de sua vida. Na situação específica abordada no presente estudo, significaria a compreensão do procedimento de esterilização cirúrgica e suas consequências, administração do método contraceptivo e habilidades para criar um filho. Assim, a utilização errônea de um termo contido em uma lei, pode atentar contra a autonomia e a dignidade da pessoa com deficiência, que, por sua condição, já vivencia uma situação de vulnerabilidade.

## **ENVOLVIMENTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL NA TOMADA DE DECISÃO**

Neste ponto, cabe refletir sobre a opinião dos familiares dos pacientes, que não concordaram que o deficiente intelectual deva participar da decisão sobre sua própria esterilização. De forma geral, é reconhecido pela sociedade que, em situações de comprometimento absoluto da autonomia do paciente, a família é quem delibera por ele (ALBUQUERQUE, 2013). Nestes casos, são os familiares que solicitam e manifestam o consentimento sobre a realização dos procedimentos de esterilização. Devem-se levar em consideração, contudo, os graus de severidade da deficiência, aspecto colocado anteriormente. A imperiosidade de proteção de um familiar poderia violar a autonomia e a dignidade do deficiente, sempre que não fossem avaliadas as habilidades de compreensão deste sobre sua situação particular.

## **RESPONSABILIDADE DO JUIZ NA TOMADA DE DECISÃO**

Os membros de CEP, psicólogos e médicos, na sua grande maioria, defenderam que a decisão judicial deveria ser baseada em laudos de psiquiatras ou psicólogos que ofereçam clareza sobre o nível de severidade da deficiência e, portanto, sobre o grau de autonomia e responsabilidade da própria pessoa para fazer escolhas. Neste sentido, a autorização judicial deve ser produto de interações inter e transdisciplinares, método bastante utilizado pela bioética para orientar a tomada de decisões diante de conflitos morais. Justifica-se, deste modo, a importância desta disciplina como ferramenta norteadora nas análises de casos.

## **RESPONSABILIDADE DA FAMÍLIA NA TOMADA DE DECISÃO**

Registre-se que os próprios familiares concordaram com o fato de que deveria caber a

eles a tomada de decisão sobre a sexualidade de seu parente, mesmo sem levar em consideração o grau de severidade da deficiência. Este dado reforça a possibilidade de que motivações de familiares que divergem dos interesses da pessoa com deficiência poderiam levar a violações de sua dignidade humana e de seus direitos reprodutivos. Outros grupos entrevistados neste trabalho argumentaram que o peso atribuído à decisão dos familiares deve ser proporcional ao grau de severidade da deficiência intelectual.

## **A pesquisa à luz dos referenciais teóricos definidos para o estudo**

### **OS PRINCÍPIOS DA AUTONOMIA E DO CONSENTIMENTO**

Segundo Beauchamp e Childress (2013), um ato autônomo exige as premissas de intencionalidade, entendimento e ausência de coerção. No caso das pessoas com deficiência intelectual, que não exercem sua autonomia de forma plena e livre, o entendimento e a ausência de coerção são elementos que variam, dependendo da complexidade da deficiência intelectual e do entorno familiar por ele vivenciado.

Existem, contudo, argumentos a favor da restrição da autonomia dos deficientes intelectuais. O primeiro se relaciona à auto-proteção desses indivíduos porque, por sua condição, poderiam causar riscos à própria saúde. O segundo é a proteção de outras pessoas. Neste contexto, Albuquerque (2013, p. 21) reforça que o Estado deve respeitar a autonomia da pessoa com deficiência intelectual, “salvo nos casos em que o exercício livre do planejamento familiar cause mal a si mesmo ou outrem, ou se existir absoluta incapacidade de compreensão dos atos”.

Com relação aos resultados do presente trabalho, a Lei de Planejamento Familiar brasileira não esclarece as ressalvas levantadas pela maioria dos entrevistados com referência à autorização judicial



para permitir a realização de esterilização de pessoas com deficiência intelectual. Também não estabelece hipóteses sobre os diversos níveis existentes e possíveis de incapacidade, que, conseqüentemente, podem afetar o entendimento da esterilização cirúrgica. Este fato restringe a atuação do juiz, que é quem deverá adotar uma atitude cautelosa para não violar os princípios da autonomia e do consentimento livre e voluntário, da responsabilidade individual e, por conseguinte, da própria dignidade humana da pessoa que está sendo objeto da decisão.

Outro fato evidenciado no estudo, e que diz respeito diretamente à autonomia e ao livre consentimento dos portadores de deficiência intelectual, é a atitude dos familiares em relação ao envolvimento dos mesmos na tomada de decisão. Os familiares – por desejo ou necessidade de proteger seu parente deficiente contra a violência sexual, ou, simplesmente, por considerarem que ele ou ela ‘não tem ideia sobre ter e criar um filho’ – possivelmente violariam o direito à autodeterminação desse indivíduo quando não considerassem os diferentes e possíveis níveis de entendimento e compreensão do mesmo. Neste sentido, a coerção exercida pelos familiares pode constituir um fator-chave em todo este contexto, já que o familiar ou responsável legal é quem formula o pedido de esterilização cirúrgica para o juiz.

#### **ART. 7º DA DUBDH - INDIVÍDUOS SEM CAPACIDADE PARA CONSENTIR**

O Art. 7º da DUBDH refere que “a autorização para [...] prática médica deve ser obtida no melhor interesse do indivíduo envolvido e de acordo com a legislação nacional [...]” (UNESCO, 2005, p. 7). E ainda ressalta que “o indivíduo afetado deve ser envolvido, na medida do possível, tanto no processo de decisão do consentimento assim como no de sua retirada.”

A assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido legitima a voluntariedade da esterilização cirúrgica. Caso a pessoa seja absolutamente incapaz de dar seu consentimento, o familiar ou responsável legal apresentará ao juiz a solicitação do procedimento e será este quem emitirá a decisão sobre sua realização. Logo, com a atual legislação, existem, no Brasil, formas legais de substituir a decisão de pessoas que, mesmo sendo portadoras de deficiência, sejam autônomas, embora tenham sua autonomia reduzida. Neste sentido, existem modelos de decisão substituta que permitem acolher e respeitar o exercício da autonomia do paciente (TARZIA; FETHERSTONHAUGH; BAUER, 2012), mesmo em situações de vulnerabilidade, como é o caso dos deficientes intelectuais, objeto do presente estudo.

Em contraponto com os resultados aqui apresentados, é preocupante o fato de que as famílias não contemplem, na medida do possível, o envolvimento do paciente na tomada de decisão, interferindo nas escolhas do seu familiar, na sua capacidade de consentimento e na sua autonomia, mesmo que esta seja frágil e/ou esteja diminuída.

#### **ART. 8º DA DUBDH - RESPEITO PELA VULNERABILIDADE HUMANA E PELA INTEGRIDADE INDIVIDUAL**

Segundo Garrafa e Prado (2001), a palavra vulnerabilidade encerra diversas denotações, implicando afastamento, seja individual ou coletivo. Em consequência disto, tais condições geram distanciamentos entre as populações e o desfrute dos possíveis benefícios derivados dos avanços científicos.

No campo específico da ética das pesquisas, pode-se definir vulnerabilidade social como

condições de vida cotidiana, historicamente determinadas, capazes de: a) interferir na autodeterminação dos sujeitos e comunidades

quanto à participação nas pesquisas; b) provocar riscos excedentes de participação ou potencialização dos riscos previstos; c) prejudicar a capacidade de defesa dos próprios interesses em relação aos benefícios visados.

(GARRAFA; LORENZO, 2009, P. 515).

As pessoas deficientes, alvos da presente discussão, além de muitas vezes serem vulneráveis sociais no sentido acima atribuído, também são marcadas pela capacidade diminuída para elaborar uma informação e transformá-la em ações práticas. Historicamente, as pessoas portadoras de deficiência fazem parte dos grupos fragilizados jurídica, política e culturalmente, marcadas por dificuldade de acesso às informações, bens e serviços. Tal situação é hoje considerada como uma problemática de saúde pública (OLIVEIRA; LIBERALESSO, 2012). Deste modo, o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos das pessoas com deficiência intelectual por parte da legislação e do sistema de saúde vigente facilita a efetivação do princípio do respeito pela vulnerabilidade humana. Neste sentido, a clareza das normativas, conjuntamente às práticas inter e transdisciplinares no atendimento às pessoas com deficiência intelectual, são elementos-chave a serem resgatados no contexto brasileiro atual.

## Conclusões

Os resultados do presente estudo possibilitam algumas conclusões, a seguir apresentadas:

A normativa brasileira sobre Planejamento Familiar – Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 – proporciona vários desdobramentos relacionados à bioética e aos direitos humanos, o que exige um maior diálogo do campo legislativo com estas duas áreas;

A sociedade e o Estado devem avaliar a compreensão das deficiências intelectuais seguindo uma linha de trabalho conjunto e cooperativo. Pelos resultados obtidos no presente estudo, percebe-se a necessidade de um ajuste na Lei de Planejamento Familiar, colocando-a em consonância com as demais políticas direcionadas às pessoas portadoras de deficiência;

A esterilização de pessoa com deficiência é um tema que remete à prática da inter e da transdisciplinaridade. Com base nos fundamentos da ética aplicada preconizados pela bioética e diante do quadro aqui exposto, mostra-se necessária a abertura de espaços de diálogo institucional, com a participação de comitês interdisciplinares de ética clínica e assistencial, que facilitem o aconselhamento adequado aos profissionais envolvidos e às famílias, e o seguimento seguro dos casos. ■

## Referências

- ALBUQUERQUE, A. A. Esterilização compulsória de pessoa com deficiência intelectual: análise sob a ótica do princípio da dignidade da pessoa humana e do respeito à autonomia do paciente. *Bioethikos*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 18-26, 2013.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. Respect for autonomy. In: BEAUCHAMP T. L., CHILDRESS, J. F. *Principles of biomedical ethics*. 7. ed. New York: Oxford University Press, 2013.
- BERNARDES, L. C. G. et al. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 31-38, 2009.
- BRASIL. Presidência da República. Subchefia de Assuntos Jurídicos. *Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996*. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm)>. Acesso em: 2 jul. 2013.
- \_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. *Decreto 3.298, de 20 de dezembro de 1999*. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3298.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm)>. Acesso em: 28 jul. 2013.
- GARRAFA, V.; PRADO, M. M. Tentativas de mudanças na Declaração de Helsinki: fundamentalismo econômico, imperialismo ético e controle social. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 6, p. 1489-1496, 2001.
- GARRAFA, V.; LORENZO, C. Helsinque 2008: redução de proteção e maximização de interesses privados. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 55, n. 5, p. 497-520, 2009.
- GUEDES, T. G.; MOURA, E. R. F.; ALMEIDA, P. C. Particularidades do Planejamento Familiar de mulheres portadoras de transtorno mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, p. 639-644, 2009.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (UNESCO). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Tradução brasileira da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília e Sociedade Brasileira de Bioética. Paris, 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_univ\\_bioetica\\_dir\\_hum.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf)>. Acesso em: 1 jul. 2013.
- OLIVEIRA, R. N.; LIBERALESSO, N. A. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2129-2139, 2012.
- SERVAIS, L. Sexual health care in persons with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, Bruxelas, v. 12, n. 1, p. 48-56, 2006.
- TARZIA, L.; FETHERSTONHAUGH, D.; BAUER, M. Dementia, sexuality and consent in residential aged care facilities. *Journal of Medical Ethics*, Londres, v. 38, n. 10, p. 609-613, 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Department of Mental Health and Substance Abuse. *UN Convention on the rights of persons with disabilities – a major step forward in promoting and protecting rights*. Geneva, 2007. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/policy/legislation/4\\_UNConventionRightsofPersonswithDisabilities\\_Infosheet.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/4_UNConventionRightsofPersonswithDisabilities_Infosheet.pdf?ua=1)>. Acesso em: 30 nov. 2013.

Recebido para publicação em julho de 2014  
Versão final em janeiro de 2015  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Paradigma da afrocentricidade e uma nova concepção de humanidade em saúde coletiva: reflexões sobre a relação entre saúde mental e racismo

*The afrocentricity paradigm and a new humanity conception in public health: reflections on the relationship between mental health and racism*

Míriam Cristiane Alves<sup>1</sup>, Jayro Pereira de Jesus<sup>2</sup>, Danielle Scholz<sup>3</sup>

**RESUMO** Este ensaio tem por objetivo fornecer elementos para o estudo da relação entre saúde mental e racismo com vistas a inaugurar uma nova concepção de humanidade em saúde coletiva baseada no paradigma da afrocentricidade. As reflexões partem da problematização da existência de dois paradigmas civilizatórios que constituem a sociedade brasileira e que produzem subjetividades: o paradigma ocidental e o negro-africano. No campo da saúde coletiva, o desafio que se apresenta é o de inaugurar um novo processo de escuta e reconhecimento dos diferentes valores e práticas civilizatórias, rompendo com o olhar preconceituoso e racista que ainda hoje é lançado às pessoas de ascendência africana.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde mental; Racismo; Saúde pública; Psicologia social.

**ABSTRACT** *This essay aims to provide elements for the study of the relationship between mental health and racism in order to cast a conception of humanity in public health as from the afrocentricity paradigm. These reflections depart from problematizing the existence of two civilizational paradigms that form the Brazilian society and produce subjectivities: the Western paradigm and the black-African one. In the public health field, the challenge concerns the launching of a new process of listening and recognition of different values and civilizational practices, breaking with the bigoted and racist sight still turned against African descendent people.*

**KEYWORDS** *Mental health; Racism; Public health; Psychology, social.*

<sup>1</sup>Escola de Filosofia e Teologia Afrocentrada (Estaf) – Porto Alegre (RS), Brasil.  
oba.olorioba@gmail.com

<sup>2</sup>Escola de Filosofia e Teologia Afrocentrada (Estaf) – Porto Alegre (RS), Brasil.  
jaypjesus@hotmail.com

<sup>3</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva – Porto Alegre (RS), Brasil.  
dani.scholz@hotmail.com

## Introdução

O Brasil é um país que recebeu contribuições civilizatórias de vários grupos étnico-raciais, dentre os quais destacam-se os povos de ascendência africana, que prestaram incalculáveis e substanciais contribuições a este Estado, produzindo riquezas com suas mãos, porém, sem acesso aos bens por eles produzidos. Essa contribuição na economia, na arquitetura, nas artes, na saúde, dentre outras áreas do conhecimento, continua a apresentar na contemporaneidade profundas assimetrias sociais e étnico-raciais.

As assimetrias étnico-raciais possuem como pano de fundo o processo de colonização que aviltou a humanidade dos povos africanos na diáspora negra, e que se atualiza no contemporâneo por meio da colonialidade que, de acordo com Quijano (2010), se expressa na negação de direitos e de valores civilizatórios de povos tradicionais, cujo olhar preconceituoso e racista lançado a eles rompe relações e identidades civilizatórias e, conseqüentemente, produz ‘desagência’ como fator de vulnerabilidade da população negra mediante a vivência de uma humanidade de concessão e subalterna, que, conseqüentemente, leva a sofrimento psíquico. Para Asante (2009, p. 95) a desagência pode ser encontrada “em qualquer situação na qual o africano seja descartado como ator ou protagonista em seu próprio mundo”. A desagência, portanto, refere-se a uma incapacidade de “dispor de recursos psicológicos e culturais necessários para o avanço da liberdade humana” (ASANTE, 2009, p. 94), produzindo, assim, uma humanidade de concessão e subalterna e, ao mesmo tempo, um pseudo-poder ao povo negro, que acaba por reforçar sua existência a serviço da colonialidade.

Conforme Silva (2005) negros e negras vivenciam na sociedade brasileira um estado de tensão emocional permanente, oscilando entre sentir-se ora perseguidos e ora perseguidores. O racismo incorporado às estruturas sociais causa acessos desiguais

para negros e não-negros, naturalizando-se e tornando-se imperceptível ao conjunto da sociedade. Ainda segundo Silva (2005), tais desigualdades acabam sendo erroneamente avaliadas como ato persecutório por negros e negras no conjunto das relações sociais, afetando, desse modo, a subjetividade e a construção da identidade, o que, mais uma vez, contribui e reforça a produção de uma existência de ‘ser negro e negra’ pautada e a serviço da colonialidade. Conforme Ferreira e Camargo (2011, p. 387), “as pessoas negras, submetidas a um processo de desvalorização constante”, alimentada pela colonialidade, “tendem a se identificar com uma minoria estigmatizada”, constituindo um “segmento da população brasileira que talvez mais sofra o efeito da discriminação e do preconceito, sempre encobertos por frases e gestos ambíguos”.

A colonialidade é um dos elementos constitutivos de um padrão mundial eurocêntrico, que consolida uma “concepção de humanidade segundo a qual a população do mundo diferencia-se em inferiores e superiores, irracionais e racionais, primitivos e civilizados, tradicionais e modernos” (QUIJANO, 2010, p. 86). Ela incide histórica e secularmente nas produções científicas, invisibilizando o conhecimento de povos tradicionais, de forma a reificar um modo de compreender o mundo em detrimento de outro. Ou seja, privilegia-se um referencial teórico-prático que segue a racionalidade da ciência moderna, reafirmando a cultura hegemônica em detrimento da considerada subalterna.

Um exemplo de colonialidade é o próprio racismo institucional que penetra, participa e se naturaliza na cultura da organização/instituição como um elemento estruturante das relações entre pessoas e instituição, de modo que o trabalhador acaba contribuindo com a manutenção da colonialidade na esfera pública. Para Silva (2005), o racismo institucional é determinante de iniquidades no acesso aos equipamentos sociais e gera conflitos nas relações inter-raciais, provocando

desigualdades no modo de inserção e impactos perversos na subjetividade de grupos racialmente oprimidos. A manifestação do racismo por meio de “preconceitos, estereótipos e discriminação é gerador de situações de violência física e simbólica” (SILVA, 2005, p. 130) e, sobretudo, de violência civilizatória, que, ainda segundo a autora, “produzem marcas psíquicas, ocasionam dificuldades e distorcem sentimentos e percepções de si mesmo” (SILVA, 2005, p. 130).

O descentramento existencial produzido nas subjetividades individuais e coletivas por meio da distorção de sentimentos e da percepção de si impede uma análise crítica sobre os efeitos da colonialidade nas relações de poder, de modo a contribuir com a manutenção das iniquidades civilizatórias, ou seja, com a negação da existência de diferentes ontologias, epistemologias e éticas do viver no mundo.

Este artigo tem por objetivo fornecer elementos para o estudo da relação entre saúde mental e racismo com vistas a inaugurar uma nova concepção de humanidade em saúde coletiva baseada no paradigma da afrocentricidade. Trata-se de um ensaio temático cujas reflexões e discussões partem da problematização da existência de dois paradigmas civilizatórios que constituem a sociedade brasileira e que, conseqüentemente, produzem subjetividade no seio do extrato social: o paradigma ocidental e o negro-africano.

## Paradigmas

As discussões em torno do conceito de paradigma, no campo científico, têm na obra de Kuhn (2006) ‘A estrutura das revoluções científicas’ um importante marco. Já em seu prefácio, o autor salienta:

considero ‘paradigmas’ as realizações científicas universalmente reconhecidas, que, durante algum tempo, oferecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência. (KUHN, 2006, p. 13).

Kuhn define, ainda, que esse conceito possui dois sentidos:

De um lado, indica toda a constelação de crenças, valores, técnicas etc. partilhadas pelos membros de uma comunidade determinada. De outro, denota um tipo de elemento dessa constelação: as soluções concretas de quebra-cabeças que, empregadas como modelos ou exemplo, podem substituir regras explícitas como base para a solução dos restantes quebra-cabeças da ciência normal. (KUHN, 2006, p. 220).

Enquanto Kuhn (2006) discute o conceito de paradigma como parte de comunidades científicas, Morin (2002B; 2007) amplia esse conceito ao alegar que a ele subjazem visões de mundo partilhadas pelas comunidades científicas, embora não se limitando a essas. Para Morin (2007, p. 59) “a palavra paradigma é constituída por certo tipo de relação lógica extremamente forte entre noções mestras, noções-chave, princípios-chave”. O autor define que um paradigma contém os conceitos ou as categorias fundamentais para sua inteligibilidade e, a um só tempo, o tipo de relações lógicas de atração/repulsão entre elas. E assevera que “os indivíduos conhecem, pensam e agem segundo os paradigmas inscritos culturalmente neles”, de modo que os sistemas de ideias “são radicalmente organizados em virtude dos paradigmas” (MORIN, 2002B, p. 261). Nessa perspectiva, por paradigma civilizatório entendemos um conjunto de pressupostos, concepções, valores, crenças, saberes e práticas compartilhadas por um grupo de pessoas, e que transcende os limites geográficos onde vivem, que dão vivacidade e organização a um modo de observar, agir e compreender o mundo.

Para conceituar paradigma civilizatório ocidental, partimos das discussões provocadas por Santos (2002) e Morin (2007). Para Santos (2002, p. 10), a racionalidade da ciência moderna constrói o que chama de “Paradigma Dominante”, ou seja, um “modelo totalitário” de observar e compreender o mundo, na medida em que “nega o caráter racional a todas as formas de

conhecimento que não se pautarem pelos seus princípios epistemológicos e pelas suas regras metodológicas”. Esse paradigma pressupõe a separação entre ser humano e natureza; visa a conhecer a natureza para dominá-la e controlá-la; assenta-se na redução da complexidade; possui como pressupostos a ordem e a estabilidade do mundo. Morin (2002A; 2003; 2007), ao trabalhar com a ideia de ‘paradigma simplificador’, afirma que ele põe ordem no universo, expulsando dele a desordem; busca a eliminação da irreversibilidade temporal e de tudo o que é eventual e histórico; atua no isolamento/separação do objeto em relação ao seu contexto; pressupõe a separação entre o objeto e o sujeito que o percebe/concebe; reduz o conhecimento do todo ao conhecimento das partes; vê apenas o uno ou o múltiplo, não conseguindo ver que o uno pode ser ao mesmo tempo múltiplo; reduz o conhecimento ao que é mensurável, quantificável, formulável, negando e condenando todo o conceito que não possa ser traduzido por uma medida.

Não obstante, o paradigma civilizatório ocidental também se constitui a partir de conceitos e pressupostos do capitalismo. Este, para manter sua hegemonia desde o início da modernidade, pressupõe a contínua concentração de capital; a crescente expansão geográfica sem limites; o direito de propriedade privada de quaisquer bens; e o poder ideológico, cuja relação de confiança “explica a pacífica aceitação de qualquer espécie de poder: político, militar, econômico, familiar ou religioso” (COMPARATO, 2011, P. 270).

No que se refere ao paradigma civilizatório negro-africano, para conceituá-lo, dialogamos com o ‘paradigma afrocêntrico’ proposto por Mazama (2009) e Asante (2009). A ideia afrocêntrica, segundo Asante (2009, P. 93), refere-se à “proposta epistemológica do lugar”, ou seja, tendo sido os africanos e afrodescendentes (no continente africano ou na diáspora) “deslocados em termos culturais, psicológicos, econômicas e históricos”, qualquer análise e compreensão de suas condições de vida deve ser feita a partir

de uma “localização centrada na África e sua diáspora”. Dito de outro modo, essa análise e compreensão precisam ser feitas a partir da epistemologia e de elementos civilizatórios do complexo cultural africano.

A afrocentricidade é entendida como

um tipo de pensamento, prática e perspectiva que percebe os africanos como sujeitos e agentes de fenômenos atuando sobre sua própria imagem cultural e de acordo com seus próprios interesses humanos. (ASANTE, 2009, P. 93).

O cerne desse paradigma, portanto, está na afirmativa de que os africanos devem “operar como agentes autoconscientes” de sua história, cuja autodefinição positiva e assertiva deve partir da “cultura africana” (MAZAMA, 2009, P. 111).

Nessa perspectiva, tendo em vista que “qualquer ideia, conceito ou teoria, por mais ‘neutro’ que se afirme ser, constitui o produto de uma matriz cultural e histórica particular” (MAZAMA, 2009, P. 111), compreende-se que o paradigma civilizatório negro-africano é constituído pelo conjunto de elementos do complexo cultural africano que inscreve em território brasileiro uma dinâmica civilizatória (LUZ, 2000; SANTOS, 2008; SODRÉ, 1988) mesmo diante do paradigma dominante. É constituído por um sistema de valores, crenças e ideias que constrói um modo específico de observar, agir e compreender o cosmos em suas dimensões visível e invisível, e que estabelece uma ética e uma estética para o viver coletivo, fazendo com que seus limites não coincidam com a dimensão geográfica do continente africano.

## Por uma concepção de humanidade afrocêntrica em saúde coletiva

A colonialidade atualiza e reforça os antagonismos criados pelo sistema colonialista, e as instâncias de poder do estado democrático de direito reforça a colonialidade por meio de uma

discussão superficial e racializada, impregnada no conceito de diversidade. Discussão essa que, por sua vez, é alimentada por um sistema de distinções visíveis e invisíveis que constituem a noção do que é ‘ser humano’ na sociedade eurocentrada, de modo que as invisíveis fundamentam as visíveis, como diria Santos (2010B) quando discute o pensamento abissal:

As distinções invisíveis são estabelecidas através de linhas radicais que dividem a realidade social em dois universos distintos: o universo ‘deste lado da linha’ e o universo ‘do outro lado da linha’. A divisão é tal que ‘o outro lado da linha’ desaparece enquanto realidade, torna-se inexistente, e é mesmo produzido como inexistente. Inexistência significa não existir sob qualquer forma de ser relevante ou compreensível. (SANTOS, 2010B, P. 32).

Fala-se, portanto, de um não existir, de uma não existência do ‘ser humano africano/africana’ na diáspora negra produzida pelo colonialismo e atualizada pela colonialidade. Afinal, a característica fundamental do pensamento abissal discutido por Santos (2010B) é a impossibilidade da copresença dos dois lados da linha – do lado de cá e do lado de lá, tendo como pressuposto, como define Dussel (2007, P. 76), a “universalidade abstrata”.

Assim, a visibilidade do que é discutido na ótica dos direitos humanos está assentada na abstrabilidade e invisibilidade de algumas humanidades, como, por exemplo, a humanidade africana. Afinal, na humanidade abstrata e invisível, para reforçar a violência impetrada no “outro lado da linha” pelo colonizador,

não há conhecimento real, existem crenças, opiniões, magia, idolatria, entendimentos intuitivos ou subjetivos, que, na melhor das hipóteses, podem tornar-se objetos ou matéria-prima para a inquirição científica. (SANTOS, 2010B, P. 34).

Portanto, a completa estranheza dos conhecimentos e práticas produzidos “do outro lado da linha” conduziu à negação da

natureza humana de seus agentes e a consequente desagência dos mesmos, o que, por sua vez, produz a sub-humanidade, a humanidade de concessão e subalterna no contemporâneo. Santos (2010B, P. 39) afirma que “a negação de uma parte da humanidade é sacrificial, na medida em que constitui a condição para a outra parte da humanidade se afirmar enquanto universal”, ou seja, como a única humanidade real e detentora das próprias prerrogativas existenciais.

Segundo Mignolo (2013), o conceito de direito constitui-se como ponto importante da racionalidade moderna e, embora provenha do direito romano e da teologia, falando-se de cristãos ocidentais, foi somente a partir das terras e dos agentes do Novo Mundo que o direito entrou em um cenário desconhecido até o momento. Ou seja, produziu-se o direito dos povos e nações, conferindo aos indígenas, por exemplo, o direito de ‘ser agente’ ou constituir nações. No entanto, o problema é que este conceito está impregnado do pressuposto de inferioridade do não europeu, carregado, ainda, do pressuposto de que mulheres, crianças, indígenas, negros, povos tradicionais, por exemplo, necessitam de seres superiores para cuidar deles. O conceito de humanidade para a racionalidade moderna, cristã e ocidental é igual a homem, de modo que os direitos são seletivos. Portanto, ainda segundo o autor, esse direito humano não é nem para mulheres europeias, tampouco para mulheres e homens não europeus.

Não obstante, a descolonização dos direitos humanos começa por descolonizar o conceito de humanidade e de humano, ou seja, deve-se abandonar a ideia universal de humanidade imposta pelo paradigma ocidental, cuja noção de humano está calcada no ideal de homem branco, heterossexual e cristão (MIGNOLO, 2013). O conceito de humanidade necessita ser reconstruído na beleza e na incontrolável diversidade da vida, do mundo e dos conhecimentos (MIGNOLO, 2013). Assim, a tarefa que se apresenta é a do



reconhecimento do que Santos (2010A, P. 543) chama de “diversidade epistemológica do mundo”, atentando-se para o “fascismo epistemológico”. O autor salienta que o

fascismo epistemológico existe sob a forma de epistemicídio, cuja versão mais violenta foi a conversão forçada e a supressão dos conhecimentos não ocidentais levadas a cabo pelo colonialismo europeu. (SANTOS, 2010A, P. 544).

Como contraponto a esse ‘epistemicídio’, Santos (2010A) propõe a “ecologia dos saberes”, ou seja, a tentativa de minimizar ao máximo a assimetria entre diferentes saberes. A diferença epistemológica entre os saberes só poderá ser minimizada por meio de comparações recíprocas entre eles na “busca de limites e possibilidades cruzadas”. A proposta que o autor faz sobre a “ecologia dos saberes” se refere a uma “epistemologia da doura ignorância”, isto é, levar ao máximo para a consciência a incompletude de cada saber por meio do “trabalho de tradução” – procedimento de busca de proporção e correspondência entre os saberes (SANTOS, 2010A, P. 544). Ou seja, “um procedimento capaz de criar uma inteligibilidade mútua entre experiências possíveis e disponíveis sem destruir a sua identidade”, que se contrapõe a uma teoria geral que procura dar conta da diversidade de experiências sociais (SANTOS, 2006, P. 779).

Considerando o conceito de humanidade e humano imposto pelo paradigma ocidental e o epistemicídio levado a cabo pelo colonialismo europeu, torna-se material compreender os motivos pelos quais ‘ser negro e negra’ no Brasil é vivenciar diuturnamente uma humanidade subalterna, de concessão, que, obviamente, produz subjetividades subalternas alimentadas diariamente pelo racismo que mantém viva a divisão radical entre o universo deste lado da linha e o universo do outro lado da linha, conforme o pensamento abissal de Santos (2010B). Fala-se de uma ‘humanidade africana’ que continua sendo vilipendiada nas diferentes matizes

da colonialidade que se mantém viva, porém com novas formas e roupagens, contribuindo com a manutenção do racismo em nossa sociedade. Portanto, a perspectiva da democracia racial, como afirma Fernandes (2007), não possui consistência na sociedade brasileira e constitui inverdade na medida em que difunde uma relação harmoniosa e igualitária entre grupos raciais, não correspondendo, pois, à realidade vivida pela população de ascendência africana.

No que se refere à construção mundial do racismo, é importante ressaltar a diferença entre o racismo produzido pelo colonizador europeu em relação aos povos africanos e outras formas de relações racistas vivenciadas na história da humanidade. Como conceito básico, sabemos que o racismo pressupõe que um grupo racial – considerando-se o conceito social de raça – considera-se superior a outro grupo racial.

No que se refere ao racismo produzido entre colonizador europeu e povos africanos, a base da relação racista transcende a relação de superioridade/inferioridade, isto é, inclui o antagonismo humanidade/não humanidade. Dito de outro modo, os povos africanos, para o colonizador europeu, eram mais do que inferiores, eram não humanos. A palavra ‘negro’ – nome dado pelo colonizador europeu aos africanos – está carregada de valores e ideologia de modo que significa ausência de luz, sem alma. Ou seja, não ter alma implica ‘não ser humano’, significa ser objeto, ser animal. Portanto, a representação social de ‘ser negro e negra’ no Brasil tem como base o conceito de não humanidade. Diante de séculos de imersão nessa verdade universal, negros e negras, bem como a sociedade brasileira como um todo, passam a acreditar na não humanidade dos povos de ascendência africana, que, por sua vez, passam a vivenciar uma humanidade de concessão e subalterna, produzindo subjetividades subalternas alimentadas diuturnamente pelo racismo e pelas estratégias de divisão alimentadas por esse mesmo

racismo. Para Nobles (2009, p. 281) o grande infortuito vivido pelos africanos a partir da colonização europeia está expresso na negação da humanidade africana, “acompanhada do desprezo e do desrespeito, coletivos e contínuos, ao seu direito de existir”.

O discurso que foi pronunciado por um escravagista europeu, William Lynch, em 1712 nos dá a dimensão do que foi feito com a existência dos povos de ascendência africana na diáspora. Lynch desenvolveu técnica de controle dos africanos escravizados, que se revoltavam e criavam problemas para os negócios do colonizador escravagista, conforme relata em sua carta:

Senhores:

Eu saúdo vocês, aqui presentes nas beiras do Rio James, no ano de 1712 do nosso Senhor.

Carlos Nunes Primeiro, devo agradecer a vocês, senhores da colônia da Virgínia, por me trazerem aqui.

Estou aqui para ajudá-los a resolver alguns dos seus problemas com escravos. O convite de vocês chegou até a mim, lá na minha modesta plantação nas Índias do Oeste onde experimentei alguns mais novos, e outros ainda velhos, métodos de controle de escravos.

A Antiga Roma nos invejaria se o meu programa fosse implementado. Assim que o nosso navio passou ao sul do Rio James, nome do nosso ilustre Rei, eu vi o suficiente para saber que os problemas de vocês não é único.

Enquanto Roma usava cordas e madeira para crucificar grande número de corpos humanos pelas velhas estradas, vocês aqui usam as árvores e cordas. Eu vi um corpo de um escravo morto balançando em um galho de árvore a algumas milhas daqui.

Vocês não estão só perdendo estoques valiosos nesses enforcamentos, estão tendo também levantes, escravos fugindo, suas colheitas são deixadas no campo tempo demais para um lucro máximo, vocês sofrem incêndios ocasionais, seus animais são mortos. Senhores! Vocês conhecem seus problemas; eu não estou aqui para enumerá-los, mas para

ajudar a resolvê-los!

Tenho comigo um método de controle de escravos negros. Eu garanto que se você implementar da maneira certa, controlará os escravos no mínimo durante 300 anos. Meu método é simples e todos os membros da família e empregados brancos podem usá-lo.

Eu seleciono um número de diferenças existentes entre os escravos; eu pego essas diferenças e as faço ficarem maiores, exagero-as. Então eu uso o medo, a desconfiança, a inveja, para controlá-los. Eu usei esse método na minha fazenda e funcionou; não somente lá mas em todo o Sul.

Pegue uma pequena e simples lista de diferenças e pense sobre elas. Na primeira linha da minha lista está 'Idade', mas isso só porque começa com a letra 'A'. A segunda linha, coloquei 'Cor' ou 'Nuances'. Há ainda, 'inteligência', 'tamanho', 'sexo', 'tamanho da plantação', 'status da plantação', 'atitude do dono', 'se mora no vale ou no morro', 'Leste ou Oeste', 'Norte ou Sul', se tem 'cabelo liso ou crespo', se é 'alto ou baixo'.

Agora que você tem uma lista de diferenças, eu darei umas instruções, mas antes, eu devo assegurar que a desconfiança é mais forte do que a confiança e que a inveja é mais forte do que a adulação, o respeito e a admiração.

O escravo negro, após receber esse endoutrimento ou lavagem cerebral, perpetuará ele mesmo, e desenvolverá esses sentimentos, que influenciarão seu comportamento durante centenas, até milhares de anos, sem que precisemos voltar a intervir. A sua submissão à nós e à nossa civilização será não somente total, mas também profunda e durável.

Não se esqueçam que vocês devem colocar o velho negro contra o jovem negro. E o jovem negro contra o velho negro. Vocês devem jogar o negro de pele escura contra o de pele clara. E o de pele clara contra o de pele escura. O homem negro contra a mulher negra.

É necessário que os escravos confiem e dependam de Nós. Eles devem amar, respeitar e confiar somente em nós.

Senhores, essas dicas são as chaves para

controlá-los, usem-nas. Façam com que as suas esposas, filhos e empregados brancos também as utilizem. Nunca percam uma oportunidade. Meu plano é garantido e a boa coisa nisso é que se utilizado intensamente durante um ano, os escravos por eles mesmos acentuarão ainda mais essas oposições e nunca mais terão confiança em si mesmos, o que garantirá uma dominação quase eterna sobre eles. Obrigado, senhores.

William Lynch. (LYNCH, 2012).

Mas o que tudo isso tem a ver com saúde mental? Tem tudo a ver! Afinal, trata-se da constituição de sujeitos, da produção de subjetividades, da construção de identidades do ‘ser negro e negra’ na diáspora.

A violência a qual os povos de ascendência africana estiveram submetidos no Brasil ao longo de séculos não é apenas a da força bruta, pois o racismo como tipo de violência é exercido, antes de tudo, pela impiedosa tendência de destituir a condição humana de negros e negras. Vilhena (2006) salienta que a população negra, por meio da internalização forçada e brutal dos valores e ideais do branco, é obrigada a adotar modelos incompatíveis com seu próprio corpo, de modo que tal interiorização leva, frequentemente, à alienação e à negação da própria natureza humana, oferecendo como único caminho o embranquecimento físico e/ou cultural. Não obstante, numa perspectiva mais complexa, afirmamos que a população de ascendência africana no Brasil vê-se obrigada a internalizar valores civilizatórios ocidentais e adotar modos de existência antagônicos ao paradigma civilizatório negro-africano, o que, consequentemente, produz sofrimento psíquico.

Bastide (1955 APUD CUCHE, 1999, P. 133), em suas pesquisas sobre o universo da tradição de matriz africana, defendia a ideia de que o africano no Brasil conseguia ser, ao mesmo tempo, fervorosos adeptos da tradição de matriz africana e agentes econômicos perfeitamente adaptados à racionalidade moderna; argumentava que

na diáspora o africano passou a viver em dois universos sociais distintos, sem que estes se comunicassem. O que, por sua vez, demonstrava que a aculturação não produzia, necessariamente, “seres híbridos, inadaptados e infelizes”; a essa capacidade Bastide (1955 APUD CUCHE, 1999, P. 133-134) denominou de “princípio de corte”. Ou seja, argumentava que o africano que vive em contexto social pluricultural tem a capacidade de cortar “o universo social em um certo número de ‘compartimentos isolados’ nos quais eles têm ‘participações’ de ordem diferente que, por isso mesmo, não lhes parecem contraditórios”.

No entanto, se num dado contexto social, histórico e cultural os africanos diaspóricos experimentavam com certa tranquilidade os estratégias da racionalidade moderna, na contemporaneidade observa-se uma situação um pouco diferente. Isto é, se um dia a fragmentação provocada pelo princípio de corte teve função protetiva para a saúde mental dos africanos na diáspora, na contemporaneidade, ele também pode agir como fator desagregador na medida em que os sujeitos não conseguem mais articular aquilo que um dia foi fragmentado; não têm mais consciência dos cortes realizados por seus antepassados (ALVES, 2012).

Viver em dois universos sociais, em duas perspectivas civilizatórias, ‘do lado de cá e do lado de lá’ simultaneamente, acabou produzindo, hoje, nos africanos da diáspora um sentimento de fragmentação da própria individualidade, da própria identidade cultural. Afinal, não é tarefa fácil, para negros e negras, o exercício de vivenciar, identificar e articular pressupostos filosóficos, éticos e existenciais que sinalizem continuidades e descontinuidades do paradigma civilizatório negro-africano na relação com o paradigma ocidental (ALVES, 2012).

Luz (2000, P. 31) alega que o processo histórico negro-africano é caracterizado por

uma linha de continuidade ininterrupta de determinados princípios e valores

transcendentes que são capazes de engendrar e estruturar identidades e relações sociais.

Mattos (2003), ao fazer referência à função política e contra-hegemônica da elevação dos valores civilizatórios negro-africanos a redutores da dignidade e identidade negra no Brasil, salienta a necessidade de nos mantermos atentos ao risco de incidirmos nas

armadilhas dos essencialismos, na reprodução não refletida desses valores como conteúdos inalterados de uma tradição supostamente imune às injunções do tempo. (MATTOS, 2003, P. 230).

Bastide (1968, P. 7), ao pôr em discussão as oposições entre civilização ocidental e negro-africana, e ao caracterizá-las a partir da palavra, da linguagem, afirma que uma se constitui a partir do “pensamento por sinais” e a outra, do “pensamento simbólico”, ou, ainda, “civilização do sinal” e “civilização do símbolo”. Segundo o autor, a primeira “considera a linguagem significativa por si mesma, pela sua gramática, sua sintaxe, suas regras lógicas”, de modo que “o sentido não se acha fora das palavras e sim na sua disposição”, na sua organização gramatical. Já a segunda, vê nas palavras “a expressão do que se encontra do outro lado do real” e de onde, ele, o real, retira toda a sua realidade. Dito de outra forma, na civilização do sinal (ocidental), a linguagem é concebida “como um objeto exterior que se estuda como uma coisa”, já na civilização do símbolo (negro-africana), a linguagem é concebida como uma mensagem.

Desse modo, pensar na saúde mental da população de ascendência africana, da população negra brasileira é adquirir e empregar o impulso revolucionário para atingir a liberdade mental e espiritual (NOBLES, 2009). O que, por sua vez, demanda uma noção de saúde e de saúde mental centrada na humanidade africana. Para tanto, Nobles (2009, P. 281) defende ser necessário que nos interroguemos sobre a

linguagem e a lógica dos povos africanos tradicionais para apreender de forma profunda e nítida o funcionamento dos povos africanos contemporâneos.

O autor defende ainda que os ancestrais africanos foram trazidos para o

Novo Mundo destituídos de liberdade, ou seja, em grilhões, mas não chegaram destituídos de pensamento ou crenças sobre quem eles eram.

Os ancestrais africanos

vieram com uma lógica e uma linguagem de reflexão sobre o que significava ser humano e sobre quem eles eram, a quem pertenciam e por que existiam.

Nobles (2010, P. 281) salienta ainda que

somente por meio de uma interpretação profunda da linguagem e da lógica de nossa própria ancestralidade seremos nós, os africanos diaspóricos.

Afinal, como refere Alves (2012, P. 175), o sujeito que cultua a tradição africana no Brasil

se constitui e se diferencia em sua subjetividade, ao mesmo tempo em que ela é produzida na multiplicidade e unidade da comunidade, dos ancestrais e das divindades.

Trata-se de um sujeito que se constitui e se diferencia a partir de uma base

bio-mítico-social, ou seja, ele é constituído a partir do sentido e significado das divindades e ancestrais, de seus elementos naturais e de sua relação com o coletivo. (ALVES, 2012, P. 175).

Nessa perspectiva, a materialização do princípio da equidade no Sistema Único de Saúde (SUS) só se efetivará a partir do reconhecimento dos diferentes valores e práticas

civilizatórias que constituem o Estado brasileiro. Afinal, a grande dificuldade da saúde coletiva ocidental é desconstruir a universalidade de seu paradigma civilizatório e, conseqüentemente, exercitar a dialógica e a alteridade com outras realidades constitutivas de subjetividades e humanidades, numa perspectiva de reparação civilizatória. Afinal, as conseqüências psicológicas do viver em uma sociedade estruturada pelo racismo são extremamente devastadoras e aniquilantes.

Assim, reafirmamos o paradigma da afrocentricidade como uma perspectiva teórica e prática que inova no campo da saúde coletiva um conceito de humanidade, na medida em que visa a reorientar africanos e suas culturas de uma posição periférica para uma posição centrada, como ressalta Asante (2009), produzindo pesquisa, conhecimento e práticas em saúde a partir dessa epistemologia. A afrocentricidade concebe os africanos e seus descendentes como sujeitos de sua própria ação, sendo que a ideia de conscientização de si está na centralidade, ou seja, africanos e seus descendentes devem operar como agentes autoconscientes de sua história, cuja autodefinição positiva e assertiva deve partir das culturas africanas (MAZAMA, 2009).

## Considerações finais

Compreender, visibilizar, colocar em relevo, positivar, reinterpretar e ressignificar são algumas das muitas palavras que nesse momento emergem e levam à reflexão e problematização sobre coexistência de dois paradigmas civilizatórios que contituem a sociedade brasileira: o ocidental e o negro-africano. Nesse sentido, corroboramos as palavras de Mattos (2003, p. 230) quando defende a “necessidade de edificação de uma cultura política afrodescendente” em nosso País ou, ainda, de:

[...] construir e divulgar concepções e pressupostos capazes de reorientar a nossa compreensão do nosso próprio passado – e, se necessário, mudá-lo na forma como ele se nos mostra – à luz consciente de um projeto político e civilizacional contemporâneo, ao mesmo tempo, emancipador e antirracista. (MATTOS, 2003, P. 231).

O desafio que está posto para a saúde coletiva é o de inaugurar um novo processo de escuta e reconhecimento dos diferentes valores e práticas civilizatórias que constituem a sociedade brasileira. Rompendo, assim, com o olhar preconceituoso e racista que ainda hoje é lançado às pessoas de ascendência africana, bem como com a perspectiva de desagência e de humanidade de concessão e subalterna até então levados a efeito nas relações étnico-raciais de nosso país.

Compreendemos ser necessária a formação de equipes técnicas, políticas e de gestão municipais do paradigma da afrocentricidade com vistas a protagonizar políticas públicas que tenham como princípio a equidade e a reparação civilizatória. Iniciativa efetivamente inovadora, com impacto político-social no seio da população brasileira, sobretudo na camada da população de ascendência africana. Conforme Nobles (2009, p. 278), “poucas discussões têm articulado com seriedade a natureza fundamental de ser africano”, do ‘ser negro e negra’, “seus significados psicológicos e funções associativos ou a teoria(s) necessária(s) com respeito aos processos psicológicos africanos normais”.

Afinal, como defende Fernandes (2007, p. 51),

não poderá haver integração nacional, em bases de um regime democrático, se os diferentes estoques raciais não contarem com oportunidades equivalentes de participação das estruturas nacionais de poder.

## Referências

- ALVES, M. C. *Desde dentro*: processos de produção de saúde em uma comunidade tradicional de terreiro de matriz africana. 2012. 306 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Psicologia, Rio Grande do Sul, 2012.
- ASANTE, K. Afrocentricidade: notas sobre uma posição disciplinar. In: NASCIMENTO, E. L. (Org.). *Afrocentricidade: uma abordagem epistemológica inovadora*. São Paulo: Selo Negro, 2009. p. 93-110.
- BASTIDE, R. Religiões africanas e estruturas de civilização. *Afro-Ásia*. n. 6-7, 1968, p. 5-16. Disponível em: <[http://www.afroasia.ufba.br/pdf/afroasia\\_n6\\_7\\_p5.pdf](http://www.afroasia.ufba.br/pdf/afroasia_n6_7_p5.pdf)>. Acesso em: 1 mar. 2014.
- COMPARATO, F. K. Capitalismo: civilização e poder. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 25, n. 72, p. 251-276, 2011.
- CUCHE, D. *A noção de cultura nas ciências sociais*. Bauru: UDUSC, 1999.
- DUSSEL, E. *Ética da libertação*: na idade da globalização e da exclusão. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.
- FERNANDES, F. *O negro no mundo dos brancos*. 2. ed. São Paulo: Global, 2007.
- FERREIRA, R. F.; CAMARGO, A. C. As relações cotidianas e a construção da identidade negra. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, DF, v. 31, n. 2, p. 374-389, 2011.
- KUHN, T. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 2006.
- LYNCH, W. *Carta de William Lynch*. 2012. Disponível em: <<http://comunidadeib.blogspot.com.br/2012/10/carta-de-william-lynch.html>>. Acesso em: 24 ago. 2015.
- LUZ, M. A. *Agadá*: dinâmica da civilização africano-brasileira. Salvador: Edufba, 2000.
- MATTOS, W. R. Valores civilizatórios afro-brasileiros, políticas educacionais e currículos escolares. *Revista da FAEBA – Educação e Contemporaneidade*, v. 12, n. 19, p. 229-234, jan./jun. 2003. Disponível em: <<http://www.uneb.br/revistadafaeaba/files/2011/05/numero19.pdf>>. Acesso em: 1 abr. 2014.
- MAZAMA, A. A afrocentricidade como um paradigma. In: NASCIMENTO, E. L. (Org.). *Afrocentricidade: uma abordagem epistemológica inovadora*. São Paulo: Selo Negro, 2009. p. 111-128.
- MIGNOLO, W. Descolonialidade como o caminho para a cooperação. *Revista do Instituto Humanistas Unisinos*, n. 431. 2013. Disponível em: <[http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5253&secao=431](http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=5253&secao=431)>. Acesso em: 1 jun. 2014.
- MORIN, E. *A cabeça bem feita*: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.
- \_\_\_\_\_. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002a.
- \_\_\_\_\_. *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre: Sulina, 2007.
- \_\_\_\_\_. *O método IV: as idéias*. Porto Alegre: Sulina, 2002b.
- NOBLES, W. Sakhu Sheti: retomando e reapropriando um foco psicológico afrocentrado. In: NASCIMENTO, E. L. (Org.). *Afrocentricidade: uma abordagem epistemológica inovadora*. São Paulo: Selo Negro, 2009. p. 277-297.
- QUIJANO, A. Colonialidade do poder e classificação social. In: SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. (Org.). *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez, 2010. p. 84-130.
- SANTOS, B. S. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. In: \_\_\_\_\_. (Org.). *Conhecimento prudente para uma vida decente*. São Paulo: Cortez, 2006. p. 777-821.
- \_\_\_\_\_. Um ocidente não-ocidentalista! A filosofia à venda, a douda ignorância e a aposta de Pascal. In: SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. (Org.). *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez, 2010a. p. 519-562.
- \_\_\_\_\_. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. (Org.). *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez, 2010b. p. 31-83.

———. *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Afrontamento, 2002.

SANTOS, J. E. *Os nãgô e a morte*: Pàde, Àsèsè e o culto Égun na Bahia. Petrópolis: Vozes, 2008.

SILVA, M. L. Racismo e os efeitos na saúde mental. In: BATISTA, L. E.; KALCKMANN, S. (Org.). *Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2005. p. 129-132.

SODRÉ, M. *O terreiro e a cidade*: a forma social negro-brasileira. Petrópolis: Vozes, 1988.

VILHENA, J. Violência da cor: sobre racismo, alteridade e intolerância. *Revista Psicologia Política*, n. 12, v. 6, 2006. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/~psicopol/seer/ojs/viewarticle.php?id=7&layout=html>>. Acesso em: 1 jul. 2014.

---

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

# Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS

## *Palliative cares on cancer and the doctrinal principles of SUS*

Ernani Costa Mendes<sup>1</sup>, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos<sup>2</sup>

---

**RESUMO** Os cuidados paliativos são destinados às pessoas com doenças crônicas evolutivas que ameaçam suas vidas. Têm como característica preservar a qualidade da vida, do diagnóstico ao estágio final, e guardam coerência com a doutrina do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade, equidade. Este artigo, focado no câncer, faz uma reflexão sobre a cobertura da população, sua organização na atenção básica, média e alta complexidades e formação de profissionais, a partir de revisão bibliográfica e dos instrumentos normativos. Conclui-se que a estruturação da rede de cuidados paliativos carece de eficácia para o seu desenvolvimento, enquanto política pública coerente com a doutrina do SUS.

**PALAVRAS-CHAVE** Câncer; Cuidados paliativos; Sistema Único de Saúde.

**ABSTRACT** *Palliative cares are allocated to people with evolutionary chronic diseases which threaten their lives. They are characterized for preserving the quality of life from diagnosis to late stage, and keep consistency with the doctrine of the Unified Health System (SUS): universality, integrality, equity. This article, focused on cancer, reflects on the coverage of the population, their organization in basic, medium and high complexities and training of professionals, from literature review and regulatory instruments. It is concluded that the structuring of palliative care network lacks effectiveness for its development, while consistent public policy with the doctrine of SUS.*

**KEYWORDS** *Cancer; Palliative care; Unified Health System.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro, Brasil.  
ernani-mendes@ig.com.br

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro, Brasil.  
elfadel@globocom



## Introdução

O número de casos de câncer vem crescendo anualmente, representando a segunda causa de morte no Brasil e no mundo. “Responde por 20% dos óbitos na Europa, com mais de três milhões de novos casos e 1,7 milhões de óbitos por ano” (INCA, 2012, p. 15). O câncer constitui-se numa importante questão de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento, em virtude de seu crescente impacto sobre a rede de serviços e sobre a agenda de ações que atendam à exigibilidade da atenção. Diante de estimativas de redução da ocorrência de câncer em até 30% dos casos, por meio de medidas preventivas, evidencia-se a necessidade de políticas sanitárias mais abrangentes e robustas (FIOCRUZ, 2012). Inclusive, em algumas situações, o câncer pode ser totalmente prevenível, caso do mesotelioma de origem ocupacional, conforme assinala o documento ‘Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho’ (INCA, 2012).

Chama a atenção a desigualdade dessa situação, uma vez que mais de 70% de todas as mortes por câncer ocorrem nos países em vias de desenvolvimento. A carga do câncer continuará aumentando nos países em desenvolvimento e crescerá ainda mais em países desenvolvidos se medidas preventivas não forem amplamente aplicadas. Nestes, os tipos de câncer mais frequentes na população masculina são os de próstata, pulmão, cólon e reto; e mama, cólon e reto e pulmão entre as mulheres. Nos países em desenvolvimento, os três cânceres mais frequentes em homens são pulmão, estômago e fígado; e mama, colo do útero e pulmão nas mulheres (INCA, 2014).

Segundo estimativas de incidência de câncer do projeto Globocan 2012, da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC – *International Agency for Research on Cancer*), da Organização Mundial da Saúde (OMS), houve 14,1 milhões de casos

novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes por câncer em todo o mundo, em 2012. A OMS estima, ainda, para o ano de 2030, 21,4 milhões de casos incidentes, 13,2 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer (INCA, 2014).

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (Inca), que é o responsável pela política nacional integrada para o controle e a prevenção do câncer, estimou para o biênio de 2014/2015 a ocorrência de 576 mil casos novos. O câncer de pele do tipo não melanoma (182 mil casos novos) é o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores da próstata (69 mil), mama feminina (57 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil), acompanhando o mesmo perfil da magnitude observada para a América Latina (INCA, 2014).

Segundo o IBGE (2009), o aumento da expectativa de vida, o envelhecimento e a mudança do comportamento da densidade demográfica do Brasil projetam estimativas de que o grupo etário de 60 anos ou mais, duplicará em termos absolutos no período de 2000 a 2020, ao passar de 13,9 para 28,3 milhões, elevando-se, em 2050, para 64 milhões.

O envelhecimento populacional constitui um dos maiores desafios para a saúde pública contemporânea, especialmente em países em desenvolvimento, onde esse fenômeno ocorre em ambientes de pobreza e grande desigualdade social. Em 2025, estima-se que, dos dez países do mundo com o maior número de idosos, cinco serão países em desenvolvimento, entre eles, o Brasil (LIMA-COSTA, 2003).

Em recente documento sobre a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro para 2030, elaborado pela Fundação Oswaldo Cruz, em parceria com outras instituições brasileiras, é assinalado que envelhecimento e doenças crônicas, em determinado momento, para uma determinada população, acionam todos os níveis de assistência, “e nenhum deles poderia

ser chamado de ‘resolutivo’ no sentido clássico associado à ideia de cura” (FIOCRUZ, 2012, p. 141). O fato requer a intervenção de distintas especialidades do campo da saúde em todos os níveis. Além disso, especialmente no nível primário, frequentemente, ultrapassam-se as fronteiras dos serviços de saúde, abrangendo as áreas sociais e de apoio comunitário. O mesmo documento ainda observa que as demais formas de cuidados em saúde, muitas delas utilizadas em países desenvolvidos, “como assistência domiciliar, centros de cuidados prolongados e de cuidados paliativos, crescem em importância [...]”, e, apesar desse fato, “[...] sua utilização carece de avaliação e planejamento no Brasil” (FIOCRUZ, 2012 p. 141).

Atualmente, a doença crônica, progressiva e incurável é a principal causa de incapacidades funcionais, sofrimento e morte, como é o caso do câncer, da Aids e de outras enfermidades que acometem os diversos órgãos vitais. No caso específico do câncer, que tem seu crescimento progressivo em todas as faixas etárias e é descoberto em estádio tardio, no Brasil, com taxas de incidência crescentes e de incapacidades de toda ordem para os pacientes, há uma tendência a ocorrerem grandes demandas ao sistema de saúde (FIOCRUZ, 2012; HENNEMANN-KRAUSE, 2012; LIMA-COSTA, 2003).

Segundo dados do IBGE (2009), as mais recentes informações da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) que tratam do tema mostram que, do total da população residente brasileira, 31,3% afirmaram ter pelo menos uma doença crônica, correspondendo a 59,5 milhões de pessoas. O percentual de mulheres com doenças crônicas (35,2%) é maior do que o de homens (27,2%), e aumenta com a idade: 45% para a população de 40 a 49 anos de idade e 79,1% na população de 65 anos ou mais de idade. A doença crônica mais frequentemente relatada foi a hipertensão arterial (14,1%), seguida de doenças da coluna (13,5%).

Recentemente, no Brasil, foi lançado o Plano de Ações Estratégicas para o

Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), para o decênio 2011-2022, que as aponta como um problema de saúde de grande magnitude. São responsáveis por 72% das causas de morte, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixas escolaridade e renda. O plano tem como objetivo principal ações que visam ao fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde (SUS) e à ampliação das ações de cuidado integral para a prevenção e o controle das DCNT (BRASIL, 2011).

Com relação à questão específica do câncer, a atenção oncológica no Brasil, de 2005 a 2013, foi norteadada pela Portaria nº 2.439/GM, de 08/12/2005, que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica. Para dar-lhe cumprimento, nesse período, o SUS estruturou respostas para melhor organizar a atenção ao câncer, levando-se em conta as dimensões e as heterogeneidades cultural e socioeconômica do Brasil. Nesse sentido, o Ministério da Saúde publicou, além da Portaria citada, a de nº 741, de 19/12/2005. Enquanto a primeira adotava os parâmetros da instituição da política: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão (BRASIL, 2005A), a segunda determinava novas classificações e requisitos para os estabelecimentos que tratam câncer (Centros e Unidades de Alta Complexidade em Oncologia), além de propor parâmetros para o planejamento e a avaliação da Rede de Alta Complexidade em Oncologia e de estabelecer procedimentos para melhoria das informações sobre a atenção ao câncer (Registro Hospitalar de Câncer – RHC) (BRASIL, 2005B).

Coerente com a relevância da questão do câncer, na perspectiva da sua atenção integral foi instituída a Lei Presidencial nº 12.732 (22/11/2012), que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Para tentar diminuir o retardamento do diagnóstico do câncer, a lei estabelece prazo para o paciente ser tratado no SUS. Em seu Art. 2º, assegura que o paciente com neoplasia maligna tem direito ao primeiro tratamento no SUS no prazo de até 60 dias, contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso, registrada em prontuário único.

E, em 2013, considerando sua importância epidemiológica e sua magnitude como problema de saúde pública e a necessidade de redução da mortalidade e da incapacidade, foi editada a nova Portaria, que trata da política nacional de atenção ao câncer. Guardando coerência com o eixo III do mencionado Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, a Portaria nº 874, de 16/05/2013, (BRASIL, 2013, p. 129) “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)” (PNPCC-RAS), sendo da responsabilidade do Ministério da Saúde estabelecer diretrizes nacionais para a prevenção e o controle do câncer, estimulando a atenção integral e articulando as diversas ações nos três níveis de gestão do SUS. O objetivo central da política é contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos.

Este texto tem como objetivo geral analisar a relação entre os cuidados paliativos e os princípios doutrinários do SUS. Partindo da questão ‘se’ e ‘como’ esses princípios são contemplados nas ações propostas de cuidados

paliativos inseridos na política, a hipótese do texto é que a implementação e a organização dos cuidados paliativos carecem, ainda, de mecanismos mais eficazes para o seu desenvolvimento, dentro da perspectiva de uma política pública de saúde, coerente com a doutrina do sistema.

## Metodologia

A metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica, considerando duas vertentes de abordagem: uma com foco no estado da arte, utilizando descritores relacionados ao tema (Sistema Único de Saúde e cuidados paliativos) nas bases de dados Bireme, *Scielo*, *PubMed* e Capes, a partir de 2005 (ano da publicação da primeira portaria nacional sobre o tema), e a outra referente a documentos legais emitidos pelo nível nacional do SUS, tais como portarias, decretos e leis, também a partir de 2005, coletados nos sites oficiais do governo federal.

## Cuidados paliativos no câncer e os princípios do SUS

De acordo com a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, estabelecida na Portaria nº 874/2013, os cuidados paliativos estão inseridos em todos os níveis de atenção na área de saúde, respeitando o conceito de hierarquização da assistência no âmbito do SUS, que se traduz na atenção básica de saúde, na média e na alta complexidades, garantindo, com isso, o direito integral, equânime e universal à saúde do cidadão. O ponto nodal dos cuidados paliativos, no âmbito da Política, depende de uma compreensão mais elaborada do seu significado e de suas dimensões. Coerente com a estratégia de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, a perspectiva

é de ampliar, fortalecer e qualificar a assistência oncológica no SUS, capacitando, para isso, servidores da rede para cuidados paliativos no decênio 2011-2022, tendo em vista a maior e sempre crescente demanda do número de pessoas que precisam e precisarão de cuidados paliativos na rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

Cuidados paliativos são, no mais das vezes, cuidados intensivos de conforto e gestão do fim da vida. Contudo, deverão ser iniciados logo no diagnóstico, intensificando-se na medida da necessidade. Consistem num direito do ser humano de ser apoiado e assistido no processo de doença até a fase final da vida. Os cuidados paliativos afirmam a vida e tratam a morte como um processo normal, e não implicam apressar ou adiar a morte. Nesse contexto, integram os aspectos psicossociais e espirituais nos cuidados ao paciente, oferecendo um sistema de apoio e ajuda aos mesmos para que vivam tão ativamente quanto possível até a morte. Além disso, disponibilizam um sistema de apoio para auxiliar o paciente e sua família a lidar com a situação durante a doença e no processo de luto; exigem uma abordagem em equipe, dando continuidade à atenção até o desfecho da necessidade de sua permanência na dinâmica familiar. Finalmente, afirmam que são aplicáveis desde o estágio inicial da doença, passando pelas modificações e terapias que prolongam a vida, até o processo de luto encerrado (WHO, 2002).

Os cuidados paliativos tiveram seu marco histórico na década de 1960, especialmente a partir da fundação do *Saint Christopher's Hospice*, em Londres, pela Dr<sup>a</sup> Cicely Saunders. Recentemente, têm conquistado reconhecimento científico no moderno movimento *hospice* – que defende o cuidar de um ser humano que está morrendo e de sua família, com compaixão e escuta empática. Propugna a filosofia do cuidado mais humanitário aos indivíduos com suas doenças crônicas e as que ameaçam a vida. Inicialmente conhecidos como assistência

*hospice*, o termo cuidados paliativos foi sendo absorvido pela comunidade científica, dentro de uma perspectiva que inclui, além dos cuidados administrados, o ensino e a pesquisa (FLORIANI; SCHRAMM, 2007; SILVA; HORTALE, 2006).

Os artigos constitucionais que versam sobre a saúde (art. 196 a 200) são regulamentados pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) – Lei 8.080, de 19/09/1990, e Lei 8.142, de 28/12/1990. Segundo a Lei 8.080/90, o SUS pode ser compreendido como o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A Lei 8.142/90 garante a participação da comunidade na gestão do sistema de saúde e versa, ainda, sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. O SUS prevê um sistema com princípios doutrinários e organizativos e é constantemente atualizado por meio de leis, normas e regulamentações que vão sendo promulgadas em função de adequações a novas necessidades da população.

Para tanto, os princípios doutrinários do SUS (universalidade, equidade e integralidade) dizem respeito às ideias filosóficas que permeiam a implementação do sistema e consolidam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde. Os princípios organizativos (regionalização, hierarquização, participação do cidadão e descentralização) orientam a forma como o sistema deve funcionar, tendo como eixo norteador os princípios doutrinários (RONCALLI, 2003; FALEIROS ET AL., 2006).

Os princípios doutrinários do SUS são aqueles que traduzem a ideologia do novo modelo de saúde proposto para o País, reiterando o seu alcance e a forma de garantir o direito à saúde de todos os cidadãos. Entre eles, a universalidade – que encara a saúde como um direito ampliado de cidadania para todos – representa o fim do modelo excludente anterior, em que somente

contribuintes da previdência social tinham direito a uma assistência à saúde mais qualificada. De uma maneira geral, portanto, considerando a política assistencial proposta pelo SUS, garantir acesso universal e equitativo é apenas uma das estratégias redistributivas contempladas em uma política de proteção e inclusão social. As políticas de saúde que têm como base a equidade exigem que seja definido esse conceito. No caso brasileiro, equidade foi definida a partir da igualdade no acesso, como nos deixa claro o artigo 196, da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, que fala em acesso universal e igualitário. A política de saúde brasileira foi pensada num modelo prevencionista e aglutinador de ações onde pudesse atender todos os cidadãos indistintamente e que também corrigisse o modelo excludente do passado, tornando-se uma das políticas sociais do Estado brasileiro mais inclusivas e igualitárias. Finalmente, guardando coerência com a mudança de modelo proposta na doutrina, a integralidade compõe o seu ideário, considerando a visão não mais parcializada e fragmentada do cuidado, seja no nível das ações e dos serviços, seja na perspectiva do usuário que necessita de atenção preventiva e curativa (CONASS, 2007).

### Integralidade

A integralidade é um dos princípios doutrinários do SUS e deve ser entendida como um princípio relativo à prática de saúde, aplicada tanto ao ato médico individual quanto à abordagem dos coletivos humanos, observando que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam, também, um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; e as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam, também, um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral. Em síntese,

O homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com essa visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde. (RONCALLI, 2003, P. 11).

O conceito de cuidados paliativos, na perspectiva da integralidade, diz respeito às várias dimensões e especificidades no tratamento do paciente e de sua família, como se pode observar no que foi estabelecido pela Organização Mundial de Saúde:

Cuidados Paliativos é uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças ameaçadoras da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual. (WHO, 2002, P. 84).

As diversas dimensões expressas a seguir estão diretamente relacionadas ao cuidado integral do paciente por parte dos profissionais e das equipes cuidadoras (WHO, 2002; BRASIL, 2005A; SILVA; HORTALE, 2006). São elas: (1) física – cuidados ativos e integrais centrados no indivíduo e em sua família, respeitando seus desejos e vontades; (2) psicológica – avaliação do impacto da doença ameaçadora da vida no indivíduo e em seus familiares; (3) social – avaliação das necessidades sociais do indivíduo e de sua família através de uma abordagem individualizada e integrada; apresentação e discussão com a comunidade sobre a importância dos cuidados paliativos; inclusão da proposta de cuidados paliativos na formulação de políticas sociais e de saúde pública; (4) espiritual – respeito e consideração aos dogmas e/ou crenças religiosas, reconhecendo-as; suporte espiritual e religioso para indivíduos e familiares; (5) cultural – atendimento às necessidades culturais dos indivíduos e familiares, por parte dos serviços de cuidados paliativos, que deve refletir

a diversidade cultural da comunidade a qual serve; instituição de programas educacionais para os profissionais que atendam a essa diversidade cultural; (6) estrutural – formação de equipes interdisciplinares, incorporando voluntários; incorporação de atividades de melhoria da qualidade dos serviços; de pesquisa clínica e de processos gerenciais.

Para uma assistência integral em cuidados paliativos, todas essas dimensões deverão estar em perfeita sintonia com os cuidados integrais que a PNPCC-RAS propugna. Além de assinalar que fazem parte do cuidado integral a prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento oportuno e seguro dos pacientes diagnosticados com câncer e lesões precursoras, a política recomenda, ainda, que os princípios e diretrizes de organização das ações e dos serviços baseados em evidências científicas devem ser considerados.

## Equidade

Equidade é assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, considerando que todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades. A equidade, definida como uma forma superior de justiça, vai considerar que toda a iniquidade se caracteriza por uma diferença sistemática que afeta a vida dos indivíduos de forma injusta, desnecessária e totalmente evitável, pois estabelece diferenças que são moralmente inaceitáveis. A promoção da equidade em saúde é fundamentalmente um compromisso ético e uma posição política que orienta as ações para assegurar o direito à saúde (BRASIL, 1990; BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007; NEGRI- FILHO, 2008).

No texto da PNPCC-RAS, a equidade é investida como responsabilidade dos entes federativos, especialmente no caso da regulação entre os componentes da rede de atenção à saúde, com definição de fluxos para fins de controle do acesso e da garantia do atendimento, promovendo a otimização de recursos segundo a complexidade e a

densidade tecnológica necessárias à atenção da pessoa com câncer. O texto salienta, também, a implantação do acolhimento e a humanização da atenção, com base em um modelo centrado no usuário e em suas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais, territoriais e religiosas.

Em agosto de 2013, o Inca passa a integrar o sistema de regulação de vagas (Sisreg), em consonância com a política de prevenção e controle do câncer, que também é responsável pela organização do acesso às ações e aos serviços especializados referentes ao cuidado das pessoas com câncer. O sistema deve atuar de forma integrada, com garantia da transparência e da equidade no acesso, independentemente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde, instituindo mecanismos de regulação do acesso para qualificar a demanda e a assistência prestada ao paciente com câncer (BRASIL, 2013).

No caso da PNPCC-RAS, além da otimização do sistema de regulação, uma das formas mais evidentes de vinculação ao princípio da equidade é a garantia da atenção em cuidados paliativos o mais próximo possível do domicílio do usuário, observando os critérios de atendimento domiciliar garantido pelo SUS, conforme a Lei 10.424, de 15/04/2002. Com atendimento multiprofissional e oferta de cuidado compatível com cada nível de atenção, a evolução da doença e a prioridade na realização de tratamento dos casos raros ou muito raros devem atender à exigência do alto nível de especialização e maior aporte tecnológico. Em síntese, na conceituação oficial, equidade significa assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade exigida pelos cidadãos em suas necessidades distintas, no âmbito da política nacional (BRASIL, 1990).

## Universalidade

O princípio da universalidade da atenção incorpora o direito à assistência como

constructo da cidadania e aponta para um modelo que pressupõe uma lógica de seguridade social baseada nos moldes dos Estados de Bem-Estar Social. Os avanços do SUS são significativos, mas persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal e equânime, para garantir uma saúde global para seus cidadãos.

No caso dos cuidados paliativos, o princípio da universalidade, ao pressupor a abrangência de todos os cidadãos na política distributiva do SUS, não os distingue desse tipo de cuidado. Significa dizer que todos, indistintamente, independentemente de sua classe econômica e social, são acolhidos pela política nacional de prevenção e controle do câncer. É sabido que os cidadãos de maior poder aquisitivo, embora possuam, na sua grande maioria, planos privados de saúde, têm muita dificuldade de obter destes a cobertura necessária no caso de câncer em sua vertente terminal, na qual a vigência de cuidados paliativos é imperiosa, seja pela complexidade da atenção, com utilização de tecnologia, muitas vezes, de alta densidade, e um alto grau de abordagem interdisciplinar; seja pela especificidade dos casos, implicando uma linha de cuidado com alto grau de referenciamento; ou seja, ainda, pela longevidade do cuidado, com grande imprevisibilidade temporal do desfecho da doença. Assim, os cuidados paliativos reiteram a doutrina universal do sistema de saúde, quando atendem a maioria da população brasileira, em todas as faixas de renda, reafirmando a filosofia generosa e universal do sistema ao garantir os cuidados de saúde a todos os seus cidadãos. Os cuidados paliativos, por respeitarem todas as dimensões do ser humano e se preocuparem com sua dignidade e autonomia, atendem aos preceitos éticos e morais defendidos pela Constituição brasileira. Por certo, não se observa essa mesma preocupação nos planos privados de saúde, apesar de, no senso comum, ostentarem um ideário de saúde pretensamente inovador e resolutivo.

A rigor, os cidadãos portadores de casos graves de câncer, dependentes de tratamento qualificado, como são os cuidados paliativos, acabam sendo ‘devolvidos’ pelos planos privados ao sistema público, aumentando, com isso, a demanda por essa modalidade.

## Discussão e considerações

A prática em cuidados paliativos tende a crescer. Estima-se que, no País, a cada ano, cerca de 650 mil pessoas necessitem recorrer a essa modalidade de atenção, e 80% desse número corresponde a pacientes com câncer (FUNDAÇÃO DO CÂNCER, 2014). Essa realidade vai exigir uma resposta mais qualificada da política de saúde brasileira, necessitando estar ancorada numa perspectiva de apoio global aos múltiplos problemas dos pacientes que se encontram na fase mais avançada da doença e no final da vida.

As preocupações com relação aos cuidados paliativos, no Brasil, são relativamente novas. Elas ganham densidade quando são incorporadas na Política Nacional de Atenção Oncológica, em 2005, que foi reeditada em 2013, dentro do Plano Estratégico de Controle e Prevenção das DCNT. Entretanto, ainda não temos uma resposta satisfatória frente à crescente demanda dessa modalidade. A Organização Mundial de Saúde, em 1990, passou a se preocupar com a padronização dessa demanda, formulando, com isso, uma conceituação universal sobre cuidados paliativos, tentando, na época, organizar uma atenção do cuidado mais integral e humanizada àquelas pessoas acometidas por doenças terminais. Em face de novas necessidades e do crescente aumento de doenças e agravos à saúde da população com características crônicas e evolutivas, esse conceito foi redimensionado em 2002, contemplando, assim, uma maior abordagem aos pacientes e seus familiares em várias dimensões da vida humana.

No Brasil, apesar das iniciativas de incorporar esse conceito e essa metodologia mesmo fundamentadas em bases legais, não existe ainda na rede de assistência à saúde uma política que dê conta de uma implementação e organização dos cuidados paliativos nos três níveis de complexidade do sistema de saúde. Para corroborar esse dado, a Associação Latino-Americana de Cuidados Paliativos (ALACP), em lançamento oficial de um atlas (PASTRANA ET AL., 2012) que versa sobre a qualidade e implantação dos cuidados paliativos na América do Sul, aponta que o Brasil ainda carece de maiores discussões, formação de profissionais, fomento de uma política específica e, logicamente, de uma organização onde seja preconizada a assistência em cuidados paliativos em todas as suas abrangências, ou seja, na atenção básica, na média e na alta complexidade.

Para uma assistência efetiva em cuidados paliativos, deve-se estabelecer interlocuções das várias áreas de atenção à saúde. Na atenção básica, eixo estruturante do sistema de saúde, onde a formação continuada dos agentes ganha importância fundamental, ainda não se observa contemplada no rol de suas ações uma formação específica em cuidados paliativos. Apesar de, recentemente, iniciativas, como o Programa Melhor em Casa, tentarem dar uma assistência em cuidados paliativos domiciliares, ainda não demonstram impacto na rede de atenção, conforme observado na revisão bibliográfica e documental efetuada, onde não há registros indicativos de cobertura dessa modalidade.

No nível da assistência de média complexidade, tem-se um verdadeiro espaço vazio com relação à atenção paliativa. Segundo o documento da ALACP, não temos, no Brasil, sequer um serviço completo de cuidados paliativos na média complexidade. Isso mostra um enorme descompasso dos serviços, uma vez que pacientes internados nesse nível, com suas doenças crônicas evolutivas e terminais, são lançados à própria sorte, recebendo, muitas vezes, um tratamento

indigno na fase de maior complexidade da doença. Exemplo desse fato é a acolhida, já na fase terminal da doença, em unidades de terapia intensiva, em que o paciente, além de não ter sido cuidado previamente, sofre um tratamento invasivo e não resolutivo. O que caracteriza, segundo Gaudencio e Messeder (2011), o dilema, na grande maioria dos casos, entre o que deve ser feito e o que não deve ser feito por se tratar de paciente terminal.

O nível terciário, formado pelos Centros e Unidades de Alta Complexidade em Oncologia, cujos critérios são estabelecidos pela Portaria N° 741/2005, não atende aos pré-requisitos recomendados. A Portaria é clara ao formular que, para o cadastramento e funcionamento dessas unidades, é necessário garantir: a atenção em cuidados paliativos, no que tange à assistência ambulatorial multiprofissional; as internações por intercorrências; as internações de longa permanência; e o fornecimento de medicação ou procedimentos de controle da dor.

É evidente a fragmentação do cuidado e a não efetividade no planejamento, uma vez que, na maioria dos casos, as medidas são isoladas e não implicam um tratamento integral aos pacientes encaminhados à rede de atenção oncológica. O 'Relatório de auditoria da política nacional de atenção oncológica', realizado pelo Tribunal de Contas da União (TC n° 031.944/2010-8), corrobora essa situação. Buscando responder se a estrutura da rede de atenção oncológica vem possibilitando aos pacientes com câncer acesso tempestivo e equitativo a diagnóstico e a tratamento, assim se manifesta:

As análises desenvolvidas com base na documentação levantada sobre o tema e a partir das entrevistas realizadas durante os trabalhos de campo evidenciaram que a rede de atenção oncológica não está suficientemente estruturada para possibilitar aos pacientes de câncer acesso tempestivo e equitativo ao diagnóstico e ao tratamento de câncer. (BRASIL, 2010, P. 20).



Exceção a essa regra, no setor público, é o tratamento do paciente com câncer avançado oferecido pela unidade de cuidados paliativos do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, que funciona como um *hospice* – considerado unidade de atenção completa em cuidados paliativos, sendo uma das poucas iniciativas do Brasil.

Uma efetiva mudança do modelo desfocado e fragmentado de assistência em cuidados paliativos encontrados no Brasil depende de uma atenção integral, digna e resolutiva, onde os princípios implementados pelo SUS sejam respeitados e realizados de forma a garantir o modelo integral, universal, igualitário e equânime ao portador de câncer avançado.

Para tanto, a capacitação dos profissionais da rede de assistência à saúde em cuidados paliativos se faz imperiosa, tanto no nível de formação acadêmica, nas modalidades de graduação, especialização, e até mesmo na formação de pesquisadores, com o intuito de fortalecer as bases científicas para o melhor aprimoramento do cuidado.

Estabelecer relações, parcerias, convênios com outros países, para o aprimoramento científico e tecnológico, principalmente com aqueles que já avançaram nessa discussão, como Argentina e Chile, na América do Sul, e Portugal, na União Europeia, que tem legislação e implementação dos cuidados

paliativos bem consolidados, é outra tarefa urgente a ser assumida pelo setor público.

Outro aspecto relevante é estimular e desenvolver uma forte discussão com o controle social em saúde, instituído pela Lei nº 8142/1990, como as comunidades, os pacientes, familiares e outras representações sociais, em observância às diretrizes constitucionais que determinam a participação do cidadão no sistema de saúde brasileiro.

No tocante à intersetorialidade das instâncias políticas, as áreas do transporte, na garantia da acessibilidade; da seguridade social, garantindo direitos sociais; da justiça, garantindo o acesso e a equidade, são imperiosas na formulação das políticas de saúde na perspectiva de sistema, como está proposto. Na perspectiva intrasetorial do sistema de saúde, cabe estabelecer relações estreitas com as diversas especialidades médicas, como geriatria, neurologia, psiquiatria, pediatria e as diversas categorias multiprofissionais que atuam em oncologia, além das áreas de informação epidemiológica e gestão, entre outras.

À instrumentalização de uma política nacional de cuidados paliativos que contemple o cidadão no direito de ter direito, no direito de ter saúde e no direito de ter uma assistência no final da vida, corresponde, conseqüentemente, o direito de ter uma morte digna ou, melhor dizendo, um fim mais digno para a vida. ■

---

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, n. 76, 9 dez. 2005a. Seção 1, p. 80-81.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 741/GM, de 19 de dezembro de 2005, com Anexos: Definem as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades e inclui outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, dez. 23 2005b. Seção 1, p. 113.

- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 874/GM, de 16 de Maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 17 maio 2013, Seção 1, p.129-132.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS: doutrinas e princípios*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990.
- \_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. *Relatório de Auditoria Operacional na Política Nacional de Atenção Oncológica*. Brasília, DF, 2010.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, 2007, p. 77-93.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Coleção Progestores Sistema Único de Saúde – Para entender a gestão do SUS*, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.
- FALEIROS, V. P. et al. *A construção do SUS: história da Reforma Sanitária e do processo participativo*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- FUNDAÇÃO DO CÂNCER. *Cuidados Paliativos*. Disponível em: <<http://www.cancer.org.br/projeto/93/cuidados-paliativos>>. Acesso em: 15 ago. 2014.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz: Ipea: Ministério da Saúde: Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.
- FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, set. 2007, p. 2072-2080.
- GAUDENCIO, D.; MESSEDER, O. Dilemas sobre o fim-da-vida: informações sobre a prática médica nas UTIs. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 16, supl.1, p. 813-820, 2011.
- HENNEMANN-KRAUSE, L. Ainda que não se possa curar, sempre é possível cuidar. *Cuidados Paliativos. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, Rio de Janeiro, v. 11, abr./jun. 2012, p. 13-17.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA e ESTATÍSTICA (IBGE). *Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil* [internet]. 2009. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/)>. Acesso em: 20 jan. 2015.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). *Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil*. Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância *Diretriz para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho*. Rio de Janeiro: INCA, 2012.
- LIMA-COSTA, M. F. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: ROUQUAYROL, Z; ALMEIDA FILHO; N. (Org.). *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003.
- NEGRI-FILHO. A. A human rights approach to quality of life and health: applications to public health programming. *International Journal*, v. 10, n. 1, 2008.
- PASTRANA.T et al. *Atlas de Cuidados Paliativos em Latinoamérica*. Houston: International Association for Hospice and Palliative Care. 1. ed. 2012.
- RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, C. P. (Org.). *Odontologia*

*em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde.* Porto Alegre: ARTMED, 2003.

SILVA, R. C. F; HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. Rio de Janeiro, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2055-2066, out. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines.* 2. ed. Genebra: OMS, 2002.

---

Recebido para publicação em outubro de 2014

Versão final em janeiro de 2015

Conflito de interesse: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Metodologia feminista e direitos reprodutivos no Centro de Saúde Santa Rosa, Niterói (RJ)

*Feminist methodology and reproductive rights in the Santa Rosa Health Center, Niterói (RJ)*

Elaine França da Silva<sup>1</sup>

**RESUMO** O presente trabalho tem por objetivo examinar práticas feministas e femininas, em especial, aquelas presentes em uma pedagogia voltada para o processo de empoderamento político das mulheres, a Linha da Vida, largamente utilizada nas lutas dos anos de 1980 por direitos reprodutivos e, mais especificamente, pela instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Essa pedagogia, propagada no Brasil, marca a segunda onda feminista, estimulando o protagonismo das mulheres, favorecendo a tomada de consciência e definindo orientações de lutas pelas transformações desejadas. Para tanto, este trabalho apresenta um estudo tomado da experiência do Centro de Saúde Santa Rosa, em Niterói (RJ), a partir de 1984.

**PALAVRAS-CHAVE** Mulheres; Assistência integral à saúde; Feminismo.

**ABSTRACT** *The present work aims to examine feminist and feminine practices, special, those present in a education focusing on the process of political empowerment of women, the Life Line, widely used in the fighting of the eighty's for reproductive rights and, more specifically, for the institution of the Integral Assistance Program to Women's Health. This practice, propagated in Brazil, sets the second feminist wave, stimulating the feminine prominence, fostering the awareness and stablishing fighting orientations for the desired changes. Therefore, this work presents a study based on the Santa Rosa Health Center, in Niterói (RJ), since 1984.*

**KEYWORDS** *Women; Comprehensive health care; Feminism.*

<sup>1</sup>Universidade Federal Fluminense (UFF) - Niterói (RJ), Brasil.  
elainefranca\_loc@yahoo.com.br

## Introdução

Nos anos 1980, presenças femininas e feministas na construção do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) marcaram o árduo caminho percorrido pelas mulheres rumo ao seu reconhecimento político, ao longo de sucessivas décadas. Elas sugeriram processos de empoderamento e novos protagonismos políticos, todos de suma importância para a construção das políticas sociais no Brasil. Através de experiências de troca entre mulheres desiguais, tensões políticas se avolumaram, impulsionando a redefinição dos rumos das políticas de saúde para as mulheres no Brasil.

Experimentando um importante acúmulo de saberes, elas construíram um programa afinado com seus anseios de liberdade reprodutiva, tornando o PAISM um lugar comum delas próprias. Nesse momento, uma nova pedagogia feminista, vinda de fora do País, as auxiliou, pavimentando novas vias rumo ao empoderamento e ao conhecimento de suas identidades.

A pedagogia – em especial, a Linha da Vida – estimulou a superação do Programa Materno-Infantil e a implantação do PAISM, com base na perspectiva das mulheres como sujeitos (COSTA, 2007A).

A prática pioneira realizada no Centro de Saúde Santa Rosa, no município de Niterói (RJ), iniciada em 1984 – hoje, Policlínica Regional Dr. Sérgio Arouca – oferece o interessante estudo de caso do tempo enunciado aqui. Esse espaço fala de lutas pela saúde reprodutiva, fala de protagonismos femininos e feministas e, em especial, de um masculino.

Este artigo, de caráter reflexivo, faz o resgate de uma experiência pedagógica de vital importância histórica e política para a atenção à saúde das mulheres pela perspectiva crítica de gênero, da integralidade e das pedagogias reflexivas, iniciadas nos movimentos sociais de mulheres. O artigo tem por fontes registros documentais dessas experiências políticas ocorridas no município

de Niterói (RJ), em particular, as efetivadas no Centro de Saúde Santa Rosa.

## Quando tensões definem rumos para políticas de saúde

Com anos de experiência em questões relativas à Saúde da Mulher, a unidade de saúde, possuía um espaço privilegiado, que reunia profissionais interessados em mudar o estado da saúde no município. Inaugurada em 1953, localizava-se no chamado ‘velho casarão’, no bairro de Santa Rosa. Duas décadas depois, no ano de 1974, a unidade de saúde transferiu-se para sua sede própria, na Rua Ary Parreiras, no bairro Vital Brazil, Niterói (RJ). Espaço muito utilizado para a capacitação de profissionais, era um pólo de treinamento do Ministério da Saúde. Médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos eram remanejados de diferentes áreas da gestão pública, objetivando a organização de equipes de excelência para integrarem o espaço da saúde reprodutiva. Naquela conjuntura, houve uma permissão governamental para que profissionais do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) exercessem atividades nas redes básicas de saúde, nas regiões periféricas da cidade. Essa experiência foi o resultado de uma mobilização maior de diversas instituições e movimentos sociais, com destaque para os movimentos sociais de mulheres.

Na esteira das transformações políticas que ocorreram nas consciências femininas e feministas no ocidente, a ‘segunda onda do feminismo’ retomou força no Brasil nos anos de 1970, e como resultado de profundas transformações da vida em comum, também foi responsável pelo afloramento das lutas por direitos reprodutivos. Tratando-se destes tempos, o movimento feminista já possuía influência entre intelectuais

brasileiras. Ideias feministas –especialmente, o feminismo europeu – foram introduzidas no País, dando substância ao início do movimento de mulheres contemporâneo (COSTA, 2004). Naquele tempo, mulheres engajadas politicamente acabaram por envolver-se em questões para além das suas próprias, engrossando as lutas pelo fim da repressão militar. Estes novos protagonistas do cenário político brasileiro se associaram a outras militantes de esquerda, que retornaram ao País, após a Lei de Anistia ser aprovada, em 1979. Movimentações advindas de ‘lutas gerais e lutas específicas’ deram indícios das dicotomias existentes no interior dos movimentos (PEDRO, 2006).

Reunidos em torno de novas demandas, os movimentos sociais de mulheres evidenciaram a pluralidade das suas reivindicações em tempos de ditadura. Naquele período, muitos movimentos passaram a reivindicar a criação de direitos antes negligenciados pelo Estado, como, por exemplo, os direitos sociais, culturais e de gênero. Especialmente no Brasil, os feminismos tomaram um novo impulso, afirmando que o ‘pessoal era político’. Surgiram, por esses anos, as primeiras falas sobre direitos sexuais e reprodutivos, que, segundo Ávila (2003), dizem respeito à igualdade e à liberdade pessoais nas decisões relativas a essas esferas, e o reconhecimento da sexualidade e da reprodução como dimensões da cidadania. Nos anos seguintes, muitos foram os marcos que legalizaram esses direitos.

Os feminismos no Brasil se caracterizaram por sua forma peculiar de organização, estruturados em bases locais; trocaram experiências com moradores das periferias (SARTI, 2001). Em Niterói (RJ), mesmo que na invisibilidade, na maioria das vezes, houve registros de que as mulheres se envolveram em lutas pela garantia de direitos básicos de sobrevivência, pela redemocratização do País.

Naquele período, ideologias feministas seguiram disputando espaços com a Igreja

Católica. Questões como sexualidade, aborto e planejamento familiar, entre outros assuntos tidos como do âmbito privado, começaram a ser debatidos com mais fervor entre um maior número de mulheres. A mobilização política da época permitiu a criação de ‘grupos de reflexão’, inicialmente nos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo (SARTI, 2001). Sem ressonância pública e sem interferência masculina, até aquele momento, esses grupos eram formados por mulheres conhecidas, amigas (PEDRO, 2006).

Duas foram as vertentes feministas que influenciaram a formação desses grupos: uma vinda da França e outra, dos Estados Unidos. No que diz respeito à vertente europeia, verifica-se sua contribuição teórica acentuada, voltada às discussões sobre a circulação de mulheres no âmbito público/privado e seus rebatimentos históricos: a servidão doméstica e a ‘dupla jornada de trabalho’. Naquele período, os coletivos franceses já atuavam denunciando tais desigualdades, repensando o caráter político da ‘divisão sexual do trabalho’, tensões que modificariam as relações sociais (HIRATA; KERGOAT, 2007). Em contrapartida, a vertente americana teve como característica predominante a prática de ‘grupos de reflexão’ voltados para a transformação pessoal e cultural (PEDRO, 2006).

No Brasil, um dos primeiros grupos surgiu no estado de São Paulo, no ano de 1972, e logo depois no estado do Rio de Janeiro, por conta de Branca Moreira Alves. Em sua passagem pelos Estados Unidos, Branca entrou em contato com esses grupos de reflexão e, ao voltar ao Brasil, os formou. Inicialmente, ela uniu mulheres de diferentes idades em um só grupo, mas, a diferença de geração as inibiu. Então, optou por dividir o grupo entre as da geração de sua mãe e as de sua própria geração. O grupo das mais jovens durou até meados da década de 1970 (PEDRO, 2006).

A fertilidade desses grupos desnudou um complexo processo de formação de identidades coletivas, presentes nas iniciativas dos coletivos SOS Corpo, no estado do Rio

de Janeiro e no Recife (PE) (COSTA, 2002), e na militância do grupo Ceres. Formado por Branca Moreira Alves e Jacqueline Pitanguy, entre outras feministas, este último era pioneiro na formação dos ‘grupos de reflexão’, contando, inclusive, com a confecção de um livro: ‘O espelho de Vênus’ (COSTA, 2007B), publicação coletiva que trouxe contribuições importantes para o reconhecimento das experiências corporais e da subjetividade feminina no Brasil.

Tais experiências se multiplicaram, contudo, o caminho trilhado pelo trânsito dessas práticas falava de conflitos e do surgimento de redes de solidariedade.

Nessa perspectiva, Pedro (2006) indica que militantes de esquerda, tidas como mais radicais, não se identificaram com os ‘grupos de reflexão’. Segundo elas, as lutas por autonomia e controle do corpo seriam consideradas ‘ideias específicas’ e, portanto, divisionistas da ‘luta geral’, pelo fim da ditadura, que consideravam prioritária.

O fato de os grupos terem surgido nas rodas feministas de classe média também foi motivo para que muitos militantes apelidassem os círculos de ‘chá das cinco das ricas ociosas’ (PEDRO, 2006).

Mas a resistência ao preconceito se fortaleceu e, posteriormente, os ‘grupos de reflexão’ se espalharam, ganhando sucessivas sistematizações como práticas educativas na área da saúde e em outras áreas. Na década de 1980, deles se utilizaram programas de capacitação de recursos humanos do Ministério da Saúde, programas de saúde da mulher das secretarias de estados e municípios, congressos internacionais de saúde, grupos autônomos de mulheres e grupos internacionais idealizadores de ações em favelas, entre outros movimentos sociais e instituições no País (COSTA, 2009). Como saldo desses anos, essas práticas permitiram pequenas revoluções individuais e coletivas possibilitando o empoderamento político daquelas mulheres.

Protagonismos femininos, não necessariamente feministas, também estavam

intimamente associados à sexualidade e a luta por direitos reprodutivos:

Questões relativas à vivência de uma sexualidade plena e livre de riscos, o controle do próprio corpo e o direito de decidir sobre como e quando ter filhos constituíram-se como temas centrais de reflexão e de vivências. (FERREIRA; MARQUES, 2008, P. 1).

O avanço se fez, notadamente, com a conquista de direitos em um campo de muitas interdições: o da sexualidade e da reprodução.

Isso se moveu ainda na revisão dos programas vinculados à proteção materna. Alguns profissionais elevaram a voz nesse período, defendendo o direito à saúde em sua integralidade. Temas como prazer sexual sem gravidez, uso de contraceptivos e esterilização entraram para o elenco das questões que começaram a mobilizar mulheres comuns em torno dos direitos reprodutivos (COSTA, 2009). Obviamente, essa transformação da consciência feminina sobre a sexualidade e a vida reprodutiva não surgiu de forma isolada, ela necessariamente incluiu, também, decisões do sexo masculino. A tentativa de repensar o papel da mulher e a atenção que ela estava recebendo, até então, por parte das políticas públicas de saúde vieram acompanhadas de uma série de transformações políticas e ideológicas da vida em comum e da intimidade. Desde meados da década de 1970, o campo da saúde torna-se espaço de intervenções políticas de movimentos sociais de mulheres, com ações dirigidas tanto ao exercício dos direitos sexuais e reprodutivos quanto à qualidade da atenção nos serviços de saúde (FERREIRA; MARQUES, 2008).

### **Espaços de sociabilidade e tomada de consciência: experiências que compõem o PAISM**

O Centro de Saúde foi pioneiro na realização das oficinas de ‘reflexão e ação’ (ou dos ‘grupos de reflexão’), posteriormente

conhecidas como Linha da Vida, por conta de Martha Zanetti. Disseminada em vários países do mundo, recebeu nomes como *Herstories* ou *Bitch sessions* (COSTA, 2009). A pedagogia feminista facilitou o trabalho da integralidade no campo da saúde. Ela se organizou por iniciativa de algumas feministas que as teriam vivido no exterior. Algumas promoveram, nos estados do Rio de Janeiro e também de São Paulo, reuniões de mulheres próximas e em diferentes casas. Essas experiências foram deslocadas, por algumas profissionais de saúde, para seus ambientes de trabalho. Forjou-se, assim, uma pedagogia experimental de reflexão e ação, de natureza informal, ao alcance de apenas mulheres próximas, conhecidas, mas que se multiplicou, em sucessivas formalizações por profissionais da área de saúde. Desvendou-se um processo contínuo de politização.

É interessante relacionar a importância desses grupos no desenvolvimento do PAISM. Esses espaços foram de extrema importância para que mulheres, homens e profissionais da saúde pudessem pensar que tipo de política gostariam de construir. Os grupos de reflexão se propagaram nas unidades de atenção primária no estado do Rio de Janeiro, houve uma intensa capacitação de profissionais, inclusive, com o treinamento de Agentes Comunitários de Saúde (COSTA, 2007A).

Buscando promover a afirmação da mulher como sujeito de direitos com vistas ao reconhecimento de sua cidadania, as práticas educativas inovadoras foram criadas através das experiências dos movimentos de mulheres em seus diversos momentos. Algumas variações puderam ser verificadas na metodologia de desenvolvimento dessas oficinas, embora, na maioria das vezes, elas seguissem uma mesma sistematização. Eram propostas etapas de produção coletiva, em que as mulheres reunidas, em sequência, falavam de suas existências, segundo etapas de vida: do nascimento, da infância, da adolescência, da juventude, da maturidade, da velhice ou

da expectativa de envelhecimento. Em tais etapas, recordavam acontecimentos marcantes de suas vidas; em seguida, eram contadas as experiências enquanto uma coordenadora registrava as falas em um grande papel colocado no chão. Com a sucessão de registros, de memórias vividas, eram realizadas reflexões sobre as semelhanças e diferenças entre as experiências. E, dentro desse universo de subjetividades, ocorriam as trocas de saberes, momentos de interação entre mulheres totalmente diferentes, que se viam nas experiências de outras mulheres, em um contínuo processo de empoderamento, que perpassava traumas, dores, prazeres, preconceitos. Em outra etapa, elas definiam, em grupos, rumos para as lutas relativas às questões de direito reprodutivo, estabelecendo metas a serem alcançadas e responsabilidades pessoais, visando demarcar pautas para o PAISM a serem conduzidas pela unidade de saúde.

No Brasil, as oficinas se multiplicaram, alcançando vários estados, desde meados dos anos 1970. Em Niterói, município do Rio de Janeiro, essa metodologia levou mulheres a darem depoimentos sobre suas vidas e a se engajarem em lutas sucessivas no âmbito da saúde reprodutiva. No Centro de Saúde, a introdução dessa pedagogia feminista foi feita pela Prof<sup>a</sup>. Suely Gomes Costa, da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense (UFF), em 1984 e nos anos seguintes, na condição de orientadora de estágio discente da unidade. Ela viveu a experiência da Linha da Vida, em um evento promovido pela Comissão dos Direitos Reprodutivos, criada na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, por Lucia Arruda, deputada estadual e militante feminista (PT). Isso se deu por um convite ocasional feito a ela pela Prof<sup>a</sup>. Hildete Pereira de Mello, da Faculdade de Economia (UFF), militante feminista, quando de uma ida ao Centro de Saúde para uma palestra. Vivida a experiência, a Prof<sup>a</sup>. Suely a introduziu entre profissionais do Centro de Saúde, buscando obter estímulos à implementação do PAISM, sob o



governo Brizola, nos termos definidos pela Comissão Legislativa (COSTA, 2007A). A Linha da Vida, como pedagogia emancipatória, foi empregada e propagada por alunos e profissionais do Centro de Saúde, e engendrou um efeito multiplicador de muitas iniciativas, tendo sido totalmente abraçada por César Macedo, diretor da unidade à época.

O profissional responsável por buscar novos rumos para a saúde do município de Niterói (RJ), em especial, no período em que esteve à frente do Centro de Saúde Santa Rosa, na década de 1980, possibilitou que uma série de atividades de cunho feminista ocorresse na unidade. Médico sanitarista, Dr. César Roberto Braga Macedo objetivou a desconstrução de toda e qualquer forma institucionalizada e ‘engessada’ de fazer saúde. Além de colaborar para o desenvolvimento de novas práticas reflexivas entre usuários e profissionais da área, foi um dos primeiros homens, na unidade, a estar em um ambiente ocupado por mulheres, estimulando iniciativas e sucessivos eventos com o uso da Linha da Vida. Também a seu convite, Martha Zanetti, a organizadora de um texto de sistematização da Linha da Vida ao Centro de Saúde, fez um debate sobre essa metodologia para um auditório lotado por quadros dessa unidade e de outras, tornando públicas as orientações em marcha. César Macedo se apropriou de tal pedagogia, reconhecendo-a como um importante instrumento de sensibilização para mudanças de práticas médicas e divulgando-a entre os mais diversos sujeitos.

A pesquisadora Suely Gomes Costa defendia a importância de valorizar a experiência ocorrida no Centro de Saúde através dos olhos do médico, em especial. Segundo ela, o nome de César Macedo deve ser lembrado como de extrema relevância na condução das ações ali desencadeadas (COSTA, 2010).

Suely Gomes Costa informa:

Compúnhamos uma equipe que, então introduzia, nessa unidade, inovações cruciais nas

regras de atendimento em geral e no nascente PAISM, depois espraçadas para outras unidades de saúde do município e do Estado. (COSTA, 2010, P. 2).

Naquele instante, novos atores somaram forças, fazendo circular, tanto no ambiente acadêmico quanto no das práticas cotidianas de saúde, novas perspectivas para a tomada de consciência política, de autoconhecimento e de ações focadas em demandas sociais reconhecíveis. Com o encontro de muitos mundos, até então, distintos, as questões postas no dia-a-dia dos profissionais e usuários eram percebidas como questões que também estavam presentes nos debates e nas pautas de luta travadas pelos movimentos de mulheres.

Lembro-me [...] de muitas tensões vividas por mulheres, profissionais de saúde que, ao contrário desse médico, negaram-se a participar, por exemplo, de dinâmicas de grupo [...] centradas na linha da vida de cada um. (COSTA, 2010, P. 3).

Ainda segundo Suely Gomes Costa, muitos profissionais se negariam a participar das oficinas, alegando não terem sido treinados a falar de si, apenas a ouvir e falar do outro.

Mesmo assim, a pedagogia foi capaz de formar grandes grupos de reflexão em torno de assuntos que outrora eram mantidos em segredo pelas mulheres, como ainda é o caso do aborto. Tivemos ainda, discussões que, infelizmente, pouco avançaram em matéria de ações concretas, como também é o caso da cultura da reprodução enquanto ‘assunto de mulher’, o que reiteradamente colabora para o afastamento dos homens das responsabilidades reprodutivas. “A ausência masculina nos assuntos da reprodução e o quanto isso é familiar aos profissionais de saúde, nos reporta a noção de estranhamento nos assuntos da reprodução” (SANTOS, 2006, P. 33). Isso tem se movido lentamente ao longo das décadas, mas o

quanto dessa cultura persiste? Os atuais Programas de Planejamento Familiar têm se caracterizado como ‘espaço de mulheres’ e comprovado a quase inevitável feminilização do PAISM.

Não há como contestar que todas essas experiências ocasionariam redefinições no limite do privado e do público; elas acabaram por moldar novas relações sociais, inclusive e principalmente, no interior das famílias. Ao perceberem-se sujeitos de uma ‘opressão’ específica, as mulheres passaram a refletir sobre seus papéis sociais, verificando que um enorme volume de trabalho era realizado gratuitamente por elas, trabalho socialmente desvalorizado, invisibilizado cotidianamente (HIRATA; KERGOAT, 2007). Logo, o trabalho doméstico e, com ele, o papel materno, passaram a ser questionados.

Para uma mudança dessa magnitude, admite-se, teria ocorrido um importante acúmulo de saberes e de experiências. Ele se expressou, com maior nitidez, nos anos 1980, quando, então, buscou-se evidenciar e debater a forma pela qual as mulheres vivenciavam, no isolamento de seus lares, muitas das suas questões existenciais. Sobretudo, muitas vezes, sofrendo distintas formas de violência de gênero, violência doméstica, intrafamiliar.

Heleieth Saffioti (2002), pioneira na análise da condição da mulher sob uma perspectiva de classes, me faz atentar para a complexidade dessas relações violentas entre homens e mulheres, relações envoltas em uma realidade multifacetada, ideologicamente sustentada. Percebo, ainda, que mulheres também oprimem e, no âmbito das relações privadas, aceitam o papel de ‘rainhas-do-lar’ porque ganham compensações com a fragilidade, como também resistem e transgridem (COSTA, 2004).

Segundo Andrade (2014), a

história da mulher sempre vítima e jamais motor de qualquer opressão trata as mulheres todas como se fossem seres sem vontade,

sem legitimidade, que nada sabem sobre a sociedade e as violências, sempre fracas demais, sem agência.

Mulheres são sempre vítimas? Terrenos pouco explorados indicam relações entre mulheres desiguais. Logo, atento para a complexidade dos sistemas de poder e subordinação que perpassam relações de classes, étnicas e geracionais, entre tantas outras, em suas muitas interseções. No que diz respeito às desigualdades entre as mulheres, isso é patente (COSTA, 2004).

Em princípio, a romantização construída em torno da igualdade, conceito em que as mulheres se percebem como ‘irmãs’, ofusca as tensões nas relações, que estavam longe de serem equacionadas. A Linha da Vida, muito embora tenha sido uma pedagogia inovadora para a época, reunia as mulheres ao redor dessa suposição de irmandade, reafirmando características biológicas (COSTA, 2009). Ao defender que mulheres são iguais porque menstruam, porque engravidam, a Linha da Vida acabava por invisibilizar problemas que perpassavam os debates de gênero, como a pouca participação de usuários homens nas oficinas e as homossexualidades.

Ainda assim, essas experiências pedagógicas foram um importante passo, resultado de movimentações públicas das mulheres, momento em que produziram cultura, através de peças, jornais, revistas e congressos. Aqueles foram tempos de organização de diversos grupos autônomos de mulheres em torno de questões específicas. Um exemplo e ‘produto’ dessa movimentação política foi a construção do PAISM, no início da década de 1980, tempos de ‘rebelia’ e contestação.

Assim, em 1983, surge o PAISM, em resposta à Comissão Parlamentar de Inquérito sobre problemas populacionais, a pedido do Presidente João Baptista de Oliveira Figueiredo (COSTA, 2004). Naqueles anos, as questões sobre o crescimento populacional já afloravam no mundo, e o tema

‘planejamento familiar’ mostrava-se recorrente nas conferências sobre população, em 1974, em Bucareste; em 1984, no México; e em 1994, no Cairo.

Os movimentos sociais, militantes dessa área, avaliaram os resultados da Conferência do Cairo como um grande avanço no que diz respeito à formalização do conceito de saúde reprodutiva. Nessa perspectiva, o direito das pessoas decidirem se querem ou não ter filhos e o direito à livre reprodução sem discriminação, por exemplo, passaram a ser garantidos e defendidos (BRASIL, 2010). Em relação à saúde reprodutiva, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) ratificou o conceito definido em 1988 pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

A saúde reprodutiva, se bem posso definir, é parte de um movimento mais amplo da saúde, que traduz um estado de luta e rebelião não necessariamente advindo de feministas, mas de atores sociais comprometidos – incluindo protagonismos masculinos – em mudar o estado das coisas.

A pedagogia Linha da Vida orienta a superação do Programa Materno-Infantil e a implantação do PAISM com base na perspectiva das mulheres como sujeitos, sistematizando a noção de integralidade (COSTA, 2007A). Mas, de fato, com que tipo de cultura o PAISM tentaria romper? Quais teriam sido as expectativas sobre o programa?

Ao observar as árduas movimentações políticas femininas e feministas em defesa dos direitos reprodutivos, me detenho à complexa relação entre ciência, cultura e medicina que moldaria as primeiras políticas de saúde para mulheres.

Antes, na década de 1920, a preocupação com a higiene de ambientes e com o perigo de doenças relacionadas a bactérias e insetos era grande. Ações de saúde e prevenção estavam diretamente ligadas a práticas femininas. A preocupação demográfica e o medo do alastramento de doenças venéreas provocariam a intensificação de processos

educativos voltados para a formação de mães mental e fisicamente ‘saúdáveis’ (FREIRE, 2006).

Ainda segundo Freire (2006), o estabelecimento da maternidade científica nas primeiras décadas do século XX, no Brasil, instituiu decisiva influência sobre a construção das políticas relativas à saúde da mulher. Considerada como o exercício da maternidade embasada nos saberes academicamente legitimados, a maternidade científica foi objeto de práticas educativas próprias e de supervisão médica. Essa ideologia direcionou todas as demais políticas de saúde desenvolvidas para a mulher, evidenciando o poder normatizador de instituições médicas e do Estado. Nas décadas de 1930 a 1970, os programas materno-infantis traduziram o espírito da ‘nova mulher-mãe’, baseado em sua especificidade biológica.

Se as ações do Estado em relação a questões de saúde estavam intimamente ligadas ao ambiente familiar e ao papel de cuidadora exercido pela mulher, por outro lado, a extensão da prole definia a intensidade dos encargos diários, regulando o tempo doméstico. Foram (e ainda são) muitos os impedimentos aos deslocamentos das mulheres para a esfera pública, ressalvados alguns clássicos exemplos de exercício de poder de ‘mulheres notáveis’. Mudanças de regulação do tempo feminino levaram a constantes negociações e rearranjos das relações de gênero, atualizações de tantas desigualdades (COSTA, 2002).

Não há como tratar das movimentações políticas femininas e feministas nos espaços públicos sem considerar os sistemas de proteção social primários, estratégias informais utilizadas para compensar as precárias redes de proteção estatal. São essas relações cotidianas do cuidar que atualizam desigualdades seculares entre mulheres no que concerne ao acesso a direitos sociais (COSTA, 2002). Constata-se que, tanto a questão reprodutiva quanto os cuidados com os filhos continuam sob responsabilidade das mulheres. Ainda que alguns avanços tenham sido

verificados, no que concerne à divisão de tarefas domésticas com homens, as responsabilidades referentes à saúde reprodutiva permaneceram como ‘assunto de mulher’. Não obstante, ao longo de sucessivas décadas, homens e mulheres buscam o controle da prole, mesmo que de forma clandestina (SANTOS, 2006).

No campo da saúde, evidenciam-se mudanças nas relações sociais. Ao longo do tempo, novas tendências comportamentais surgiram. Alguns intelectuais também refletem sobre o modelo hegemônico de atendimento médico, de tantos silêncios sobre a sexualidade e as questões do corpo, indicando que, desde aquela época, as brasileiras vêm rompendo com o clássico papel social que lhes é atribuído pela maternidade. O controle da fecundidade passa a ser aspiração das mulheres, que colocam em debate novos padrões de comportamento sexual, desvinculados da maternidade. Essa conjuntura favorece discussões sobre a criação de novas políticas de saúde (COSTA, 2004).

Diversas correntes de saber e práticas sociais tiveram influência na formulação do PAISM: desde atores que defendiam a proposta da reforma sanitária até os movimentos de mulheres e feministas – estes últimos marcaram participação através das propostas educativas. O programa inovou ao tentar abordar questões como as relações de poder no interior dos serviços de saúde e ao estimular a inserção dos movimentos sociais, representando os interesses dos sujeitos envolvidos (COSTA, 2004).

O PAISM surgiu apresentando em seus pressupostos a ideia de que a saúde não se restringe à mera oferta de assistência médica, mas abrange a execução de outras políticas sociais, que ampliam a qualidade de vida dos sujeitos. Nesse contexto, uma abordagem diferenciada da saúde da mulher foi defendida baseada no conceito de atenção integral à saúde das mulheres. Esse ‘novo espírito’ marcou a tentativa de ruptura com a visão tradicional acerca das necessidades

da população feminina, sobretudo no âmbito das práticas médicas centradas nas mulheres como reprodutoras. O PAISM inovou ao propor a implantação do programa de planejamento familiar em nível nacional, rompendo com a lógica que, até então, nortearia as intervenções sobre os corpos das mulheres (COSTA, 2004).

Na década de 1980, o movimento pela saúde já acumulava experiências, debatendo o controle populacional e o descontrolado uso de métodos contraceptivos, principalmente o procedimento de esterilização. No processo de questionamento, as mulheres também debateram o exercício da medicina e da ginecologia, em particular.

Todavia, constatados avanços no âmbito dos direitos reprodutivos, os feminismos perderam muito de sua força de persuasão diante dos precários serviços públicos de saúde (COSTA, 2002). Os planos privados de saúde tornaram-se saídas comumente utilizadas por mulheres interessadas no procedimento de esterilização, tentativas de impedir o crescimento da prole e de garantir a participação no mercado de trabalho.

Vejo que parte dos insucessos verificados na implementação do PAISM – que não se restringem a essa experiência localizada que narro, mas se estendem a outros casos compartilhados – estão associados à complexa articulação de interesses políticos antagônicos que marcam a gênese do programa. Como bem examina Giffin (2002, p. 109):

Tanto a situação de saúde reprodutiva das mulheres brasileiras como a condição orçamentária do PAISM indicam, atualmente, os reais limites da luta política restrita ao setor saúde, seja no plano nacional ou no palco dos discursos internacionais,

fortemente influenciados pelas políticas populacionais focais de cunho controlista.

Tendo em vista os impasses, equívocos e frustrações diante da não concretização do PAISM ‘idealizado’, muitos coletivos foram

capazes de repensar suas formas de atuação. Mary Garcia Castro (2001) defende que os feminismos puderam, a partir das novas conjunturas, reorganizar-se de forma a repensarem paradigmas e a reconceituarem práticas políticas. Muitas militantes, que nos anos de 1970/1980 participaram dos movimentos sociais de mulheres, inserem-se hoje em outras frentes de luta, não necessariamente em organizações de base comunitária. Elas ocupam meios de comunicação, fundaram e fundam ONGs, integram partidos políticos, fazem carreiras na academia ou em outras áreas profissionais.

No final dos anos 1980, as lutas por direitos reprodutivos e por políticas sociais avançaram, mesmo sob sérias divergências entre feministas e não feministas com

relação à descriminalização do aborto e do atendimento às demandas por laqueadura de trompas (COSTA, 2002). Os frutos gerados pela experiência localizada no Centro de Saúde Santa Rosa foram uma tentativa audaciosa de reverter o estado da saúde reprodutiva, desconstruindo a cultura de que reprodução é 'assunto de mulher'. As práticas possibilitaram a produção de conhecimento a respeito do próprio planejamento familiar e seu papel. A pedagogia atingiu usuários e profissionais de saúde de várias localidades de Niterói (RJ), incluindo os bairros de Ititioica e Viradouro. Além disso, alcançou militantes do Partido dos Trabalhadores (PT), do Partido Democrático Trabalhista (PDT) e do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) (COSTA, 2009). ■

## Referências

ANDRADE, D. *Mulheres são sempre vítimas?* Géledes: Instituto da Mulher Negra. Disponível em: <<http://www.geledes.org.br/mulheres-sao-sempre-vitimas/>>. Acesso em: 14 jun. 2014.

ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. 465- 469, 2003.

BRASIL. Ministério da saúde. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. *Cadernos de Atenção Básica*. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcdad26.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad26.pdf)>. Acesso em: 22 jul. 2014.

CASTRO, M. G. Gênero e poder. Leituras transculturais- quando o sertão é mar, mas o olhar estranha, encaixa em recifes. Dossiê: Feminismo em questão, questões do feminismo. *Cadernos Pagu*, São Paulo, n. 16, p. 49-77, 2001.

COSTA, A. M. *Atenção integral à saúde das mulheres: quo vadis? Uma Avaliação da Integralidade na Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil*. 2004. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília,

Brasília, DF, 2004.

COSTA, S. G. A voz das mulheres: linha da vida e associativismos feministas. Rio de Janeiro, anos de 1970-80. In: *Cultura política e leitura do passado*, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007a, p. 438-455.

\_\_\_\_\_. Culturas políticas e sensibilidades: pedagogias feministas, Rio de Janeiro, anos 1970-80. In: SOIHET, R. et al. *Mitos, projetos e práticas políticas: memória e historiografia*, Rio de Janeiro: Afiliada, 2009, p. 351-526.

\_\_\_\_\_. Memória dividida das lutas por direitos reprodutivos: Niterói/Rio de Janeiro, anos 1970/1980. *Fazendo Gênero 9: diásporas, diversidades, deslocamentos*, p. 1-7, ago. 2010.

\_\_\_\_\_. Movimentos feministas e feminismos. *Estudos Feministas*, Santa Catarina, v. 12, n. Especial, p. 22-36, set./dez. 2004.

\_\_\_\_\_. Proteção social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva. *Revista Estudos Feministas*, Santa Catarina, v. 10, n. 2, p. 301-322, 2002.

- . Silêncios, diálogos e os monólogos da vagina: instantes dos feminismos (Brasil, 1970- 1990). *Revista Esboços*, Santa Catarina, v. 14, n. 17, p. 35-56, 2007b.
- FERREIRA, S. L.; MARQUES, P. F. Saúde sexual e saúde reprodutiva – práticas de ONG feministas. *Fazendo Gênero 8: Corpo, violência e poder*. Santa Catarina, p. 1-6, ago. 2008.
- FREIRE, M. M. L. *Mulheres mães e médicos: discurso maternalista em revistas feministas* (Rio de Janeiro e São Paulo, década de 1920). 2006. 336 f. Tese. (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.
- GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 103-112, 2002.
- HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos de Pesquisa*. São Paulo, v. 37, n. 132, p. 595-609, set./dez. 2007.
- PEDRO, J. M. Narrativas fundadoras do feminismo: poderes e conflitos (1970-1978). *Revista Brasileira de História*, São Paulo, n. 26, p. 249-272, dez. 2006.
- SAFFIOTI, H. I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Revista Labrys, Estudos Feministas*, Santa Catarina, n. 1-2, jul./dez. 2002.
- SANTOS, A. E. L. *Masculinidades e Saúde Reprodutiva: a experiência da vasectomia*. 2006. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade Federal Fluminense, Niterói 2006.
- SARTI, C. A. Feminismo e contexto: lições do caso brasileiro. *Cadernos Pagu*, São Paulo, n. 16, p. 31-48, 2001.

---

Recebido para publicação em janeiro de 2015  
Versão final em março de 2015  
Conflito de interesse: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Revista Saúde em Debate

## Instruções aos autores para preparação e submissão de artigos

ATUALIZADA EM DEZEMBRO DE 2013

A Revista Saúde em Debate (RSD), criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo das políticas de saúde nacionais e internacionais.

### Política editorial

Publicada trimestralmente desde 2010, nos meses de março, junho, setembro e dezembro, é distribuída a todos os associados em situação regular com o Cebes. Além dos números regulares, a RSD publica números especiais que seguem o mesmo processo de avaliação e publicação dos números regulares.

A RSD aceita trabalhos inéditos sob a forma de artigos originais, ensaios, revisão sistemática, relato de experiência, artigos de opinião, resenhas de livros de interesse acadêmico, político e social, além de depoimentos e documentos. Os trabalhos devem contribuir com o conhecimento científico já acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à Revista não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

O Cebes não cobra taxas dos autores que submetem trabalhos à RSD. A produção editorial da entidade é resultado de trabalho coletivo e de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a Revista continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde pode se dar por meio da associação ao Centro no site <http://www.cebes.org.br>.

### Modalidades de trabalhos aceitos para avaliação

**1. Artigo original:** resultado final de pesquisa científica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

**2. Ensaio:** análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e internacional. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

**3. Revisão sistemática:** revisão crítica da literatura sobre tema atual, utilizando método de pesquisa. Objetiva responder a uma pergunta de relevância para a saúde, detalhando a metodologia adotada. O texto deve conter entre 12 e 17 laudas.

**4. Artigo de opinião:** exclusivo para autores convidados pelo

Editor Científico, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Neste formato não são exigidos resumo e abstract.

**5. Relato de experiência:** descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com tamanho entre 10 e 12 laudas.

**6. Resenha:** resenhas de livros de interesse para a área de políticas públicas de saúde, a critério do Conselho Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige em até três laudas.

**7. Documento e depoimento:** trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Conselho Editorial.

O número máximo de laudas não inclui a folha de apresentação e referências.

### Direitos autorais

Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da Revista, transferidos por meio de Declaração de Transferência de Direitos Autorais assinada por todos os autores, conforme modelo disponível na página da Revista. É permitida a reprodução total ou parcial dos trabalhos desde que identificada a fonte e a autoria.

### Submissão e processo de julgamento

Os trabalhos devem ser submetidos exclusivamente pelo site: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br).

Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão receberá login e senha. Ao submeter o texto, todos os campos obrigatórios da página devem ser preenchidos com conteúdo idêntico ao do arquivo a ser anexado.

### Fluxo dos originais submetidos à publicação

Todo original recebido pela secretaria do Cebes é submetido à análise prévia. Os trabalhos não selecionados nessa etapa são recusados, e os autores, informados por mensagem do sistema. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da Revista são devolvidos aos autores para adequação. Antes de se enviar aos pareceristas, encaminha-se o trabalho ao Conselho Editorial para avaliação de sua pertinência temática aos objetivos e linha editorial da Revista.

Uma vez aceitos para apreciação, os originais são encaminhados a dois membros do quadro de pareceristas da Revista, que são escolhidos de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, priorizando-se os de estados da federação diferentes daquele dos autores. A avaliação dos trabalhos é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores permanecem em sigilo até a aprovação final do trabalho.

Caso haja divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro parecerista para desempate. Da mesma forma, o Conselho Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. O formulário para o parecer está disponível para consulta no site da Revista. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: (1) aceito para publicação; (2) aceito para publicação com 'sugestões não impeditivas'; (3) reapresentar para nova avaliação depois de efetuadas as modificações sugeridas; (4) recusado para publicação.

Quando a avaliação do parecerista indicar 'sugestões não impeditivas', o parecer será enviado aos autores para correção do trabalho, com prazo para retorno em até vinte dias. Ao retornar, o trabalho volta a ser avaliado pelo mesmo parecerista, que terá prazo de 15 dias, prorrogável por mais 15 dias, para emissão do parecer final. O Editor Científico possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como das alterações efetuadas.

No caso de solicitação para 'reapresentar para nova avaliação depois de efetuadas as modificações sugeridas', o trabalho deverá ser reencaminhado pelo autor em no máximo dois meses. Ao fim desse prazo, e não havendo qualquer manifestação dos autores, o trabalho será excluído do sistema.

Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da Editoria serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação via site ou e-mail. Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho.

O modelo de parecer utilizado pelo Conselho Científico está disponível em: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br).

Os trabalhos enviados para publicação são de total e exclusiva responsabilidade dos autores, não podendo exceder a cinco autores por trabalho.

## Registro de ensaios clínicos

A RSD apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. O número de identificação deverá constar ao final do resumo.

## Formatação do trabalho

- O texto deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx.

- Padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

- O corpo de texto não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições.

- O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês

- Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, deve contemplar elementos convencionais como:

- Introdução com definição clara do problema investigado e justificativa.
- Métodos descritos de forma objetiva.
- Resultados e discussão podem ser apresentados juntos ou em itens separados.
- Conclusão.
- Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes do texto.

- O texto completo deve conter:

- Folha de apresentação com o título, que deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo no máximo 15 palavras.
- Os textos em português e espanhol devem ter título na língua original e em inglês. Os textos em inglês devem ter título em inglês e português.
- Nome completo do(s) autor(es). Em nota de rodapé colocar as informações sobre filiação institucional e titulação, endereço, telefone e e-mail para contato.
- No caso de resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e o número do processo.
- Resumo em português e inglês ou em espanhol e inglês, com no máximo 700 caracteres, incluídos os espaços, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho.
- Não são permitidas citações ou siglas no resumo, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.
- Ao final do resumo, de três a cinco palavras-chave, utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br). Em seguida apresenta-se o texto.

- Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais. Exemplo: Reforma Sanitária<sup>1</sup>.

- Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico.



- Para as palavras ou trechos do texto destacados, a critério do autor, utilizar aspas simples. Exemplo: 'porta de entrada'.
- Utilizar revisor de texto para identificar erros de ortografia e de digitação antes de submeter à Revista.
- Figuras, gráficos e quadros devem ser enviados em arquivo de alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza, em folhas separadas do texto, numerados e titulados corretamente, com indicações das unidades em que se expressam os valores e as fontes correspondentes. O número de figuras, gráficos e quadros deverá ser, no máximo, de cinco por texto. Os arquivos devem ser submetidos um a um, ou seja, um arquivo para cada imagem, sem identificação dos autores, citando apenas o título e a fonte do gráfico, quadro ou figura. Devem ser numerados sequencialmente, respeitando a ordem em que aparecem no texto. Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

## Exemplos de citações

Para as citações utilizar as normas da ABNT (NBR 10520)

### Citação direta

Já o grupo focal é uma "técnica de pesquisa que utiliza as sessões grupais como um dos foros facilitadores de expressão de características psicossociológicas e culturais". (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

### Citação indireta

Segundo Foucault (2008), o neoliberalismo surge como modelo de governo na Alemanha pós-nazismo, numa radicalização do liberalismo que pretende recuperar o Estado alemão a partir de nova relação Estado-mercado.

## Exemplos de referências

As referências deverão ser apresentadas no final do artigo, seguindo as normas da ABNT (NBR 6023). Devem ser de no máximo 20, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

### Livro:

FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

### Capítulo de livro:

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

### Artigo de periódico:

ALMEIDA-FILHO, N.A. Problemática teórica da determinação

social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2010.

### Material da internet:

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Normas para publicação da Revista Saúde em Debate*. Disponível em: <[http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas\\_publicacoes.pdf](http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas_publicacoes.pdf)>. Acesso em: 9 jun. 2010.

## Documentação obrigatória

As declarações de 'Autoria e Responsabilidade' e de 'Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa' devem ser assinadas e postadas nos correios ou digitalizadas e enviadas para o e-mail da revista ([revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)), depois do artigo aprovado:

### 1. Declaração de autoria e responsabilidade.

Segundo o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, os autores devem contemplar as seguintes condições: a) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento do trabalho ou para a análise e a interpretação dos dados; b) contribuir significativamente na elaboração do manuscrito ou revisão crítica do conteúdo; c) participar da aprovação da versão final do manuscrito. Para tal, é necessário que todos os autores e coautores assinem a Declaração de Autoria e de Responsabilidade, conforme modelo disponível em: <<http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>>

### 2. Ética em pesquisa

No caso de pesquisa que envolva seres humanos nos termos do inciso II da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais-, deverá ser encaminhado documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que a aprovou.

### 3. Conflitos de interesse

Os trabalhos encaminhados para publicação deverão conter informação sobre a existência ou não de conflitos de interesse. Os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas ao financiamento direto da pesquisa, mas também ao próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, inserir a informação "Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho" na folha de apresentação do artigo será suficiente.

## Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802  
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140/9140 - Fax: (21) 2260-3782  
E-mail: [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

# Revista Saúde em Debate

## *Instructions to authors for preparation and submission of articles*

UPDATED ON DECEMBER 2013

The Health in Debate Review (Revista Saúde em Debate - RSD), first printed in 1976, is a publication of the Brazilian Center for Health Studies (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - Cebes) that aims to disseminate studies, researches and thoughts that contribute to the debate in the field of national and international health policies.

### Editorial policy

Published quarterly since 2010, in March, June, September and December, a hard copy of RSD is delivered to all members up to date with their fees. In addition to regular issues, RSD also publishes special issues following the same process of assessment and publication.

RSD accepts unpublished works in the form of original articles, essays, systematized review, case studies, opinion articles, reviews of books of academic, political and social interest, as well as testimonies and documents. The works must contribute to the scientific knowledge of the field.

Works submitted to the RSD cannot be simultaneously submitted to other journals, partially or in full.

Cebes does not charge fees for the submission of works to RSD. The Center publishing output is the result of collective work and institutional and individual supports. Contributions for allowing the Review to remain as a democratic forum for the dissemination of critical knowledge in the health field can be made by means of joining the Center, at <http://cebes.org.br>.

### Modalities of work accepted for evaluation

**1. Original paper:** final results of scientific research that can be generalized or replicated. The text must contain between 10 and 15 pages.

**2. Essay:** critical analysis on a particular topic of relevance and interest to the Brazilian and international health policies. The text must contain between 10 and 15 pages.

**3. Systematized review:** critical review of literature on current topic by applying a research method. It aims to answer a question of relevance to health. The work must detail the adopted methodology. The text must contain between 12 and 17 pages.

**4. Opinion piece:** exclusively upon invitation of the Scientific

Editor. The text must contain between 10 and 15 pages. This format does not require Abstract.

**5. Case study:** description of academic, care or extension experiments. The text must contain between 10 and 12 pages.

**6. Book review:** review of books of interest to the field of public health policies, selected at the discretion of the Editorial Board. Texts must contain an overview of the work, its theoretical assumptions and the public to whom it is addressed. The text must contain up to three pages.

**7. Document and testimonial:** work on topic of historical or cyclical interest, selected at the discretion of the Editorial Board.

The maximum number of pages does not include the coversheet and references.

### Copyright

Copyrights are of exclusive property of the Review and must be transferred through the 'Copyright Transfer Statement' signed by all the authors, as model available at the Review page. The total or partial reproduction of works is allowed since source and authorship be identified.

### Submission and assessment process

Works must be submitted exclusively through the website [www.sau-deemdebate.org.br](http://www.sau-deemdebate.org.br).

After its registration, the author responsible for submission will receive a login and password. By submitting the text, all mandatory fields of the page must be filled in with identical content to the file to be attached.

### Flow of originals submitted for publication

Every original received by Cebes is subjected to prior analysis. The work not selected in this step is refused, being the authors informed by the system message. The work that does not conform to the Review publication norms are returned to the authors for adequateness. Before forwarding to reviewers, the work is sent to the Editorial Board for assessment of its relevance to the Review goals and editorial policy.

Once accepted for appraisal, the originals are forwarded to two reviewers, who are chosen according to their expertise on the work topic, prioritizing those reviewers outside the authors' federation states. The work assessment applies the blind review method, i.e., the authors' names remain confidential until the work final approval.

In case of divergence between reviewers, the work will be forwarded to a third reviewer for decision. Similarly, the Editorial Board may, at its discretion, issue a third opinion.

The assessment form is available at the Review website. The assessment output necessarily presents one of the following conclusions: (1) accepted for publication; (2) accepted for publication with 'non-restrictive suggestions'; (3) resubmit for further assessment after modifications suggested; (4) rejected for publication.

When the reviewer's assessment concludes for 'non-restrictive suggestions', the opinion must be forwarded to the authors for correction of the work, which must be returned within twenty days. Upon return, the work is reassessed by the same reviewer within a period of fifteen days, extendable for a further fifteen days, to issuance of the final assessment. The Scientific Editor has full authority to decide also on the final acceptance of the work as on the changes.

In the case of request to 'resubmit for further assessment after modifications suggested', the work must be forwarded by the author within two months. At the end of this term, and in the absence of any manifestation by the authors, the work shall be deleted from the system.

Any suggestions for modifications of structure or content by the Editorship will be previously agreed with the authors by means of communication via website or email. No additions or modifications will be received after the work final approval.

The opinion form used by the Scientific Council is available at <http://www.saudeemdebate.org.br>.

The works submitted for publication are the authors' exclusive responsibility and must not exceed five authors per work.

### Clinical trial registry

RSD supports the policies for registration of clinical trials of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), so recognizing their importance to the registry and international dissemination of knowledge on clinical trials. Accordingly, clinical researches must bear the identification number in one of the Clinical Trial registries validated by WHO and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. The identification number must appear at the end of the Abstract.

### Format of work

- The text must be forwarded in Microsoft® Word or compatible software, saved in doc or docx formats.
- Standard A4 (210X297mm), 2.5cm margin on each side, font Times New Roman size 12, 1.5 line spacing.
- The text must not contain any information that identifies the authors or institutions.
- The text can be written in Portuguese, Spanish or English.

- The style and creativity of authors as for the text composition are respected, however, it must include elements such as:

- Introduction with clear definition of the problem investigated and its groundings.
- Objective description of the methods.
- Results and comments can be approached in a same item or separately.
- Conclusion.
- The repetition of data or information in different parts of the text must be avoided.

- The full text must contain:

- Coversheet with the title, which must express clearly and briefly the content of the text, within no more than fifteen words.
- Texts in Portuguese and Spanish must be titled in the original language and in English. Texts in English must be titled in English and Portuguese.
- Author(s) full name. The information about institutional affiliation and title, address, telephone number and e-mail must be added in a footnote.
- In the case of funding research, inform the funder.
- Abstract in Portuguese and English, or in Spanish and English, containing a maximum of 700 characters, spaces included; the goals, method employed and main conclusions must be clearly stated.
- Quotes or acronyms are not allowed in the Abstract, with the exception of worldwide recognized abbreviations.
- At the end of the Abstract, three to five keywords must be inserted using the terms contained in the structured vocabulary (DeCS), available at <http://decs.bvs.br>. Then follows the text.

- Footnotes are not allowed in the text. Footnote markings, if absolutely necessary, must be overwritten and sequential. Example: Sanitary Reform<sup>1</sup>.

- Testimonials must be italicized and follow the body of the text, without indentation.

- Highlighted words or text excerpts, at the discretion of the author, must use single quotation mark. Example: 'gateway'.

- Spellchecking is strongly suggested so to identify misspellings and typing mistakes before submitting the work to the Review.

- Pictures and tables must be sent in a high resolution file, black and white or grayscale, apart from the text, numbered and titled properly, with indication of the units in which values are expressed, adding the respective sources.

- A maximum of five pictures and tables are allowed, in total, per article.

- Files must be submitted one by one, i.e., a file for each image, without the identification of authors, containing just the title and the source of the picture or table.
  - They must be numbered sequentially in the same order they appear in the text.
- In the case of photos, persons cannot be identified unless they authorize, in writing, for the purposes of scientific dissemination.

## Examples of quotation

For guidelines on quotations, please address to the norm NBR 10520 of 'Brazilian Association of Technical Norms' (Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT).

### Direct quotation

The 'Healthcare Operational Norm' (Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS) asserts that the 'Regionalization Plan' (Plano Diretor de Regionalização - PDR) "is based on the form of functional and resolving healthcare systems by means of the organization of state territories in regions/micro-regions and assistance modules" (BRAZIL, 2002, p.9).

### Indirect quotation

Breihl and Grenda (1986) noted that the health-disease process results from a set of ascertainties that operate in a particular society, propitiating in different social groups the occurrence of perils that arise in the form of profiles or patterns of illness.

## Examples of references

References must be inserted at the end of the article and follow ABNT (NBR 6023) norms. The number of references must not exceed 20, except for the case of systematized review. Only the last name of the author is written in full, being the name and middle names abbreviated by the first letter.

### Book

CALFEE, R.C.; VALENCIA, R.R. *APA guide to preparing manuscripts for journal publication*. Washington: American Psychological Association, 1991.

### Book chapter

O'NEIL, J.M.; EGAN, J. *Men's and women's gender role journeys: A metaphor for healing, transition, and transformation*. In: WAINRIB, B.R. (ed.). *Gender issues across the life cycle*. New York: Springer, 1992. p. 107-123.

### Journal

PETITTI D.B. et al. *Blood pressure levels before dementia*. *American Neurological Association*, Chicago, v. 62, n. 1, p. 112-116, jan 2005.

## Internet source

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Norms for submission of papers to Health in Debate Review*. Available at: <[http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas\\_publicacoes.pdf](http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas_publicacoes.pdf)>. Access on: 9 jun. 2010.

## Mandatory documents

The documents 'Statement of Authorship and Responsibility' and the 'Approval of the Committee of Ethics in Research' must be signed and posted or digitalized and sent to the journal's e-mail address ([revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)), after approval:

### 1. Statement of authorship and responsibility

According to the International Committee of Medical Journal Editors' authorship criteria, authors must fulfil the following conditions: a) make a substantial contribution to the work design and planning or to the analysis and interpretation of data; b) make a substantial contribution to the manuscripts or to the critical review; c) participate in the approval of the manuscript final version. To this end, it is necessary that the author and co-authors sign the 'Statement of Authorship and Responsibility', as the model available at <<http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>>.

### 2. Ethics in research

In the case of research involving humans under the subsection II of Resolution 196/96 of the National Health Council - research that involves the human being, individually or collectively, directly or indirectly, in its entirety or in part, including the handling of information or materials -, a research approval document must be forwarded by the 'Committee of Ethics in Research' (CEP) responsible for the approval.

### 3. Conflict of interests

The work submitted for publication must contain information on conflict of interests. Financial conflicts of interests, for example, are not only strictly related to the research financing but also to the very nature of the employment. If there is no conflict, the information "I declare that there was no conflict of interests in the fulfilment of this work" suffices and must appear on the cover-sheet.

## Mailing address

Avenida Brasil, 4.036, sala 802  
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140 - Fax: (21) 2260-3782  
E-mail: [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

## **Diagramação e editoração eletrônica**

*Layout and desktop publishing*

HG Design Digital

## **Design de capa**

*Cover design*

Alex I. Peirano Chacon

## **Normalização e revisão de texto**

*Normalization and proofreading*

Aline Miranda Barbosa (português e inglês)

Ana Karina Furginelli (inglês)

Ana Luisa Moreira Nicolino (inglês)

Carla de Paula (português)

Frederico Azevedo (normalização)

Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português e inglês)

Luiza Nunes (normalização)

Simone Basílio (português)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês)

## **Tiragem**

*Number of Copies*

1.300 exemplares/copies

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m<sup>2</sup>

Miolo em papel couché LD matte 90 g/m<sup>2</sup>

*Cover in ensocoat card LD 250 g/m<sup>2</sup>*

*Core in couché LD matte 90 g/m<sup>2</sup>*

Site: [www.cebes.org.br](http://www.cebes.org.br) • [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)

E-mail: [cebes@cebes.org.br](mailto:cebes@cebes.org.br) • [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes – n.1 (1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2015.

v. 39. n. 106; 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](http://www.cebes.org.br)

[www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)