saúde
EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 43, NÚMERO 122
RIO DE JANEIRO, JUL-SET 2019
ISSN 0103-1104



CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2017–2019)
NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2017–2019)

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

CONSELHO FISCAL | *FISCAL COUNCIL*

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

CONSELHO CONSULTIVO | *ADVISORY COUNCIL*

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

SECRETARIA EXECUTIVA | *EXECUTIVE SECRETARY*

Carlos dos Santos Silva

SECRETARIA ADMINISTRATIVA | *ADMINISTRATIVE SECRETARY*

Cristina Santos

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

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

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

Apoio

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
ENSP

SAÚDE EM DEBATE

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

EDITORA-CHEFE | *EDITOR-IN-CHIEF*

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

EDITORES ASSOCIADOS | *ASSOCIATE EDITORS*

Ana Maria Costa – Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil
Heleno Rodrigues Corrêa Filho – Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil
Leda Aparecida Vanelli Nabuco de Gouvêa - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato – Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil
Paulo Duarte de Carvalho Amarante – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

CONSELHO EDITORIAL | *PUBLISHING COUNCIL*

Alicia Stolkiner – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Angel Martinez Hernaez – Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha
Breno Augusto Souto Maior Fonte – Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
Carlos Botazzo – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Cornelis Johannes van Stralen – Unversidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Debora Diniz - Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil
Diana Mauri – Università degli Studi di Milano, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina – Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropologia Social, Mexico (DF), México
Elias Kondilis - Queen Mary University of London, Londres, Inglaterra
Eduardo Maia Freese de Carvalho – Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Hugo Spinelli – Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
Jairnilson Silva Paim - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil
Jean Pierre Unger - Institut de Médicine Tropicale, Antuérpia, Bélgica
José Carlos Braga – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carvalheiro – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Kenneth Rochel de Camargo Jr - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Ligia Giovanella - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salete Bessa Jorge – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Mario Esteban Hernández Álvarez – Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colômbia
Mario Roberto Rovere - Universidad Nacional de Rosario, Rosário, Argentina
Paulo Marchiori Buss – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil
Rubens de Camargo Ferreira Adorno – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Sonia Maria Fleury Teixeira – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Sulamis Dain – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Walter Ferreira de Oliveira – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

EDITORA EXECUTIVA | *EXECUTIVE EDITOR*

Mariana Chastinet

EDITORAS ASSISTENTES | *ASSISTANT EDITORS*

Carina Munhoz
Luiza Nunes

INDEXAÇÃO | *INDEXATION*

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

saúde
EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 43, NÚMERO 122
RIO DE JANEIRO, JUL-SET 2019

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
ISSN 0103-1104

saúde
EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 43, NÚMERO 122
RIO DE JANEIRO, JUL-SET 2019

EDITORIAL | *EDITORIAL*

649 **Os novos critérios da Capes para classificação dos periódicos e a repercussão no campo da saúde coletiva**
The new Capes' criteria for the classification of journals and the repercussion in the field of public health
Maria Lucia Frizon Rizzotto, Ana Maria Costa, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

ARTIGO ORIGINAL | *ORIGINAL ARTICLE*

657 **Grupos de pesquisa de avaliação em saúde no Brasil: um panorama das redes colaborativas**
Research groups of health evaluation in Brazil: an overview of collaborative networks
Marly Marques da Cruz, Sydia Rosana de Araújo Oliveira, Rosana Onocko Campos

668 **Falhas na gestão da Assistência Farmacêutica para Medicamentos Judicializados, em 16 municípios da região Sudeste brasileira**
Failures in Pharmaceutical Services management for Judicialized Medicines, in 16 municipalities of the Brazilian Southeast
Tatiana de Jesus Nascimento Ferreira, Rachel Magarinos-Torres, Claudia Du Bocage Santos-Pinto, Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro

685 **Estudo de caso sobre o apoio institucional na gestão federal da Atenção Básica no Brasil**
Case study on institutional support in the federal management of Primary Health Care in Brazil
Francini Lube Guizardi, Leonardo Passeri, Ana Silvia Pavani Lemos, Felipe Rangel de Souza Machado

700 **Governança das ações e serviços de saúde de média complexidade em uma região de saúde**
Governance of medium complexity health actions and services in a health region
Carolina Milena Domingos, Edinalva de Moura Ferraz, Brígida Gimenez Carvalho

712 **Vigilância em Saúde regionalizada em Pernambuco: um estudo de caso**
Regionalized Health Surveillance in the State of Pernambuco: a case study
Natália Barros Lopes, Ana Coelho de Albuquerque, Eronildo Felisberto

727 **Acesso ao tratamento da mulher com câncer de mama**
Access to treatment of women with breast cancer
Samara Maria Moura Teixeira Sousa, Maria das Graças Freire de Medeiros Carvalho, Luiz Ayrton Santos Júnior, Sarah Borges Carolina Mariano

742 **Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará**
Access and embracement in the Primary Care of the Western region of Pará
Larissa Ádna Neves Silva, Rui Massato Harayama, Franciane de Paula Fernandes, Juliana Gagno Lima

755 **Necessidades de saúde da população rural: como os profissionais de saúde podem contribuir?**
Health needs of the rural population: how can health professionals contribute?
Ângela Roberta Alves Lima, Nathalia da Silva Dias, Luani Burkert Lopes, Rita Maria Heck

765 **Contexto de trabalho e satisfação profissional de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família**
Context of work and professional satisfaction of nurses who work in the Family Health Strategy
Maria Mônica de Oliveira, Dixis Figueroa Pedraza

780 **Sistema e-SUS AB: percepções dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família**
The e-SUS AB system: perceptions of the nurses of the Family Health Strategy
Jaianne Ricarte de Araújo, David Correia de Araújo Filho, Lucas Dias Soares Machado, Rosa Maria Grangeiro Martins, Rachel de Sá Barreto Luna Callou Cruz

793 **Violência doméstica contra idosos assistidos na atenção básica**
Domestic violence against elderly people assisted in primary care
Renata Laíse de Moura Barros, Márcia Carréra Campos Leal, Ana Paula de Oliveira Marques, Maria Eduarda Morais Lins

805 **Cuidado à família enlutada: uma ação pública necessária**
Care to the bereaved family: a necessary public action
Giovanni Gurgel Aciole, Daniela Carvalho Bergamo

819 **A perspectiva dos profissionais sobre o processo de alta de pacientes do Caps-AD: critérios e dificuldades**
The professionals' perspective on the patient discharge process of the Caps-AD: criteria and difficulties
Lennon Leonardo Pereira da Silva, Anderson Batista de Almeida, Tatiana de Castro Amato

836 **O padrão de consumo de álcool entre as usuárias das Unidades de Saúde da Família no município do Recife (PE)**
The pattern of alcohol consumption among the users of the Family Health Units in the municipality of Recife (PE)
Maria das Graças Borges da Silva, Tereza Maciel Lyra, George Tadeu Diniz

848 **Representações sociais de doença, usos e significados atribuídos às Práticas Integrativas e Complementares por universitários**
Social representations of disease, uses and meanings attributed to Integrative and Complementary Practices by students
Maria Thereza Ávila Dantas Coelho, Vinicius Pereira de Carvalho, Carle Porcino

863 **'Saco vazio não para em pé': Programa Bolsa Família e mortalidade por desnutrição**
'An empty bag cannot stand upright': The Bolsa Família Program and mortality caused by malnutrition
Rafael dos Santos, Carla Garcia Bottega

ENSAIO | *ESSAY*

875 **Caminhos da internacionalização dos periódicos de saúde coletiva**
Pathways for the internationalization of public health journals
José Leopoldo Ferreira Antunes, Aluísio Jardim Dornellas de Barros, Maria Cecília de Souza Minayo

883 **A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental?**
The Psychosocial Care Network under the look of complexity: who cares for mental health?
Déborah Karollyne Ribeiro Ramos Lima, Jacileide Guimarães

897 **Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde: linha de fuga na formação em saúde para uma atuação na saúde coletiva**
Experiences and Stages in the Reality of the Unified Health System Project: line of flight in health education for collective health action
Eduardo Carvalho de Souza, André Ribeiro de Castro Júnior, Ana Suelen Pedroza Cavalcante, Raimundo Augusto Martins Torres, Maria Rocineide Ferreira da Silva

REVISÃO | *REVIEW*

906 **Pesticide exposure and cancer: an integrative literature review**
Exposição a agrotóxicos e câncer: uma revisão integrativa da literatura
Thaís Bremm Pluth, Lucas Adalberto Geraldi Zanini, Iara Denise Endruweit Battisti

925 **Gestão de eventos QBRN e a utilização do modelo Hysplit: uma revisão integrativa de literatura**
CBRN events management and the use of the Hysplit model: an integrative literature review
Adriana Paula Macedo Ferreira Pereira, Luiz Antonio da Costa Rodrigues, Elaine Alves dos Santos, Telma Abdalla de Oliveira Cardoso, Simone Cynamon Cohen

939 **Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira**
Institutional racism and black woman health: an analysis of Brazilian scientific production
Beatriz Muccini Costa Oliveira, Fabiana Kubiak

949 **Biofilia: produção de vida ativa em cuidados paliativos**
Biophilia: production of active life in palliative care
Amanda Amorim Zanatta, Robiran José Santos-Junior, Carla Corradi Perini, Marta Luciane Fischer

RELATO DE EXPERIÊNCIA | *CASE STUDY*

996 **O ato de cuidar: vivências e percepções de uma redutora de danos**
Act of caring: experiences and perceptions of a harm reducer
Ana Carolina Oliveira Costa

Os novos critérios da Capes para classificação dos periódicos e a repercussão no campo da saúde coletiva

Maria Lucia Frizon Rizzotto[1,2], Ana Maria Costa[1,3], Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato[1,4]

DOI: 10.1590/0103-1104201912200

A DIVULGAÇÃO, PELA COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO de Pessoal de Nível Superior (Capes), da classificação dos periódicos com base no Qualis Único, o qual estabelece uma única classificação de referência para cada periódico, gerou preocupação, traduzida em diversas manifestações, tanto por parte de instituições e programas de pós-graduação como entre os editores científicos de revistas do campo da saúde coletiva.

No caso das revistas nacionais da área da saúde coletiva, o resultado da nova classificação, baseada no uso combinado de indicadores bibliométricos das bases Scopus (CiteScore), Web of Science (Fator de Impacto) e h5 (Google Scholar), no conjunto, rebaixou a qualificação dos periódicos. O resultado da classificação acabou por gerar questionamentos dos critérios e da própria metodologia utilizada.

Nessa condição, de rebaixamento, insere-se a Revista 'Saúde em Debate' (RSD), com mais de 40 anos de circulação, que publica fundamentalmente autores brasileiros e latino-americanos, cujos temas estão direcionados aos interesses de leitores nacionais, com expressiva contribuição para o desenvolvimento do setor de saúde no País.

O Fórum dos Editores Científicos das revistas da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) divulgou carta aberta, com a qual a editoria da RSD e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) concordam plenamente. A referida carta aberta denuncia que

> A adoção de critérios similares para avaliação de periódicos científicos é questionável considerando as profundas diferenças entre áreas na produção e divulgação do conhecimento [e salienta que], a adoção desses indicadores subordina a ciência produzida no Brasil aos ditames de revistas de outros países (USA e UK principalmente), favorecendo a priorização de temas de interesse da política científica do hemisfério norte [...], [além de afastar] a ciência produzida no Brasil dos leitores não especializados[1].

A carta destaca o papel dos periódicos na formação de profissionais da saúde em diversos níveis de pós-graduação e o impacto social dessa formação, que não pode ser avaliado pelas métricas adotadas pela Capes[1].

Evidencia, também, uma série de problemas imediatos na aplicação da proposta da Capes e conclui afirmando que

> As consequências dos equívocos da proposta são perfeitamente previsíveis: drenagem de artigos para áreas que conseguiram colocar seus periódicos nas classes A1 e A2 (e cujas taxas de

[1] Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *frizon@terra.com.br*

[2] Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.

[3] Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) – Brasília (DF), Brasil.

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

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

> publicação são razoáveis); diminuição da submissão de artigos oriundos de programas de pós-graduação bem avaliados, com mais recursos, para pagar publicação nas revistas das grandes editoras internacionais; restrição do financiamento das revistas, num processo de 'mais para quem tem mais'. Estimula-se a competição ao invés da solidariedade entre pares[1].

Na mesma direção, de forma conjunta, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Fórum de Editores de Saúde Coletiva/Abrasco (do qual a RSD participa), a Coordenação da Área de Saúde Coletiva da Capes e a Coordenação do Fórum de Coordenadores de Programas de Pós-Graduação/Abrasco divulgaram documento intitulado 'Critérios para classificação das revistas: apreciação da proposta de Qualis Periódico Referência'[2], que identifica um conjunto de problemas relativos aos critérios utilizados para a classificação das revistas e suas repercussões para a saúde coletiva.

No rol de problemas identificados para o campo da saúde coletiva, estaria a própria identidade da área e a sua política editorial. O documento indica que os critérios de classificação dos periódicos podem produzir

> fuga de artigos científicos para periódicos de outras áreas (afins) com melhor qualificação; migração de periódicos da área de saúde coletiva para outras, cujos parâmetros lhe são mais favoráveis; subfinanciamento das revistas nacionais da área[2].

Outro problema apontado no documento parte da análise de que

> Concentrar a publicação da produção científica brasileira em periódicos de língua inglesa, dominantes nas bases consideradas no Qualis Periódico proposto, restringe o acesso desta produção aos leitores especializados. Limita, assim, o papel dos periódicos no processo de difusão de conhecimentos científicos atualizados, indispensáveis para subsidiar a formação nos diversos níveis e modalidades da Pós-Graduação, assim como a formulação e a implementação de políticas públicas nacionais[2].

Diante dos problemas identificados, o documento apresenta como sugestões: (1) a constituição de um grupo de trabalho com a finalidade de 'aprofundar a discussão e elaborar uma proposta alternativa que melhor retrate a situação atual da área no País'; (2) Ampliar a discussão entre as áreas, visando a buscar critérios menos heterogêneos para a classificação dos periódicos; (3) Considerar no processo de revisão da proposta pelo GT referido a necessidade de incorporação de outras bases de indexação e, em especial, a Scientific Electronic Library Online (SciELO), assim como outros indicadores que captem melhor o perfil de internacionalização da produção científica da área e/ou valorizem a excelência da pesquisa localmente relevante; (4) Identificar ou desenvolver critérios qualitativos que possam ser incorporados à proposta alternativa a ser apresentada, que levem em conta, por exemplo, relevância para a área, volume de artigos/ano, história e o processo editorial[2].

Preocupações com o uso de indicadores bibliométricos não são recentes e já foram ressaltadas por diversos autores que estudam o tema[3-5], além de serem questionados em documentos coletivos como a Declaração de São Francisco sobre Avaliação da Pesquisa (Dora)[6], de dezembro de 2012, e o Manifesto de Leiden[7]. A Dora destaca deficiências no uso do Fator de Impacto (FI) como ferramenta para a avaliação da pesquisa e faz recomendações para pesquisadores, instituições acadêmicas, agências de financiamento, organizações que fornecem métricas e editores de periódicos, visando a melhorar a prática da avaliação de pesquisas.

O Manifesto de Leiden[7] reúne 10 princípios das melhores práticas de avaliação da pesquisa baseada em métricas, sendo eles: (1) A avaliação quantitativa deve dar suporte à avaliação qualitativa especializada; (2) Medir o desempenho de acordo com a missão da instituição, do grupo ou do pesquisador; (3) Proteger a excelência da pesquisa localmente relevante; (4) Manter a coleta de dados e os processos analíticos abertos, transparentes e simples; (5) Permitir que os avaliados verifiquem os dados e as análises; (6) Considerar as diferenças entre áreas nas práticas de publicação e citação; (7) Basear a avaliação de pesquisadores individuais no juízo qualitativo da sua carreira; (8) Evitar solidez mal colocada e falsa precisão; (9) Reconhecer os efeitos sistêmicos da avaliação e dos indicadores; (10) Examinar e atualizar os indicadores regularmente.

Ademais, é importante salientar que a metodologia de avaliação de periódicos proposta pela Capes, além de não atender às necessidades de difusão do conhecimento em saúde coletiva no Brasil, vem em momento de profunda restrição do financiamento público das pós-graduações e dos próprios periódicos. Como atender a critérios mais rigorosos e alheios à área concomitantemente à redução de cerca de 50% do orçamento da Capes, como parece ser a proposta governamental para 2020?

Ressaltamos, por fim, que o Cebes, ao criar a RSD, em 1976, teve como objetivo divulgar resultados de estudos e pesquisas, análises, reflexões e relatos de experiências que contribuíssem para o campo da saúde coletiva e para a formulação, o planejamento e a avaliação de políticas para o Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma revista conhecida e lida pelos gestores e trabalhadores da saúde e que, por essa razão, acumula enorme contribuição na consolidação da política universal de saúde. Ainda hoje, quando a econometria direciona os projetos editoriais de muitas revistas acadêmicas, a RSD mantém-se firme nos seus propósitos de contribuir para a difusão de conhecimento científico aplicável ao setor da saúde. No caso em análise neste texto – os novos critérios da Capes para classificação dos periódicos –, o que poderia ser considerado uma virtude da RSD passa a ser um fator de diminuição ou de discriminação de sua presença no cenário da divulgação científica nacional. Isso não é apenas um contrassenso. É mais grave ainda, pois desenha um futuro perverso para a RSD e outros periódicos da área de saúde coletiva.

Colaboradores

Rizzotto MLF (0000-0003-3152-1362)*, Costa AM (0000-0002-1931-3969)*, Lobato LVC (0000-0002-2646-9523)*.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Fundação Oswaldo Cruz. Carta aberta sobre a proposta do Qualis Periódico [internet]. [acesso em 2019 set 10]. Disponível em: http://periodicos.fiocruz.br/sites/default/files/anexos/carta_FECF_criterios-Qualis-Capes_v2_Fitosassina_22082019_0.pdf.

2. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Critérios para classificação das revistas: apreciação da proposta de Qualis Periódico Referência [internet]. [acesso em 2019 set 10]. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/apreciacao-da-proposta-de-qualis-periodico-referencia/42328/.

3. Nassi-Calò L. A miopia dos indicadores bibliométricos [internet]. [acesso em 2019 set 10]. Disponível em: https://blog.scielo.org/blog/2017/06/01/a-miopia-dos-indicadores-bibliometricos/#.XXVaciV7lE4.

4. Videira AAP. Declaração recomenda eliminar o uso do Fator de Impacto na avaliação de pesquisa [internet]. Estudos de CTS – Estudos sociais e conceituais de ciência, tecnologia e sociedade; 2013. [acesso em 2019 set 10]. Disponível em: https://blog.scielo.org/blog/2013/07/16/declaracao-recomenda-eliminar-o-uso-do-fator-de-impacto-na-avaliacao-de-pesquisa/#.XXVcjSV7lE4.

5. Nassi-Calò L. Evaluation metrics in science: current status and prospects. Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet]. 2017 [acesso em 2019 set 10]; 25:e2865. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2865.pdf.

6. Dora. Declaração de São Francisco sobre Avaliação da Pesquisa [internet]. [acesso em 2019 set 10]. Disponível em: https://sfdora.org/read/pt-br/.

7. Hicks D, Wouters P, Valtman L, et al. Bibliometrics: The Leiden Manifesto for research metrics [internet]. [acesso em 2019 set 10]. Disponível em: https://www.nature.com/news/bibliometrics-the-leiden-manifesto-for-research-metrics-1.17351.

The new Capes' criteria for the classification of journals and the repercussion in the field of public health

Maria Lucia Frizon Rizzotto[1,2], Ana Maria Costa[1,3], Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato[1,4]

DOI: 10.1590/0103-1104201912200

THE DISSEMINATION, BY THE COORDINATION FOR THE IMPROVEMENT of Higher Education Personnel (Capes), of the classification of journals based on the Qualis Único, which establishes a single reference classification for each journal, has generated concern, translated into several manifestations, both from institutions and graduated programs as well as among the scientific editors of journals in the field of public health.

In the case of national journals in the public health area, the result of the new classification, based on the combined use of bibliographic indicators from the Scopus (CiteScore), Web of Science (Impact Factor) and h5 (Google Scholar) databases, as a whole, downgraded the qualification of journals. The result of the classification ended up generating questionings about the criteria and the methodology used.

Under this condition, of demotion, is the 'Saúde em Debate' Journal (RSD), with more than 40 years of circulation, which publishes mainly Brazilian and Latin American authors, whose themes are directed to the interests of national readers, with significant contribution to the development of the health sector in the Country.

The Forum for Scientific Editors of the Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz) journals published an open letter, with which the RSD editorial board and the Brazilian Center for Health Studies (Cebes) fully agree. That open letter states that

> The adoption of similar criteria for the evaluation of scientific journals is questionable considering the profound differences between areas in the production and dissemination of knowledge [and points out that], the adoption of these indicators subordinates the science produced in Brazil to the dictates of journals from other countries (mainly USA and UK), favoring the prioritization of topics of interest of the scientific policy in the northern hemisphere [...], [apart from distancing] the science produced in Brazil from non-specialized readers[1]. [free translation].

The letter highlights the role of journals in the training of health professionals at various levels of graduate courses and the social impact of this training, which cannot be evaluated by the metrics adopted by Capes[1].

It highlights, furthermore, a number of immediate problems in the implementation of the Capes' proposal and concludes by stating that

> The consequences of the misconceptions of the proposal are perfectly foreseeable: draining articles

[1] Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *frizon@terra.com.br*

[2] Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.

[3] Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) – Brasília (DF), Brasil.

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

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

> to areas that have managed to place their journals in classes A1 and A2 (and whose publication rates are reasonable); reduction in the submission of articles from well-rated graduate programs, with more resources, to pay for publication in the journals of major international publishing houses; restriction on the funding of magazines, in a 'more for those who have more' process. Competition is encouraged rather than solidarity among peers[1]. [free translation].

In the same direction, jointly, the Brazilian Association of Public Health (Abrasco), the Forum for Public Health Editors/Abrasco (in which RSD participates), the Coordination of the public health area of Capes and the Coordination of the Forum for Public Health Graduate Program Coordinators/Abrasco released a document entitled 'Criteria for classification of journals: appraisal of the Qualis Journal Reference'[2] proposal, identifying a set of problems relating to the criteria used for the classification of journals and their impact on public health.

In the list of problems identified for the public health field, would be the very identity of the area and its editorial policy. The document indicates that the criteria for classifying journals may produce

> leakage of scientific articles to journals of other (related) areas with better qualification; migration of public health journals to others, whose parameters are more favorable to it; underfunding of national journals in the area[2]. [free translation].

Another problem pointed out in the document starts with the analysis that

> Concentrating the publication of Brazilian scientific production on English-language journals, dominant in the bases considered in the proposed Qualis Journal, restricts the access of this production to specialized readers. It limits, thus, the role of journals in the process of disseminating up-to-date scientific knowledge, indispensable for subsidizing training at the various levels and modalities of graduate courses, as well as the formulation and implementation of national public policies[2]. [free translation].

Faced with the problems identified, the document presents as suggestions: (1) the constitution of a working group with the purpose of 'deepening the discussion and elaborating an alternative proposal that better portrays the current situation of the area in the Country'; (2) Broaden the discussion among the areas, in order to seek less heterogeneous criteria for the classification of journals; (3) Consider in the review process of the proposal by the WG mentioned the need to incorporate other indexing bases and, in particular, the Scientific Electronic Library Online (SciELO), as well as other indicators that better capture the internationalization profile of scientific production of the area and/or value the excellence of locally relevant research; (4) Identify or develop qualitative criteria that can be incorporated into the alternative proposal to be presented, which take into account, for example, relevance to the area, volume of articles/year, history and the editorial process[2].

Concerns over the use of bibliometric indicators are not recent and have already been highlighted by several authors who study the theme[3-5], besides being questioned in public documents such as the San Francisco Declaration on Research Assessment (Dora)[6], December 2012, and the Leiden Manifesto[7]. Dora highlights weaknesses in the use of the Impact Factor (IF) as a tool for evaluating research and makes recommendations to researchers, academic institutions, funding agencies, organizations that provide metrics and journal editors, aiming at improving the practice of research evaluation.

The Leiden Manifesto[7] gathers 10 principles of the best practices for metric-based research evaluation, which are: (1) Quantitative evaluation should support specialized qualitative evaluation; (2) Measure performance according to the mission of the institution, group or researcher; (3) Protect the excellence of locally relevant research; (4) Keep data collection and analytical processes open, transparent and simple; (5) Allow the evaluated to verify data and analysis; (6) Consider differences between areas in publication and citation practices; (7) Base the evaluation of individual researchers on the qualitative judgment of their career; (8) Avoid misplaced solidity and false precision; (9) Recognize the systemic effects of evaluation and indicators; (10) Review and update indicators on a regular basis.

Furthermore, it is important to emphasize that the methodology for evaluating journals proposed by Capes, besides not meeting the needs of dissemination of knowledge on public health in Brazil, comes at a time of profound restriction of public funding for graduate courses and the journals themselves. How to meet more rigorous and unrelated criteria to the area while reducing Capes' budget by about 50%, as seems to be the government proposal for 2020?

We emphasize, finally, that Cebes, when creating the RSD, in 1976, aimed to disseminate results of studies and research, analysis, reflections and experience reports to contribute to the public health field and to the formulation, planning and policy evaluation for the Unified Health System (SUS). It is a journal known and read by health managers and workers and, for this reason, accumulates enormous contribution in the consolidation of the universal health policy. Even today, when econometrics directs the editorial projects of many academic journals, RSD remains firm in its purpose of contributing to the dissemination of scientific knowledge applicable to the health sector. In the case under analysis in this text – the new Capes' criteria for the classification of journals –, what could be considered a virtue of RSD becomes a factor of reduction or discrimination of its presence in the scenario of national scientific dissemination. This is not just a nonsense. It is even more serious, because it outlines a perverse future for RSD and other public health journals.

Collaborators

Rizzotto MLF (0000-0003-3152-1362)*, Costa AM (0000-0002-1931-3969)*, Lobato LVC (0000-0002-2646-9523)*.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

References

1. Fundação Oswaldo Cruz. Carta aberta sobre a proposta do Qualis Periódico [internet]. [acesso em 2019 set 10]. Disponível em: http://periodicos.fiocruz.br/sites/default/files/anexos/carta_FECF_criterios-Qualis-Capes_v2_Fitosassina_22082019_0.pdf.

2. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Critérios para classificação das revistas: apreciação da proposta de Qualis Periódico Referência [internet]. [acesso em 2019 set 10]. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/apreciacao-da-proposta-de-qualis-periodico-referencia/42328/.

3. Nassi-Calò L. A miopia dos indicadores bibliométricos [internet]. [acesso em 2019 set 10]. Disponível em: https://blog.scielo.org/blog/2017/06/01/a-miopia-dos-indicadores-bibliometricos/#.XXVaciV7lE4.

4. Videira AAP. Declaração recomenda eliminar o uso do Fator de Impacto na avaliação de pesquisa [internet]. Estudos de CTS – Estudos sociais e conceituais de ciência, tecnologia e sociedade; 2013. [acesso em 2019 set 10]. Disponível em: https://blog.scielo.org/blog/2013/07/16/declaracao-recomenda-eliminar-o-uso-do-fator-de-impacto-na-avaliacao-de-pesquisa/#.XXVcjSV7lE4.

5. Nassi-Calò L. Evaluation metrics in science: current status and prospects. Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet]. 2017 [acesso em 2019 set 10]; 25:e2865. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2865.pdf.

6. Dora. Declaração de São Francisco sobre Avaliação da Pesquisa [internet]. [acesso em 2019 set 10]. Disponível em: https://sfdora.org/read/pt-br/.

7. Hicks D, Wouters P, Valtman L, et al. Bibliometrics: The Leiden Manifesto for research metrics [internet]. [acesso em 2019 set 10]. Disponível em: https://www.nature.com/news/bibliometrics-the-leiden-manifesto-for-research-metrics-1.17351.

Grupos de pesquisa de avaliação em saúde no Brasil: um panorama das redes colaborativas

Research groups of health evaluation in Brazil: an overview of collaborative networks

Marly Marques da Cruz[1], Sydia Rosana de Araújo Oliveira[2], Rosana Onocko Campos[3]

DOI: 10.1590/0103-1104201912201

RESUMO O objetivo deste estudo foi o de caracterizar os grupos de pesquisa registrados na área temática avaliação em saúde do Diretório do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), segundo sua certificação, ano de formação, região e estado do País, instituição e linha de pesquisa. Por meio do levantamento de todos os grupos de pesquisa da área de avaliação em saúde do CNPq de 1976 a 2017, identificaram-se 385 grupos. Não foram analisados 30 grupos por terem sido excluídos (6,7%), serem inexistentes (0,8%) ou duplicados (0,3%). Estatística descritiva aplicada aos 355 grupos analisados revelou que estão presentes em todas as regiões do País com distribuição bastante desigual, havendo maior concentração na região Sudeste (42,8%), sobretudo no eixo São Paulo – Rio de Janeiro; os principais vazios se localizam nos estados do Amapá, Roraima e Rondônia. A linha de pesquisa mais frequente foi a de 'avaliação e monitoramento de intervenções em saúde'. O panorama dos grupos de pesquisa confirma a conhecida desigualdade brasileira na produção de conhecimentos, bem como a necessidade de se aprofundar a investigação sobre as redes colaborativas de pesquisa em avaliação e de se promover a equidade investigativa e de formação.

PALAVRAS-CHAVE Grupos de pesquisa. Avaliação em saúde. Diretório. Ciência.

ABSTRACT *The objective of the study was to characterize the research groups recorded in the Health Evaluation thematic area of the National Council for Scientific and Technological Development (NCSTD) directory, categorized per certification, year of inception, region and state of the country, institution and research line. By means of data retrieved from NCSTD' health evaluation area research groups from 1976 to 2017, we identified 385 groups. Of these, 30 groups could not be analyzed due to their exclusion from the database (6,7%), non-existence (0.8%) or double entry (0.3%). Descriptive statistics applied to the 355 groups revealed that they are present in all regions of the country, although very unequally distributed. There is a higher concentration in the Southeast region (42.8%), at the São Paulo – Rio de Janeiro axis, being the main voids located in the states of Amapá, Roraima and Rondônia. The most frequent research line respected 'evaluation and monitoring of health interventions'. The research groups' depiction confirmed the well-known Brazilian inequality in the production of knowledge, as well as the need both to deepen research on collaborative research networks under evaluation and to promote research and training.*

KEYWORDS *Research Groups. Health evaluation. Directory. Science.*

[1] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *marly@ensp.fiocruz.br*

[2] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPQAM) – Recife (PE), Brasil.

[3] Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Ciências Médicas (FCM) – Campinas (SP), Brasil.

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

Introdução

Tanto nacional como internacionalmente, a ciência, a tecnologia e a pesquisa têm ganhado destaque como suporte diante da necessidade de desenvolvimento e de superação das crises existentes no mundo. O cenário mundial contemporâneo de globalização tem exigido maior amplitude da educação, de conhecimentos, novas técnicas e abordagens, com consequente crescimento no número de pesquisadores, cientistas e tecnólogos[1], principalmente para lidar com os atuais problemas econômicos, sociais e ambientais.

No Brasil, os órgãos de fomento ao ensino e pesquisa têm incentivado a formação de grupos de pesquisa e a realização de parcerias entre instituições e pesquisadores para o desenvolvimento de estudos[2]. O Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), agência do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações (MCTIC), tem como uma de suas principais atribuições fomentar a pesquisa científica e tecnológica e incentivar a formação de pesquisadores brasileiros desde 1951. O CNPq é um órgão que desempenha papel primordial na formulação e condução das políticas de Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I); sua atuação contribui para o desenvolvimento nacional e o reconhecimento das instituições de pesquisa e pesquisadores brasileiros pela comunidade científica internacional[3].

O Brasil tem apresentado, nos últimos anos, um crescimento virtuoso das atividades de produção tecnológica e de conhecimentos em pesquisa desenvolvidas por equipes de pesquisadores titulados ou em formação, organizados sob a designação de grupos e linhas de pesquisa[4,5] e não tem sido diferente na área da saúde. O grupo é definido como um conjunto de indivíduos organizados hierarquicamente em torno de uma ou, eventualmente, duas lideranças, tendo por fundamento organizador dessa hierarquia a experiência, o destaque e a liderança no terreno científico ou tecnológico; onde existe envolvimento profissional e permanente com a atividade de pesquisa; cujo trabalho se organiza em torno de linhas comuns de pesquisa; e que, em algum grau, compartilha instalações e equipamentos[6].

A expansão desses grupos no Brasil, sobretudo na última década do Século XX, gera simultaneamente maior desenvolvimento da produção científica, constituição de alianças entre pesquisadores organizados em grupo e maior concorrência no ambiente acadêmico, tanto por recursos financeiros e simbólicos como por reconhecimento e credibilidade[1]. Apesar de ser caracterizado por uma base de informações de preenchimento opcional, o universo abrangido pela base do CNPq vem aumentando ao longo do tempo, podendo-se supor que exerça relativa representatividade da comunidade científica nacional[7].

No bojo desse debate, consta-se segundo Barreto[8] vários indícios da relevância e do crescimento das atividades de pesquisa em saúde coletiva no Brasil. Segundo o autor, o número de grupos de pesquisas nessa área cresce aceleradamente, tendo o diretório de grupos de pesquisa do CNPq já registrado quase 400 deles, envolvendo aproximadamente 2.500 pesquisadores. O número de produtos da atividade científica cresce, havendo evidências do crescimento da qualidade teórico-metodológica da investigação e da ampliação da participação da produção científica nacional em saúde coletiva no cenário internacional.

O ambiente científico tornou-se mais complexo, gerando a formação de uma massa crítica mais densa, ampliando o número de cursos e de alunos de pós-graduação, criando novos agentes no campo científico, enfim, atingindo a lógica e o funcionamento de agências e de instituições voltadas para a gestão do conhecimento. A participação de discentes e docentes em grupos de pesquisa e redes colaborativas de pesquisa favorecem a criação de vínculos, além de propiciar a perpetuação das pesquisas no Brasil[9,10]. Essa construção de visão ampliada do processo de pesquisa potencializa novos estudos e a formação de novos grupos[11].

A existência crescente de grupos e linhas de pesquisa de avaliação em saúde no Brasil e em outros países e de sua produção expressa a relevância do campo de conhecimento e de práticas para a saúde coletiva[12,13]. Os primeiros grupos de

pesquisa foram organizados nos anos 1990 nos Departamentos de Medicina Preventiva e Social, bem como em Escolas de Saúde Pública. Naquele período, tais grupos universitários forneceram parte dos consultores requeridos para desenvolver os compromissos de avaliação firmados entre o Ministério da Saúde, o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (Bird) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID)[12]. Destaca-se o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), que, a partir de 2003, transferiu recursos financeiros para a expansão da cobertura, qualificação e consolidação da Estratégia Saúde da Família em municípios brasileiros.

A relação entre os grupos de pesquisa em avaliação e a institucionalização do monitoramento e da avaliação no contexto da gestão pública possibilitaram o avanço e a consolidação de algumas áreas, ainda que a cultura avaliativa no País seja incipiente. Na área da avaliação de políticas, programas, serviços e tecnologias, são conhecidas as dificuldades enfrentadas por aqueles que investem na produção, na identificação das condições necessárias para a construção do conhecimento, produto de natureza abstrata, e daqueles que organizam a sua transformação em práticas[14].

Ou seja, por mais que se reconheça a expansão, ainda se desconhece o perfil dos grupos e linhas de pesquisa de avaliação em saúde e seus arranjos e das redes constituídas, dificultando o conhecimento das potencialidades e das lacunas existentes em termos de contribuições para o Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, este artigo tem por objetivo caracterizar os grupos de pesquisa registrados na área temática avaliação em saúde do Diretório do CNPq, segundo sua certificação, ano de formação, região e estado do País, instituição e linha de pesquisa.

Material e métodos

Este estudo se caracteriza como descritivo e exploratório acerca dos grupos de pesquisas da área de avaliação em saúde cadastrados no Diretório dos Grupos de Pesquisa desenvolvido pelo CNPq desde 1992. Desde então, a base de dados da instituição mantém as mesmas definições básicas e objetivos.

O Diretório dos Grupos de Pesquisa do CNPq reúne informações sobre os grupos de pesquisa em atividade no País e abrange pesquisadores, estudantes, técnicos, linhas de pesquisa em andamento e produção científica, tecnológica e artística geradas pelos grupos. Trata-se de grupos de pesquisadores, estudantes e pessoal de apoio técnico que se organizam em torno da execução de linhas de pesquisa segundo uma regra hierárquica fundada na experiência e na competência técnico-científica[6].

Para acesso aos dados, realizou-se busca no *site* institucional do CNPq http://dgp.cnpq.br/dgp/faces/consulta/consulta_parametrizada.jsf em maio de 2017. Em seguida, acessou-se o tópico Diretório dos Grupos de Pesquisa/Consulta/Base Corrente. O termo de busca utilizado foi 'avaliação em saúde', sendo inseridos os campos 'nome do grupo', 'nome da linha' e 'palavra-chave', a partir dos quais se levantaram todos os grupos no intervalo de 1976 a 2017.

A organização dos dados foi realizada por meio do Microsoft Office Excel e a análise se deu com base na estatística descritiva do banco de dados de 355 grupos de pesquisa tidos como ativos. Excluíram-se da análise 30 grupos que não estavam mais ativos. As variáveis centrais para a análise foram a certificação, ano de formação, regiões e estados, áreas predominantes, instituições e linhas de pesquisa.

Resultados

Pelo levantamento realizado, chegou-se a um total de 385 grupos de pesquisa registrados na base de dados do CNPq. Desses, 76% estavam certificados, 10% certificados e não atualizados e 5% em preenchimento (*tabela 1*). Importante ressaltar que os grupos em preenchimento ou não atualizados têm pendências para sua certificação. As situações de certificação identificadas como excluído, inexistente e duplicado não foram incluídas na análise.

Tabela 1. Distribuição dos grupos de pesquisa de avaliação em saúde segundo certificação de 2017

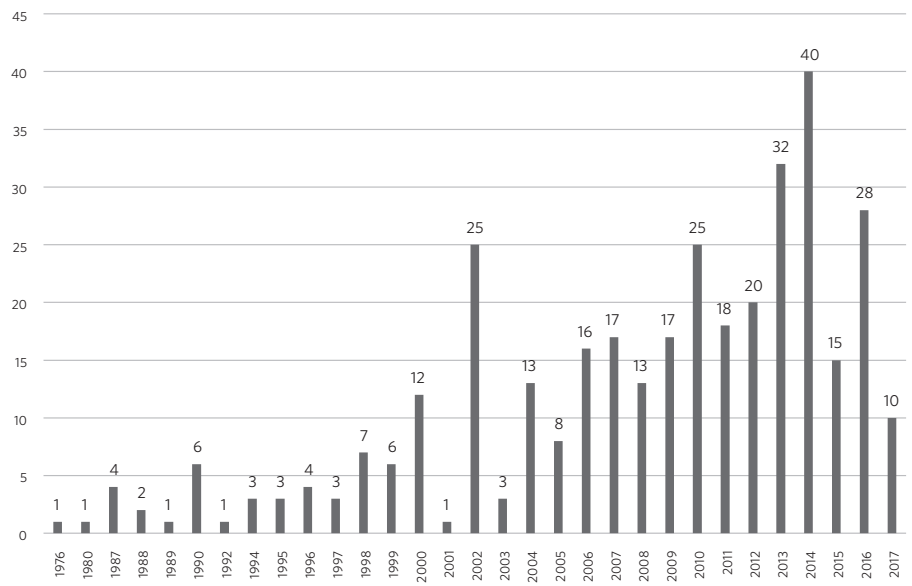
Certificação	N	Percentual
Inexistente	3	0,8
Duplicado	1	0,3
Excluído	26	6,7
Em preenchimento	21	5,4
Certificado	294	76,4
Certificado - não atualizado	40	10,4
Total	**385**	**100**

Fonte: Elaboração própria.

Pelo censo realizado pelo CNPq desde 1993, é inegável a ampliação dos grupos de pesquisa no Brasil. No último censo de 2016, participaram 531 instituições registrando 37.640 grupos de pesquisa e 199.566 pesquisadores, dos quais 129.929 eram doutores. O crescimento do número de grupos cadastrados em 2016 em relação a 2002 foi de 149%, o de pesquisadores, 251% e o de doutores, 278% (http://lattes.cnpq.br/web/dgp/censo-atual/).

Do total de 355 grupos na análise, consideram-se aqueles que surgiram ou foram modificados ao longo do tempo como grupos de avaliação em saúde ou que possuem linha de pesquisa de avaliação. O levantamento revela que existem grupos nessa área desde 1976, embora pouco expressivos até 1999 (*gráfico 1*). A partir de 2000, os grupos cresceram até 2016, com pequena redução em 2001. O auge ocorreu em 2014, quando se formaram 40 grupos de pesquisa.

Gráfico 1. Distribuição dos grupos de pesquisa de avaliação em saúde por ano de formação: 1976 a 2017



Fonte: Elaboração própria.

A grande área do conhecimento onde os grupos de avaliação em saúde estão inseridos é predominantemente nas ciências da saúde (83,1%), o que era esperado em razão do recorte da avaliação em saúde *(tabela 2)*. Ainda que em menor proporção, a presença de grupos nas ciências humanas (8,7%) e sociais aplicadas (3,7%) é devidamente compatível por acomodarem áreas do conhecimento e práticas relacionadas à saúde.

Tabela 2. Distribuição dos grupos de pesquisa segundo as grandes áreas do conhecimento, 2017

Grandes áreas predominantes	N	Percentual
Ciências da saúde	295	83,1
Ciências humanas	31	8,7
Ciências sociais aplicadas	13	3,7
Engenharias	8	2,2
Ciências biológicas	5	1,4
Vazia não definida pelo grupo a área	2	0,6
Ciências exatas e da Terra	1	0,3
Total	**355**	**100,0**

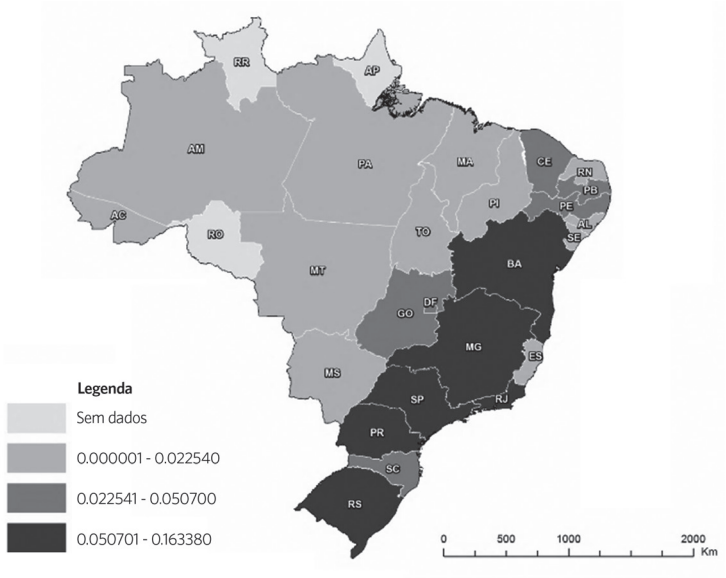
Fonte: Elaboração própria.

No entanto, chama a atenção que áreas como engenharias (2,2%), ciências biológicas (1,4%) e ciências exatas e da terra (0,3%), possuam grupos com a temática da avaliação em saúde. O que pode ajudar no entendimento desse aparente desalinhamento é o fato de a avaliação ser uma área transversal a outras áreas e aparecer algo peculiar ao setor saúde numa dessas áreas de conhecimento.

De acordo com a distribuição dos grupos de pesquisa em avaliação em saúde por regiões geográficas do território nacional, observa-se que ocorre desigualmente. A região Sudeste concentra 42,8% dos grupos, seguida das regiões Nordeste (23,9%), Sul (20,6), Centro-Oeste (8,5%) e Norte (4,2%). Constata-se desigualdade inter-regional e intra-regional quando se observa a distribuição no interior da própria região entre as Unidades Federadas (UF).

Dentre as UF, os grupos se concentram no eixo São Paulo (16,3%) – Rio de Janeiro (15,5%), onde estão presentes as grandes instituições de ensino e pesquisa em saúde do Brasil, bem como a circulação de bens e recursos. Chama a atenção nessa distribuição a inexistência de grupos de pesquisa no Amapá, Roraima e Rondônia, e um quantitativo inexpressivo de grupos nas regiões Norte e Nordeste. Tal realidade pode ser observada na distribuição dos grupos de pesquisa por quartil segundo UF, onde a concentração e os vazios ficam muito evidentes *(figura 1)*.

Figura 1. Distribuição dos grupos de pesquisa de avaliação em saúde por quartil segundo UF



Fonte: Elaboração própria.

A *figura 1* indica a necessidade de estudos mais aprofundados sobre as redes de pesquisa, visto que muitos grupos de pesquisa de diferentes regiões e UF trabalham em colaboração e parcerias. Ou seja, também não é possível relacionar a realização de pesquisas no local de existência dos grupos, porque se deslocam fortemente conforme as áreas a serem cobertas pelas chamadas de pesquisa e formação existentes.

Quanto às linhas de pesquisa, foram identificadas 2.262 linhas, existindo grupos de pesquisa com até 19 linhas de pesquisa. Para efeito de análise, foram consideradas as duas primeiras linhas de cada grupo, porque se compreende que seriam as mais relevantes para cada grupo e porque expressam as conexões estabelecidas pelos grupos com as áreas temáticas da saúde às quais vinculam a avaliação.

A linha de pesquisa mais frequente foi a de 'Avaliação e monitoramento de intervenções em saúde', com um total de 130 (23,9%) referências *(tabela 3)*. Cabe frisar que foram consideradas distintas denominações para o termo 'intervenções', podendo ser nomeada como sistemas, programas, serviços, ações e práticas de saúde, embora sem especificar a qual campo temático as intervenções estavam relacionadas, mas necessariamente possuindo o termo avaliação no seu descritivo.

Tabela 3. Distribuição dos grupos de pesquisa de avaliação em saúde segundo as linhas de pesquisa

Linha de pesquisa	N	Percentual
Avaliação e monitoramento de intervenções em saúde	130	23,9
Avaliações de intervenções específicas	96	17,6
Abordagens avaliativas	67	12,3
Tecnologias de saúde	60	11,0
Educação e processo de trabalho	55	10,1
Planejamento, política e gestão	53	9,7
Epidemiologia	32	5,9
Ciências sociais e humanas	2	0,4
Enfermagem e cuidado em saúde	12	2,2
Saúde mental	6	1,1
Informação em saúde	5	0,9
Outras	27	4,9
Total	**545**	**100,0**

Fonte: Elaboração própria.

Outras duas classificações apareceram relacionadas à avaliação: (i) Avaliação de intervenções específicas, 96 ocorrências, com destaque para intervenções relacionadas à atenção primária (35 linhas) e à psicologia (21 linhas); e (ii) Abordagens avaliativas, 67 ocorrências, com a presença de temas mais recentes na literatura nacional tais como tradução do conhecimento. A abordagem mais frequente é a de avaliação econômica, com 18 linhas de pesquisa *(tabela 3)*.

Cabe destacar, ainda, a presença dos três campos disciplinares da saúde coletiva listados nas linhas de pesquisa da avaliação em saúde. Os três campos somam 15,96% das linhas de pesquisa, sendo 9,72% para o planejamento, política e gestão, 5,87% para epidemiologia e 0,37% para ciências sociais e humanas *(tabela 3)*.

A linha Outros (4,95%) corresponde a um conjunto de temas que não permitiam correlação com a avaliação, a exemplo de biomecânica, cardiologia e discriminação racial.

Discussão

A tendência crescente dos grupos de pesquisa no Brasil é decorrente do processo de valorização, investimentos e avanços da ciência, tecnologia e inovação[1,5,15], em particular na área da saúde. Acompanhando a mesma tendência, a expansão dos grupos de pesquisa de avaliação em saúde, a partir de 2000, coincide com o processo de institucionalização do Monitoramento e Avaliação (M&A) no SUS[16,17], mais especificamente na Atenção Primária à Saúde[12,18], que tem sido grande propulsora dos grupos e linhas de pesquisa de avaliação em saúde.

Os grupos de pesquisa das diferentes áreas do conhecimento experimentaram crescimento substancial decorrente do incremento da produção, qualificação dos integrantes, fortalecimento das bases de investigação e da maior visibilidade e reconhecimento de sua importância para o avanço da ciência, tecnologia e

inovação[1,5,15]. No entanto, na visão de Barreto[8], é necessário que os grupos de pesquisa, em particular os da saúde coletiva, aprofundem as reflexões acerca da capacidade de questões mais diversas, postas como consequência da sua inserção social, além de continuar os debates teóricos e metodológicos, vitais para a reafirmação como campo científico.

O que se percebe é que muitas são as razões pelas quais os grupos de pesquisa começam a se formar, o que cabe também para os de avaliação em saúde. Essa formação pode estar vinculada a uma série de aspectos, como a alocação e a escassez de recursos para a pesquisa; a obrigatoriedade da inscrição dos pesquisadores em grupos de pesquisa por parte das instituições de fomento à pesquisa; a livre formação de equipes compostas por um pesquisador e estudantes de graduação e pós-graduação; a afinidade temática; e, até mesmo, os jogos de interesse.

Contudo, há que se enfrentar os complexos objetos de investigação em saúde, o que lhe obriga a fazer esforços no sentido da gestão e da translação do conhecimento aos profissionais do campo e aos usuários desta investigação, evitando que a diversificação da investigação leve a uma atomização das práticas quando se transforma conhecimento em ação[8,10], tal como tem acontecido em outros campos.

Para Mocelin[1], esse processo de expansão dos grupos de pesquisa tanto forja novas condições de atuação e organização, normas e valores na 'comunidade científica' como contribui para a circulação e o debate do conhecimento científico e para a expansão da produção científica brasileira em termos de bibliografia, linhas de pesquisa e internacionalização. Isto é, o crescimento dos grupos de pesquisa de avaliação em saúde e a diversidade de linhas de pesquisa denotam a consolidação de um campo de conhecimento e de práticas com suas particularidades, sobretudo por seu caráter transversal.

Entretanto, mesmo diante de tanta expansão, é notória a escassez de estudos que tratam as informações disponíveis no diretório de grupos de pesquisa do CNPq. Na visão de Araújo[5], identificar os grupos de pesquisa em Ciência e Tecnologia (C&T) em saúde pode auxiliar a caracterização, fortalecimento e consolidação de sua atuação, desde que considerados o contexto institucional em que estão inseridos e as peculiaridades da área de conhecimento de cada um deles; a socialização e visibilidade dos grupos por sua produção científica, i.e., pesquisas e temáticas abordadas; entre outros.

Segundo os resultados apresentados, os grupos de avaliação em saúde estão concentrados na região Sudeste, no eixo São Paulo – Rio de Janeiro. O resultado é semelhante ao que identifica a região Sudeste com o maior número de grupos de pesquisa em estudos sobre saúde coletiva, bem como sobre grupos de pesquisa em vigilância sanitária[19,20]. Tamanha concentração dos grupos de avaliação em saúde expõe a necessidade de se explorar mais as redes de pesquisa em avaliação considerando que grupos e pesquisadores interagem no trabalho de pesquisa, na formação, na produção científica, no lugar onde atuam, com quais objetivos e vínculos institucionais.

A formação das redes de pesquisadores decorreu, em grande parte, de política explicita de agências e programas, sugerindo a ideia que a formação de grupos e redes não é necessariamente um resultado espontâneo da dinâmica das relações entre pesquisadores[9]. A disponibilização de recursos para projetos em grupo, como ocorreu na avaliação, principalmente com a política de monitoramento e avaliação na Atenção Primária à Saúde[18], promoveu um movimento de procura por parceiros por parte dos núcleos de pesquisa consolidados ou emergentes, resultando, muitas vezes, na formação de grupos 'artificiais', embora a iniciativa também tenha promovido a elaboração de projetos mais amplos e relevantes[1].

Na perspectiva de Furtado e Vieira-da-Silva[12], a relação entre os grupos de pesquisa em avaliação e as iniciativas ministeriais a esse respeito ilustram a interação entre os agentes do 'campo científico' e do 'campo burocrático'.

Na análise dos autores, apesar de a produção dos avaliadores estar concentrada na academia, o Ministério da Saúde assumiu um papel relevante por tê-los contratado como consultores, por conduzir processos avaliativos com pessoal próprio ou por fomentar ações avaliativas pelas universidades por meio de editais. Ou seja, como ressalta Cruz[16], a gestão pública, com recurso externo ou não, acaba assumindo um caráter indutor, com agenda própria para as instituições de ensino e pesquisa e grupos de avaliação.

Nesse bojo, chama a atenção a maior presença dos grupos de avaliação em saúde nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, Minas Gerais, Paraná e Rio Grande Sul, o que coincide com a existência de importantes centros de pesquisa e formação do País, em particular os centros formadores da Atenção Primária à Saúde. Trabalho realizado por Rapini[21] relaciona a colaboração entre as instituições às quais os grupos de pesquisa estão vinculados e os setores produtivos.

Na visão de Mocelin[1], é dessa forma que a comunidade científica se firma em razão não apenas da importância do conhecimento em si, mas também da diversificação da gestão do conhecimento e da valorização econômica da ciência e da tecnologia. Espera-se, assim, que saberes e práticas em avaliação se sedimentem numa perspectiva de construção de conhecimento mais útil e acessível, visando à promoção de um sistema de saúde mais equânime.

Conclusões

O panorama dos grupos de pesquisa confirma a conhecida desigualdade em C&T no Brasil e confere elementos que possibilitam a redução de lacunas no campo da avaliação em saúde. Há concentração desses grupos na região sudeste, justificada por sua extensa rede de instituições de C&T e pesquisadores, confirmando a conhecida desigualdade brasileira na produção de conhecimentos e a necessidade de se promover a equidade investigativa e de formação.

A linha de pesquisa mais prevalente revela a implicação dos pesquisadores da área com os rumos do SUS. Contudo, é nítida a necessidade de maior direcionamento dos investimentos e do fomento para a formação de redes de investigação colaborativa em avaliação, principalmente para atuação nas regiões de saúde nas quais os problemas existentes exigem respostas mais ágeis, adequadas e efetivas.

Enfim, explorar as oportunidades de pesquisa, articulando políticas públicas e institucionais com fundos que mantenham e fortaleçam os estudos desenvolvidos pelos pesquisadores de avaliação, constitui uma importante estratégia para desenvolvimento social. Daí não se perder de vista a relevância dos grupos de pesquisa que sustentam e fortalecem o campo da avaliação diante da complexidade e diversidade do setor saúde. É importante, também, que esses grupos não se detenham tanto na velocidade de produção, para investir, sobretudo, na qualidade da formação e da produção do conhecimento científico em avaliação em saúde e incrementando a meta-avaliação.

Colaboradores

Cruz MM (0000-0002-4061-474X)* contribuiu para a concepção e o planejamento do estudo, para a coleta, análise e a interpretação dos dados, elaboração do artigo, aprovação da versão final do manuscrito. Oliveira SRA (0000-0002-6349-2917)* contribuiu para a concepção e o planejamento do estudo, para a coleta, análise e a interpretação de dados, elaboração do artigo e revisão crítica do conteúdo. Campos RO (0000-0003-0469-5447)* contribuiu para a concepção e o planejamento do artigo, coleta de dados e revisão crítica do conteúdo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Mocelin DG. Concorrência e alianças entre pesquisadores: reflexões acerca da expansão de grupos de pesquisa dos anos 1990 aos 2000 no Brasil. Rev. Bras. Pós-Graduação. 2009; (11):35-64.

2. Odelius CC, Castro Sena A. Atuação em grupos de pesquisa: competências e processos. Rev. Adm. FACES J Belo Horiz. 2009; 8(4):13-31.

3. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. O CNPq [internet]. [acesso em 2017 out 13]. Disponível em: http://www.cnpq.br/web/guest/apresentacao_institucional.

4. Barbosa SG, Sasso TMD, Berns I. Enfermagem e tecnologia: análise dos grupos de pesquisa cadastrados na plataforma lattes do CNPq. Texto Contexto Enferm. 2009; 18(3):443-51.

5. Araujo R. Os grupos de pesquisa em ciência, tecnologia e sociedade no Brasil. Rev. Bras. Ciência, Tecnol. e Soc. 2009; 1(1):81-97.

6. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Perguntas Frequentes – Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil [internet]. [acesso em 2017 out 13]. Disponível em: http://plsql1.cnpq.br/censos/perguntas/perguntas.htm#5.

7. Carneiro SJ, Lourenço R. Pós-graduação e pesquisa na universidade. In: Viotti EB, Macedo M, editores. Indicadores de ciência, tecnologia e inovação no Brasil. Campinas: Unicamp; 2003. p. 169-227.

8. Barreto ML. A pesquisa em Saúde Coletiva no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(2):354-355.

9. Vanz SAS. As redes de colaboração científica no Brasil [tese]. Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009. 204 p.

10. Oliveira SRA. Redes sociotécnicas e translação do conhecimento. An do IHMT. 2019; 17(supl2):s97-s104.

11. Krahl M, Sobiesiak EF, Poletto DS, et al. Experiência dos acadêmicos de enfermagem em um grupo de pesquisa. Rev. Bras. Enferm. 2009; 62(1):146-150.

12. Furtado JP, Vieira-da-Silva LMLM. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. Cad. Saúde Publica. 2014; 30(12):2643-2655.

13. Craveiro I, Hartz Z. A equidade na investigação avaliativa com foco na cooperação em Saúde para o desenvolvimento. An do IHMT. 2017; 16(supl2):s31-s38.

14. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev. Saúde Pública. 2000; 34(5):547-559.

15. Erdmann AL, Lanzoni GMDM. Características dos grupos de pesquisa da enfermagem brasileira certificados pelo CNPq de 2005 a 2007. Esc Anna Nery Rev Enferm [internet]. 2008 [acesso em 2018 nov 12]; 12(2):316-22. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a18.pdf.

16. Cruz M. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde: contribuições para o debate. In: Baptista TW F, Mattos RA. Caminhos para Análise das Políticas de Saúde. Rio de Janeiro: Rede Unidas; 2015. p. 285-317.

17. Hartz ZMA. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. Ciênc. Saúde Colet. 2002; 7(3):419-421.

18. Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2004; 4(3):317-21.

19. Freitas CM. A produção científica sobre o ambiente na saúde coletiva. Cad. Saúde Publica. 2005; 21(3):679-701.

20. Pepe VLE, Noronha ABM, Figueiredo TA, et al. A produção científica e grupos de pesquisa sobre vigi-

lância sanitária no CNPq. Ciênc. Saúde Colet. 2010; 15(supl3):3341-50.

21. Rapini MS. Interação universidade-empresa no Brasil: evidências do Diretório dos Grupos de Pesquisa do CNPq. Estud Econômicos (São Paulo) [internet]. 2007 [acesso em 2018 maio 13]; 37(1):211-33. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ee/v37n1/08.pdf.

Recebido em 01/12/2018
Aprovado em 23/05/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Falhas na gestão da Assistência Farmacêutica para Medicamentos Judicializados, em 16 municípios da região Sudeste brasileira

Failures in Pharmaceutical Services management for Judicialized Medicines, in 16 municipalities of the Brazilian Southeast

Tatiana de Jesus Nascimento Ferreira[1], Rachel Magarinos-Torres[2], Claudia Du Bocage Santos-Pinto[3], Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro[1]

DOI: 10.1590/0103-1104201912202

RESUMO Desde a década de 1990, as solicitações de medicamentos por via judicial vêm se intensificando. Vários estudos têm traçado o panorama destas demandas. Buscou-se descrever a existência de organização própria da gestão da Assistência Farmacêutica (AF) Municipal para o atendimento de medicamentos demandados judicialmente. Um conjunto de 16 municípios incluiu 4 de cada estado da região Sudeste brasileira. Para a descrição do perfil da gestão da AF, foi estruturada uma matriz de indicadores que contemplou suas dimensões de recursos humanos, financeiros e suas atividades. Em nove municípios, a gestão dos medicamentos solicitados por via judicial coube ao gestor local da AF. Os indicadores com os piores desempenhos em todas as respostas foram aqueles que versaram sobre as despesas com Medicamentos Judicializados. Somente seis gestores informaram que realizavam análise técnica das prescrições e contato regular com o judiciário. Em sete municípios, os gestores não souberam especificar a modalidade de aquisição dos medicamentos demandados. A gestão municipal tem papel preponderante sobre a gestão da AF e precisa ser revista, havendo a necessidade de amplo questionamento a respeito do seu papel e de eventuais mudanças pelas quais possa passar.

PALAVRAS-CHAVE Assistência Farmacêutica. Judicialização da saúde. Cidades.

ABSTRACT *Since the 1990s, judicial demands for medicines have intensified. Several studies have outlined these demands. We describe the organization of the management of Municipal Pharmaceutical Services (PS) for the provision of medicines demanded through litigation. The sample included 16 municipalities, four for each state in the Brazilian Southeast. To describe the management profile of PS, a matrix of indicators was developed including dimensions of human and financial resources, and PS activities. In nine municipalities, management of medicines acquired through litigation was the responsibility of the local manager of PS. Indicators on expenditures with litigated medicines were the ones with the worst performance. Only six managers informed using technical analysis of prescriptions and regular contact with the judiciary. In seven municipalities, managers were unable to specify the modality of acquisition of medicines. Municipal management plays a major role in the management of PS and must be reviewed, with the need for a thorough questioning regarding its role and possible changes it needs to implement.*

KEYWORDS *Pharmaceutical Services. Health's judicialization. Cities.*

[1] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *tati29ric10@gmail.com*

[2] Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)/ Universidade Federal Fluminense (UFF)/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj)/ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

[3] Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Instituto Integrado de Saúde (Inisa) – Campo Grande (MS), Brasil.

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

Introdução

A partir da década de 1990, as solicitações de medicamentos, insumos e serviços de saúde por via judicial passaram a se intensificar em áreas específicas, como a da Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (Sida) – ou Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome, mais conhecida pela sigla HIV/Aids –, agudizando-se e tornando-se mais abrangentes nos anos 2000[1]. Estudos sobre a judicialização têm tido foco variado, mas alguns temas vêm se destacando: perfil dos demandantes; falhas de provimento; altos gastos com demandas; patentes e monopólios dos produtos demandados; priorização de despesas alheias à saúde, pelo Poder Executivo Municipal; especialidades farmacêuticas mais solicitadas e situações clínicas relacionadas; segurança e eficácia dos Medicamentos Judicializados (MedJus) interferência da sociedade civil e da indústria farmacêutica; e, ainda, efeitos da judicialização sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)[2-12].

Considerando que a provisão de medicamentos é de responsabilidade solidária entre os entes federativos, e de repercussão geral, a judicialização parece interferir diretamente neste aspecto da gestão da Assistência Farmacêutica (AF), especialmente no nível municipal, que proporcionalmente detém menor poder aquisitivo e maior dependência das instâncias superiores[13-18].

Não obstante, importa também a qualidade da gestão da AF presente, seja no estado seja no município, campo 'fértil' para o estabelecimento e crescimento da judicialização. Investigando alguns municípios, Santos-Pinto[10] postulou que uma gestão incipiente da AF retroalimentaria a ocorrência de demandas judiciais por medicamentos. Frente à escassez de recursos e à necessidade de mobilização da gestão para atender às demandas, importa saber como um município gere os MedJus. Alguns estudos já discutem a judicialização no âmbito do município (e do estado), mas é importante agregar conhecimento sob o aspecto da regionalização, ainda pouco abordado na literatura[19-21]. Dentro de tal premissa, foi inicialmente proposta uma abordagem por regiões geográficas, observando contextos comuns.

A região Sudeste brasileira é um local importante dentro do contexto nacional, seja pelo seu desenvolvimento socioeconômico ou pela maior concentração de dispositivos médico-assistenciais[22,23]. Devido ao aumento de volume e impacto financeiro despendido para o cumprimento das demandas judiciais no País, mormente nesta região, ao longo da última década, ela foi considerada como lócus privilegiado de estudo de demandas judiciais, verificando diferentes gestões municipais.

Nesse sentido, o presente trabalho buscou descrever o perfil da gestão da AF em municípios de médio e grande porte da região Sudeste brasileira, quanto à sua organização no atendimento às solicitações de medicamentos por via judicial ou processos administrativos, oferecendo um diagnóstico sobre os problemas que afetam esses municípios, favorecendo a permanência e a magnitude da judicialização.

Métodos

Quatro municípios de cada estado da região Sudeste brasileira foram selecionados para análise, perfazendo um total de 16 municípios, escalonados, por estado, pelos seguintes aspectos: aqueles que, nos últimos cinco anos, foram os mais afetados por ações judiciais (em número absoluto); e os que sofreram com desastres e emergências sanitárias. Ambos os aspectos exerceram, de modo simultâneo, pressão sobre as contas municipais. Os municípios de pequeno porte foram excluídos, uma vez que a intenção era eximir casos de municípios com menor capacidade de gestão e baixa disponibilidade de recursos da AF, o que foi relatado por diversos autores em relação a municípios muito pequenos[12,23,25-27].

Tratou-se de um estudo descritivo de casos múltiplos. Buscou-se descrever a existência ou

não de uma organização própria da gestão da AF Municipal para o atendimento das solicitações de medicamentos por via judicial ou por processos administrativos. Para a descrição do perfil da gestão da AF, foi estruturada uma matriz de indicadores (*quadro 1)* com base no trabalho de Santos-Pinto e Osorio-de-Castro[10,27]. Foram contempladas, em tal construção, as dimensões de recursos humanos, recursos financeiros e atividades da AF julgadas essenciais no estudo das demandas (procedimentos específicos para gestão das demandas, processos de aquisição de MedJus e dispensação de MedJus).

Quadro 1. Matriz de indicadores para gestão da AF frente a Medicamentos Judicializados em municípios da região Sudeste brasileira

Dimensão de análise	Item de verificação	Medida	Racionalidade da medida	Critérios de julgamento	Pontuação
Recursos Humanos	Gestão das demandas judiciais e processos administrativos.	Existência de equipe responsável pela gestão das demandas judiciais e dos processos administrativos, com participação de profissional farmacêutico.	Verificar se há participação de farmacêutico na gestão das demandas judiciais e dos processos administrativos, quando da solicitação de medicamentos.	A gestão da AF Municipal é responsável ou corresponsável pelo cumprimento das solicitações de medicamentos por via judicial ou processo administrativo.	10
				A gestão pelo cumprimento das solicitações de medicamentos por via judicial ou processo administrativo cabe a outro setor da Secretaria Municipal de Saúde.	0
				Não sabe informar a quem compete a gestão de solicitação de medicamentos por via judicial ou processo administrativo.	-1
Recursos Financeiros	Recursos financeiros próprios 1.	Volume de despesas com compras emergenciais de medicamentos em relação às despesas com compras programadas de medicamentos.	Verificar o valor gasto em compras emergenciais de medicamentos.	Município não faz compras emergenciais de medicamentos.	10
				Município gasta menos do que o valor gasto na compra de medicamentos pactuados para aquisição emergencial.	5
				Município gasta mais em compras emergenciais de medicamentos do que o valor dispensado com a compra de medicamentos programados.	-1
				Gestor não sabe informar o valor gasto em compras emergenciais.	-2
	Recursos financeiros próprios 2.	Volume de despesas com compras de MedJus.	Verificar o valor gasto com compras de MedJus.	Município gasta mais com a compra de medicamentos pactuados do que com a aquisição de MedJus.	10
				Município gasta mais com a compra de MedJus do que com a aquisição de medicamentos pactuados.	-1
				AF Municipal não sabe informar os valores de MedJus.	-2
Atividades	Procedimentos específicos para manejo das demandas judiciais e processos administrativos.	Existência de procedimentos específicos para execução das demandas judiciais e processos administrativos.	Verificar se a gestão da AF dispõe de procedimentos específicos estabelecidos para o manejo das demandas judiciais e dos processos administrativos.	Município realiza análise técnica das prescrições dos demandantes, contato regular com o judiciário e avaliação e monitoramento das demandas.	10
				Município não adota procedimentos específicos ou gestor não sabe informar.	-1

Quadro 1. (cont.)

Atividades	Processos de aquisição de MedJus e de processos administrativos.	Adoção de modalidade de compra de medicamentos destinados ao cumprimento das demandas judiciais e processos administrativos, segundo a legislação vigente e com emissão de parecer técnico.	Verificar os critérios estabelecidos para a compra de medicamentos, conforme as normativas legais.	AF Municipal adota modalidades de aquisição conforme Lei nº 8.666/93, com emissão de parecer técnico.	10
				AF Municipal adota modalidades de aquisição conforme Lei nº 8.666/93, sem emissão de parecer técnico, ou gestor não sabe informar as modalidades de aquisição.	-1
	Dispensação de MedJus.	Dispensação de MedJus segundo boas práticas.	Verificar se existe semelhança ou diferença durante a dispensação de MedJus. E se há cumprimento das BPD.	Dispensação de MedJus segue os padrões definidos pela BPD.	10
				Dispensação de MedJus ocorre apenas com o controle dos itens dispensados.	5
				AF Municipal não segue BPD ou não sabe informar.	-1

Fonte: Elaboração própria.

MedJus=Medicamentos Judicializados; CoordAFM=Coordenação da AF Municipal; BPD=Boas Práticas de Dispensação.

Durante a de coleta de dados, em 2013, cada município foi visitado uma única vez para a realização de entrevistas semiestruturadas com o gestor local da AF e com o profissional responsável pelas demandas judiciais. Informações adicionais sobre as contas municipais do período referente à coleta foram resgatadas do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), do Ministério da Saúde (MS). Todas as informações obtidas nas entrevistas foram registradas em planilha Excel®, para a formação de um banco de dados. Cada município recebeu uma codificação composta pela letra M acrescida de numeração (1 a 16).

A análise dos indicadores foi realizada de acordo com a matriz de julgamento, atribuindo pontuação escalonada de acordo com os níveis de complexidade das atividades e com um padrão de respostas esperadas, baseadas na legislação e na literatura publicada, constituindo *corpus* de informações e conceitos que subsidiaram o estudo[6,12,27,29-35]. Foi estruturado um sistema de pontuação positiva e negativa *(quadro 2)*. Ao somatório de cada indicador, foram aplicados pontos de corte, que limitaram o status do perfil da gestão em quatro diferentes níveis que refletissem a efetividade (consecução daquilo que a AF se propõe a realizar na prática): Satisfatória, Regular, Deficiente e Inadequada *(quadro 3)*.

Quadro 2. Critérios para pontuação das respostas ao inquérito de perfil de gestão da AF frente a Medicamentos Judicializados, em municípios da região Sudeste brasileira

Pontuação para a resposta	Critério atribuído
10	Resposta declarada abrange a melhor situação possível para o indicador.
5	Resposta declarada oferece 50% do melhor cenário esperado.
0	Resposta obtida que não atende ao indicador, mas não depende de ação direta do gestor da AF.
-1	Situações em que a resposta ao quesito indica prejuízos diretos à gestão da AF ou quando o gestor não possui informações sobre a situação.
-2	À semelhança do -1 (menos um), corresponde a respostas que indicam prejuízos à gestão da AF ou aos casos em que o gestor não possui informações sobre a situação, mas tem o diferencial de envolver atividade considerada central ou essencial para a AF Municipal.

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 3. Escore para classificação do perfil da gestão da AF frente a Medicamentos Judicializados, em municípios da região Sudeste brasileira.

Pontuação máxima	Pontos de corte para categorização	Percentuais	*Status*
60	60-42	100%-70%	Satisfatória
	41-30	69%-50%	Regular
	29-18	49%-30%	Deficiente
	≤17	≤29%	Inadequada

Fonte: Elaboração própria, adaptada de Santos-Pinto, 2013[10].

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, sob o número de parecer 237/11, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 0301.0.031.000-11. Todos os gestores convidados aceitaram participar, tendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A pontuação recebida por cada município, em relação aos indicadores propostos, está apresentada no *quadro 4*. O somatório dessa pontuação permitiu o desenho do perfil de cada município quanto à efetividade da gestão dos medicamentos demandados, judicial ou administrativamente, bem como aos principais aspectos, positivos e negativos (*quadro 5*). O percentual de atendimento por dimensão indica desafios para a gestão da AF em temas considerados já consolidados pela literatura ou por normatizações legais.

Quadro 4. Pontuação para a efetividade da gestão de Medicamentos Judicializados em municípios selecionados da região Sudeste brasileira, 2013

		Municípios															
Dimensão de análise	Item de verificação	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15	M16
Recursos Humanos	Gestão das demandas judiciais e processos administrativos.	10	10	10	10	(-1)	0	0	10	10	10	10	(-1)	0	(-1)	10	0
Recursos Financeiros	Recursos financeiros próprios 1.	(-2)	(-2)	(-2)	5	(-2)	(-1)	(-2)	(-2)	(-2)	(-2)	(-2)	10	(-2)	10	(-1)	10
	Recursos financeiros próprios 2.	(-2)	(-2)	(-1)	(-2)	(-2)	(-1)	(-2)	(-1)	(-2)	(-2)	(-2)	(-2)	(-2)	(-2)	(-2)	(-1)
Atividades	Procedimentos específicos para manejo dos MedJus.	10	(-1)	10	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	10	10	(-1)	(-1)	10	(-1)	(-1)	10	(-1)
	Processos de aquisição de MedJus.	(-1)	(-1)	10	10	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)	(-1)
	Dispensação de MedJus.	10	10	10	10	10	5	(-1)	10	10	10	10	10	(-1)	(-1)	10	10
Pontuação geral para a efetividade		25	14	37	32	3	1	(-7)	26	25	14	14	26	(-7)	4	26	17
Percentual do município		42%	23%	62%	53%	5%	2%	(-12%)	43%	42%	23%	23%	43%	(-12%)	7%	43%	28%

Fonte: Elaboração própria.

MedJus=Medicamentos Judicializados.

Quadro 5. Principais resultados da gestão da Assistência Farmacêutica para Medicamentos Judicializados, em 16 municípios da região Sudeste brasileira, 2013

Município	**Principais aspectos positivos**	**Principais aspectos negativos**	**Perfil da gestão**
M1	• A CoordAFM era a responsável pelo cumprimento das solicitações de MedJus ou processos administrativos e fazia contato regular com o judiciário. • MedJus comprados via pregão presencial, regido por edital.	• Não havia emissão de parecer técnico na compra dos MedJus. • A gestão da AF não soube informar o montante financeiro necessário para atender às demandas judiciais e aos processos administrativos de MedJus.	Deficiente
M2	• A CoordAFM era responsável pelo cumprimento das demandas de MedJus ou processos administrativos.	• Não havia análise técnica das prescrições dos demandantes. • A gestão da AF não soube informar o montante financeiro necessário para atender às demandas judiciais e aos processos administrativos de MedJus. • A modalidade de aquisição de MedJus seguia via cotação de preços.	Inadequada
M3	• A CoordAFM era a responsável pelo cumprimento das solicitações de MedJus ou processos administrativos e fazia contato regular com o judiciário. • Havia análise técnica de todas as prescrições dos demandantes. • MedJus foram comprados por licitação ou compra direta, com emissão de parecer técnico.	• O montante financeiro necessário para atender às demandas judiciais e aos processos administrativos em 2013 foi maior do que o valor gasto em medicamentos pactuados.	Regular

Quadro 5. (cont.)

M4	• A CoordAFM era responsável pelo cumprimento das demandas de MedJus ou processos administrativos. • MedJus foram comprados por licitação ou compra direta, com emissão de parecer técnico.	• Não havia análise técnica das prescrições dos demandantes. • A gestão da AF não soube informar o montante financeiro necessário para atender às demandas judiciais e aos processos administrativos.	Regular
M5	• Não foram identificados aspectos relevantes a ressaltar.	• O gestor não soube apontar o responsável pelo cumprimento das solicitações de MedJus ou processos administrativos; o montante financeiro necessário para atender a essas demandas; quantos processos foram recebidos; qual a fonte dos recursos financeiros despendidos para a execução; a modalidade de compra adotada; e, tampouco, se havia procedimentos específicos para essa atividade. • Gestor não sabia informar como acontecia a dispensação de MedJus.	Inadequada
M6	• Não foram identificados aspectos relevantes a ressaltar.	• A responsabilidade pela gestão de MedJus ou por processos administrativos cabia ao Secretário de Saúde. • Não havia emissão de parecer técnico. • O montante financeiro empenhado para atender às demandas judiciais e aos processos administrativos foi maior do que os valores dispensados para compras de medicamentos selecionados e programados. • Não soube especificar as modalidades de licitação para a aquisição de MedJus. • Gestor não sabia informar como acontecia a dispensação de MedJus.	Inadequada
M7	• Não foram identificados aspectos relevantes a ressaltar.	• A responsabilidade pela gestão de MedJus ou por processos administrativos cabia ao Secretário de Saúde. • Não havia emissão de parecer técnico. • O montante financeiro empenhado para atender às demandas judiciais e aos processos administrativos foi maior do que os valores dispensados para compras de medicamentos selecionados e programados. • Gestor não sabia informar como acontecia a dispensação de MedJus.	Inadequada
M8	• A CoordAFM era a responsável pelo cumprimento das solicitações de MedJus ou processos administrativos e fazia contato regular com o judiciário.	• O gestor não soube informar quando começaram as demandas de medicamentos e nem quantas ocorreram no último ano. • O montante financeiro empenhado para atender às demandas judiciais e aos processos administrativos foi maior do que os valores dispensados para compras de medicamentos selecionados e programados. • Os recursos financeiros foram mobilizados do Teto Municipal de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. • O gestor não soube informar a modalidade de aquisição de MedJus.	Deficiente
M9	• A CoordAFM era a responsável pelo cumprimento das solicitações de MedJus ou processos administrativos. • Havia emissão de parecer técnico na aquisição.	• O gestor não soube apontar quantos processos foram recebidos; e qual a fonte dos recursos financeiros desprendidos para a execução.	Deficiente
M10	• A CoordAFM era a responsável pelo cumprimento das solicitações de MedJus ou processos administrativos.	• O gestor não soube apontar o montante financeiro necessário para atender a essas demandas e quantos processos foram cumpridos. • Não havia emissão de parecer técnico para a aquisição de MedJus.	Inadequada
M11	• A CoordAFM era a responsável pelo cumprimento das solicitações de MedJus ou processos administrativos. • Os medicamentos eram comprados por pregão, com emissão de parecer técnico. • A dispensação era realizada somente pelo gestor da AF.	• O gestor não soube apontar o montante financeiro necessário para atender a essas demandas; quantos processos foram recebidos; e qual a fonte dos recursos financeiros despendidos para a execução.	Inadequada
M12	• Havia emissão de parecer técnico nos processos de aquisição por pregão.	• O gestor não soube apontar o responsável pelo cumprimento das solicitações de MedJus ou processos administrativos; o montante financeiro necessário para atender a essas demandas; e quantos processos foram recebidos.	Deficiente

Quadro 5. (cont.)

M13	• Não foram identificados aspectos relevantes a ressaltar.	• O Secretário Municipal de Saúde era o responsável pelo cumprimento das solicitações de medicamentos por via judicial ou processos administrativos. • O gestor não soube apontar o montante financeiro necessário para atender a essas demandas; quantos processos foram recebidos; qual a fonte dos recursos financeiros despendidos para a execução; a modalidade de compra adotada; e se havia procedimentos específicos para essa atividade. • Gestor não sabia informar como acontecia a dispensação de MedJus.	Inadequada
M14	• Não foram identificados aspectos relevantes a ressaltar.	• O gestor não soube informar a quem compete o cumprimento das solicitações de medicamentos por via judicial ou processos administrativos no município. • Não soube informar quando começaram as demandas de medicamentos; quantas ocorreram no último ano; o montante financeiro necessário para atender a essas solicitações; de onde provinham esses recursos; a modalidade de compras; se existiam procedimentos específicos para esta atividade; ou como acontecia a dispensação desses medicamentos.	Inadequada
M15	• A CoordAFM era a responsável pelo cumprimento das solicitações de MedJus ou processos administrativos e fazia contato regular com o judiciário, e emissão de parecer técnico.	• O gestor não soube informar quando começaram as demandas de medicamentos; quantas ocorreram no último ano; o montante financeiro necessário para atender a essas solicitações; e a modalidade de aquisição.	Deficiente
M16	• Havia emissão de parecer técnico para a aquisição de MedJus.	• O cumprimento das solicitações de medicamentos por via judicial ou processos administrativos cabia à assessoria de gabinete da Prefeitura. • O montante financeiro empenhado para atender às demandas judiciais e aos processos administrativos foi maior do que os valores dispensados para a compra de medicamentos selecionados e programados.	Inadequada

Fonte: Elaboração própria.

MedJus=Medicamentos Judicializados; CoordAFM=Coordenação da AF Municipal.

A dimensão 'Recursos Humanos' objetivou identificar a equipe responsável pelo cumprimento das demandas judiciais no município, e se havia presença do profissional farmacêutico nesses processos. Em nove (56%) municípios, a gestão dos medicamentos e insumos solicitados por via judicial cabia ao gestor da AF local. Quatro (25%) gestores relataram que cabia a outro setor da Secretaria Municipal de Saúde a gestão das demandas, e três (18,75%) gestores sequer sabiam a qual setor competia a responsabilidade.

Na dimensão 'Recursos Financeiros', os indicadores com os piores desempenhos em todas as respostas foram aqueles que versavam sobre as despesas com compras de MedJus. A maior parte dos gestores (75%) não soube informar os valores despendidos. Dos que souberam informar, quatro (25%) referiram que os valores despendidos eram maiores do que os valores mobilizados para a aquisição dos medicamentos previamente selecionados e programados.

Este estudo identificou que 10 dos 16 gestores (62,5%) não souberam informar o montante de recursos financeiros mobilizado para compras classificadas como 'emergenciais'. Entre esses dez gestores, dois relataram que o município gastava mais em compras emergenciais do que em compras regulares. Todos os gestores apontaram que os recursos financeiros para a aquisição dos medicamentos para o cumprimento de demandas judiciais e administrativas foram mobilizados do Tesouro Municipal ou do Fundo Municipal de Saúde.

Consulta ao Siops investigou a independência financeira segundo a capacidade de

arrecadação dos municípios, o montante das despesas com medicamentos face ao total dos recursos em saúde. Quanto à participação percentual da receita de impostos na receita líquida total dos municípios, todos apresentaram baixa capacidade de arrecadação. As despesas liquidadas na subfunção 'Suporte Profilático e Terapêutico' (onde estariam as despesas com medicamentos) oscilaram de 0% a 2,37% nos municípios, em relação às despesas totais com saúde. Todos os municípios apresentaram um expressivo 'percentual de dependência', em uma variação de 60% a 91%, em relação à contribuição das transferências governamentais como fontes de recursos.

Na dimensão 'Atividades', foram investigados três itens: (a) procedimentos específicos para manejo das demandas de MedJus; (b) processos de aquisição de MedJus; e (c) dispensação de MedJus. No conjunto de municípios verificados, somente seis (37,5%) gestores informaram que realizavam análise técnica das prescrições e contato regular com o judiciário; outros seis (37,5%) não souberam informar; e quatro (25%) relataram que a solicitação seguia direto para o setor de compras.

Quanto à modalidade de aquisição dos medicamentos demandados, sete (43%) gestores não souberam especificar o tipo de licitação ou mesmo se ocorria licitação; três (18,75%) gestores sinalizaram a modalidade de pregão; outros três (18,75%), registros de preços; e o restante (três, configurando 18,75%), compra direta.

Com relação à atividade de dispensação de MedJus, 12 (75%) gestores relataram seguir as normas Boas Práticas de Dispensação (BPD), 3 (18,75%) não souberam informar se seguiam BPD, e 1 (6,25%) gestor informou que apenas fazia controle de itens dispensados.

O somatório da pontuação alcançada para a efetividade da gestão da AF frente aos MedJus, no conjunto de municípios, classificou nove (56,25%) deles como gestão Inadequada, e cinco (31,25%) como gestão Deficiente. Apenas dois (12,5%) municípios – M3 e M4, respectivamente, de médio e grande porte – apresentaram gestão Regular. Entre os municípios classificados como de gestão Inadequada, dois (M7 e M13) pontuaram negativamente em todos os indicadores, revelando incapacidade no enfrentamento da gestão de MedJus. Nenhum município alcançou pontuação suficiente para o perfil de gestão Satisfatória.

Discussões

A matriz utilizada para a análise dos 16 municípios permitiu descrever os processos relacionados aos MedJus que envolviam a AF Municipal, seus atores, suas limitações, seus desafios e suas possíveis potencialidades. O resultado da organização da AF quanto à gestão de medicamentos demandados judicialmente, no conjunto de municípios, revelou-se preocupante.

Santos-Pinto e Osorio-de-Castro[28] propuseram que não seriam as demandas que trariam ineficiência à gestão da AF, mas a gestão ineficiente, pré-existente, oportunizaria a ocorrência de demandas no município, ainda que não fosse o único determinante. Os resultados deste estudo parecem corroborar o problema apontado pelas autoras. Os gestores tinham pouco conhecimento sobre as demandas, fosse relacionado a recursos ou à gestão dos medicamentos envolvidos.

Quanto aos valores relacionados às despesas com medicamentos, no relatório resumido de execução orçamentária do Siops, o valor total relatado foi tão baixo que seria possível imaginar erro de preenchimento, apontando também para deficiências na gestão da AF ou de outras instâncias municipais. Os baixos montantes declarados foram discrepantes, considerando que os medicamentos foram expressivo percentual (22%) de despesas em saúde[36].

Os gestores investigados, em sua maioria, não souberam apontar os valores despendidos para suportar as demandas. Extensa pesquisa nacional empreendida pelo Conselho Nacional de Justiça mostrou que os municípios são importantes 'passivos' das ações judiciais, em vários estados brasileiros, tanto em primeira

como em segunda instância[20]. É possível supor que os orçamentos municipais pudessem estar sobrecarregados com essa despesa, causando dificuldades às demais ações e serviços de saúde municipal[37]. A constatação de que os valores aportados foram mobilizados do Tesouro Municipal apontou que perdas financeiras nos serviços assistenciais poderiam não ser as únicas consequências – outros aspectos componentes da saúde (em sentido amplo) poderiam ser igualmente afetados, como educação e moradia.

Muitos estudos têm sinalizado o aumento exponencial de gastos públicos com o atendimento dos MedJus, alertando para a escassez de recursos financeiros, sendo, portanto, inaceitável o desconhecimento dos valores mobilizados do Tesouro Municipal para o cumprimento das ações judiciais (como de eventuais compras emergenciais de medicamentos), ainda mais sem a apreciação de um parecer técnico, tanto da solicitação quanto da aquisição. Wang et al.[38-40] identificaram que o gasto com aquisição de MedJus, em 2011, no município brasileiro mais rico, foi equivalente a 10% do total gasto com fornecimento de medicamentos e material hospitalar, ambulatorial e odontológico. Em 2016, Mello et al. identificaram, para MedJus, um custo *per capita* 200 vezes maior do que o valor *per capita* despendido para o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF).

Este estudo identificou que todos os municípios investigados possuíam baixa arrecadação de receitas e alto grau de dependência das transferências governamentais. O retrato aponta para as vicissitudes dos municípios como unidades federativas independentes, uma vez que são basicamente sustentados por repasses e não assumem a responsabilidade de prestar contas de forma transparente. A judicialização, fenômeno onipresente no País, propicia esta análise[41], mormente porque a literatura aponta que os medicamentos demandados, em maioria, são aqueles que deveriam estar disponíveis no SUS, portanto, inferem de forma direta em problemas na organização da gestão da AF[37,42-45].

A pouca ou quase nula comunicação entre os agentes do serviço municipal e o judiciário também se configura como uma chave importante na falha execução dos serviços mediados pela gestão da AF. Esta situação se intensifica pela inexpressiva quantidade de pareceres técnicos, reforçando a inabilidade no manejo de tal atribuição, e contrapõe experiências exitosas, pontuais no País[46,47].

No que concerne à avaliação e ao monitoramento das demandas, Pepe et al.[48] propuseram uma lista de indicadores (disponível em meio eletrônico e público) que expressam as características do fenômeno em diferentes dimensões, aplicáveis em qualquer esfera pública, e que permitem um olhar de forma a indicar caminhos estratégicos para o melhor enfretamento destes crescentes e constantes desafios. Essa ferramenta poderia, e deveria, ser aplicada por todos os gestores municipais. O comprometimento da gestão, da AF e do Poder Executivo municipal deve redundar em monitoramento, acompanhamento e elaboração de estratégias que possam minimizar os impactos financeiro, social e terapêutico das demandas, sendo indispensável para a adoção de novas formas de conduta da gestão pública[49-52].

Ao analisar os critérios considerados pelos gestores que relataram seguir as BPD, verificaram-se os argumentos 'controle de paciente para três meses' e 'recibo de entrega', sem considerar os aspectos clínicos, farmacoterapêuticos, posológicos ou o período de tratamento como critérios dessas BPD. É certo que o farmacêutico pode treinar e supervisionar o técnico ou o auxiliar nesta atividade, mas a acurácia técnica na identificação de possíveis problemas relacionados aos medicamentos é competência do farmacêutico[53]. Ademais, os medicamentos geralmente requeridos podem ter sua duração em tratamento modificada a qualquer momento, quando se consideram os não selecionados ou, ainda, os não registrados no País[54-56].

Uma gestão com falhas e deficiências desfavorece a provisão pública de medicamentos e a garantia de serviços farmacêuticos com qualidade, comprometendo a situação de saúde

dos usuários. Para Jaramillo e Cordeiro[29,57], um novo modelo de AF deve ser pautado na satisfação das necessidades de saúde da população, considerando que as atividades, especialmente as logísticas, sejam executadas de forma eficiente e sem oferecer grandes entraves para a gestão.

Não obstante, os resultados encontrados mostram um cenário adverso e contrário a esse postulado. A constatação de falhas primitivas no gerenciamento dos MedJus é preocupante, pois, inevitavelmente, as demandas se intensificam e, em se perpetuando a forma de condução, o sistema não suporta as necessidades da população[58-60].

Ainda que o entendimento do setor judiciário seja no sentido de fornecimento indistinto de medicamentos inseridos ou não nas listas oficiais, e obedecendo ou não aos arranjos federativos, a gestão da AF deve ocupar-se de cumprir as atividades do seu escopo, objetivando sempre a racionalização de recursos públicos, que são finitos; a segurança do paciente na utilização de diferentes terapêuticas medicamentosas, por vezes concomitantes; a garantia da manutenção dos estoques de forma adequada; e, especialmente, a aproximação com o judiciário local[61-63].

O estudo foi limitado pelo escopo e pelo tempo. Foi possível coletar dados em apenas 16 municípios da região Sudeste brasileira; procurou-se superar a limitação de número pelo cuidado em caracterizar o perfil desses municípios. Por outro lado, uma limitação importante deu-se pelas falhas de informação, tanto aquelas oriundas do Siops como das respostas relacionadas à gestão de demandas (38% das respostas). No entanto, a falta de informação, explicitada pelo 'não sabe informar', desde que ligada à falha de informação (em branco), foi, de fato, uma resposta muito interessante para corroborar a percepção dos problemas de gestão. Os cinco anos entre a coleta e a análise impeliram uma revisita ao Siops, através da qual se observou que o perfil de falha de informação persistiu, para esses municípios. Esta realidade remete a dúvidas: (a) quanto à responsabilidade dos municípios, de apresentar dados fidedignos; (b) quanto à responsabilidade de esferas superiores de gestão, no monitoramento dos indicadores para repasses financeiros.

Para além do escopo financeiro, as incongruências identificadas pelo presente estudo, nas atividades consideradas centrais da AF, revelam a incapacidade da gestão local de assegurar os princípios norteadores definidos pela Política Nacional de Medicamentos (PNM) e pela Política Nacional da Assistência Farmacêutica (PNAF), para a AF Municipal[64,65].

Conclusões

Embora a gestão da AF tenha sido identificada como responsável pelo atendimento à provisão dos MedJus na maioria dos municípios investigados, o perfil encontrado remete a inadequações neste manejo. Aspectos negativos, como o desconhecimento dos valores mobilizados para a aquisição, além da definição da modalidade de compra, da ausência de emissão de parecer técnico, do contato irregular com o judiciário e de contradições sobre as considerações de boas práticas de dispensação indicam a necessidade de um amplo questionamento a respeito do papel que os farmacêuticos da gestão municipal vêm exercendo e das possibilidades de mudança de tal quadro.

Os problemas da gestão municipal da AF vêm sendo apresentados e discutidos há anos, mas é fato que sua resolução não vem sendo suficientemente buscada. O cenário persistente deve ser problematizado frente aos quase 20 anos de vigência da PNM e da Portaria nº 176/1999 – que descentralizou a AF para os municípios –, e aos 14 anos da PNAF – que balizou as práticas de serviço pautadas na qualidade. Falta um olhar mais cuidadoso sobre a responsabilidade da gestão municipal e sobre a efetividade de serviços.

A prática da gestão municipal como um todo, que influencia a gestão da AF, precisa ser revista. Os resultados remetem para a

necessidade de um amplo questionamento a respeito do papel que a gestão municipal vem exercendo no Brasil, e das possibilidades de mudança do quadro como possíveis chaves para a melhoria dos serviços e da gestão.

Colaboradores

Ferreira TJN (0000-0002-9857-9852)* e Osorio-de-Castro CGS (0000-0003-4875-7216)*: contribuições substanciais para concepção e delineamento do estudo; elaboração da versão preliminar do artigo; aprovação da versão final a ser publicada; concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho. Magarinos-Torres R (0000-0003-4559-3770)* e Santos-Pinto CDB (0000-0002-5478-4977)*: apoio à redação e à revisão técnica. ■

Referências

1. Messeder AM, Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública [internet]. 2005 [acesso em 2016 mar 20]; 21(2):525-534. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2005000200019&lng=pt&nrm=iso&tlng=en.

2. David GC, Andrelino A, Beghin N. Direito a Medicamentos: avaliação das despesas com medicamentos no âmbito federal do Sistema Único de Saúde entre 2008 e 2015. [internet] Brasília, DF: Instituto de Estudos Socioeconômicos; 2016 [acesso em 2016 ago 14]. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/17/Livro-Direito-a-medicamentos-Avalia----o-das-despesas-INESC--2016.pdf.

3. Deprá AS, Ribeiro CDM, Maksud I. Estratégias de instituições da sociedade civil no acesso a medicamentos para câncer de mama no SUS. Cad. Saúde Pública [internet]. 2015 [acesso em 2016 mar 20]; 31(7):1517-1527. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015000701517&script=sci_abstract&tlng=pt.

4. Dias ER, Silva GBJ. Evidence-Based Medicine in judicial decisions concerning right to healthcare. Einstein (São Paulo) [internet]. 2016 [acesso em 2016 jul 27]; 14(1):1-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082016000100002&script=sci_abstract&tlng=pt.

5. Ferro AM, Santana LSS, Alves CA, et al. Uma abordagem econômica de processos judiciais de medicamentos impetrados contra um município do sul do Brasil. J. bras. econ. saúde (Impr.). [internet]. 2016 [acesso em 2016 jul 27]; 8(1):39-46. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/2175-2095/2016/v8n1/a5479.pdf.

6. Figueiredo TA, Osorio-de-Castro CGS, Pepe VLE. Evidence-based process for decision-making in the analysis of legal demands for medicines in Brazil.

Cad. Saúde Pública [internet]. 2013 [acesso em 2016 jul 10]; 29(supl):159-166. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102--311X2013001300014.

7. Gomes VS, Amador TA. Studies published in indexed journals on lawsuits for medicines in Brazil: a systematic review. Cad. Saúde Pública [internet]. 2015 [acesso em 2016 jun 20]; 31(3):451-462. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000300451&lng=en&tlng=en.

8. Pandolfo M, Delduque MC, Amaral RG. Aspectos jurídicos e sanitários condicionantes para o uso da via judicial no acesso aos medicamentos no Brasil. Rev. cienc. salud (Bogotá). [internet]. 2012 [acesso em 2016 jan 28]; 14(2):340-349. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/rsap/2012.v14n2/340-349/.

9. Pereira JG, Osorio-de-Castro CGS, Ventura M, et al. Assistência Farmacêutica e Demandas Judiciais de Medicamentos: desafios teóricos-metodológicos. In: Baptista TWF, Azevedo CS, Machado CV, organizadores. Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015. p. 349-76.

10. Santos-Pinto CDB. Demandas judiciais por medicamentos e estratégias de gestão da assistência farmacêutica em municípios do Estado de Mato Grosso do Sul [tese]. [internet] Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2013. [acesso em 2015 out 20]. Disponível em: http://teses.icict.fiocruz.br/cgi-bin/wxis1660.exe/lildbi/iah.

11. Stamford A, Cavalcanti M. Decisões judiciais sobre acesso aos medicamentos em Pernambuco. Rev. saúde pública [internet]. 2012 [acesso em 2016 jan 28]; 46(5):791-799. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000500005.

12. Vieira FS, Zucchi P. Demandas judiciais e assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde. AMB rev. Assoc. Med. Bras. [internet]. 2009 [acesso em 2016 fev 10]; 55(6):672-683. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000600011.

13. Asensi F. Responsabilidade solidária dos entes da federação e "efeitos colaterais" no direito à saúde. Rev. direito sanit. [internet]. 2015 [acesso em 2016 fev 20]; 16(3):145-156. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/111658.

14. Brasil. Superior Tribunal Federal. Repercussão Geral no Recurso Extraordinário 977.190 Minas Gerais. [internet]. [Brasília, DF]: STF; 2016 [acesso em 2016 dez 10]. Disponível em: http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=12071365.

15. Dresch RL. Federalismo solidário: a responsabilidade dos entes federativos na área da saúde. In: Santos L, Terrazas F, organizadoras. Judicialização da saúde no Brasil. Campinas: Saberes; 2014. p. 25-57.

16. Silva E, Almeida KC, Pessoa GSC. Análise do gasto com judicialização de medicamentos no Distrito Federal, Brasil. Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit. [internet]. 2017 [acesso em 2017 ago 15]; 6(1):112-126. Disponível em: https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/358.

17. Silva RL, Santos JJ, Santa-Rita LP, et al. Judicialização e Políticas Públicas: O Impacto do fornecimento de Medicamentos por determinação judicial no orçamento da Política de Saúde do Estado de Alagoas (2010-2017). Rev. Adm. Roraima [internet]. 2018 [acesso em 2019 maio 15]; 8(2):326. Disponível em: https://revista.ufrr.br/adminrr/article/view/4978.

18. Brasil. Supremo Tribunal Federal. Medida Cautelar na Suspensão de Tutela Provisória: 127 MC SP [internet]. [Brasília, DF]: STF; 2019 [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: http://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15340214438&ext=.pdf.

19. Brasil. Conselho Nacional de Justiça, Instituto de Ensino e Pesquisa. Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas para solução. Relatório Analítico Propositivo Justiça Pesquisa. [internet]. [Brasília, DF]: CNJ; 2019 [acesso em 2019 maio 26]. Disponível em: https://static.po-

n Researcher
utor ID).

der360.com.br/2019/03/relatorio-judicializacao-saude-Insper-CNJ.pdf.

20. Nogueira KP, Camargo EB. Judicialização da saúde: gastos Federais para o Sistema Único de Saúde (SUS) entre 2011-2014. Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit. [internet]. 2017 [acesso em 2019 maio 18]; 6(2):120-132. Disponível em: https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/387.

21. Nunes CFO, Ramos Júnior AN. Judicialização do direito à saúde na região Nordeste, Brasil: dimensões e desafios. Cad. Saúde Colet., (Rio J.) [internet]. 2016 [acesso em 2017 fev 12]; 24(2):192-199. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-192.pdf.

22. Catanheide ID, Lisboa ES, Souza LEPF. Características da judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática. Physis (Rio J.) [internet]. 2016 [acesso em 2017 fev 12]; 26(4):1335-1356. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000401335&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

23. Vieira FS. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. Rev. saúde pública [internet]. 2008 [acesso em 2016 fev 20]; 42(2):365-369. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n2/6847.pdf.

24. Guerra Júnior AA, Acúrcio FA, Gomes CAP, et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. Rev. panam. salud pública [internet]. 2004 [acesso em 2016 fev 12]; 15(3):168-175. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/rpsp/2004.v15n3/168-175/.

25. Miranda ES. Assistência Farmacêutica em Desastres. In: Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL, Castilho SR, et al, organizadores. Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 381-90.

26. Osorio-de-Castro CGS. Resumo Executivo. Pesquisa Mude – Gestão da Assistência Farmacêutica Municipal em situações excepcionais: demandas judiciais e desastres. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fiocruz [2014].

27. Santos-Pinto CDB, Osorio-de-Castro CGS. Gestão da Assistência Farmacêutica e demandas judiciais em pequenos municípios brasileiros: um estudo em Mato Grosso do Sul. Saúde debate. 2015; 39(esp):171-183.

28. Souza JM, Vinholes ER, Trauthman SC, et al. Avaliação dos indicadores de prescrição e da demanda atendida de medicamentos no Sistema Único de Saúde de um município do Sul do Estado de Santa Catarina. Rev. ciênc. farm. básica apl. [internet]. 2012 [acesso em 2016 fev 20]; 33(1):107-113. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/fa81/cd7b66ad324d06458feeb63688a68af54848.pdf.

29. Barreto JL, Guimarães CLM. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2010 [acesso em 2016 fev 17]; 26(6):1207-1220. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/14.pdf.

30. Bittencourt RA. Avaliação da assistência farmacêutica no município de Uruguaiana – RS [dissertação]. [internet]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2014. 128 p. [acesso em 2016 fev 17]. Disponível em: http://www.epidemio-ufpel.org.br/uploads/teses/Dissert%20Raqueli%20A%20Bittencourt.pdf.

31. Castro AV, Jesus EMS, Barros IMC, et al. Avaliação do processo de reestruturação da assistência farmacêutica no município de Aracaju-SE. Rev. ciênc. farm. básica apl. [internet]. 2014. [acesso em 2016 jan 31]; 35(3):379-383. Disponível em: http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/3100/1599.

32. Emmerick ICM. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: um pensar sobre a abordagem de pesquisa proposta pela OMS e seus indicadores [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2006. 105 p.

33. Marin N, Osorio-de-Castro CGS, Santos SM, organizadores. Assistência farmacêutica para gerentes mu-

nicipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.

34. Silva MJS, Magarinos-Torres R, Oliveira MA, et al. Avaliação dos serviços de farmácia dos hospitais estaduais do Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2013 [acesso em 2016 fev 22]; 18(12):3605-3620. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n12/a17v18n12.pdf.

35. Vieira FS. Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único de Saúde no período de 2010 a 2016. Rio de Janeiro: IPEA; 2018 [acesso em 2018 jun 2]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/180117_td_2356.pdf.

36. Faleiros DR, Acurcio FA, Álvares J, et al. Financing of Pharmaceutical Services in the municipal management of the Brazilian Unified Health System. Rev. saúde pública (Online). [internet]. 2017 [acesso em 2019 maio 25]; 51(suppl2):1-10. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034-89102017000300302&script=sci_arttext&tlng=es.

37. Mello AF, Santana LSS, Areda CA, et al. Uma abordagem econômica de processos judiciais de medicamentos impetrados contra um município do sul do Brasil. J. bras. econ. saúde (Impr.). 2016; 8(1):39-46.

38. Wang DWL, Vasconcelos NP, Oliveira VE, et al. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. Rev. adm. pública [internet]. 2014 [acesso em 2016 fev 12]; 48(5):1191-1206. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rap/v48n5/06.pdf.

39. Baratela DF, Sousa MS. O custo do fornecimento de medicamentos no Brasil. [internet] Âmbito Jurídico; 2014 [acesso em 2016 mar 22]. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=14793.

40. Diniz D, Machado TRC, Penalva J. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2014 [acesso em 2016 mar 22]; 19(2):591-598. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00591.pdf.

41. Boing A, Bloemer NS, Roeler C, et al. A Judicialização do acesso aos medicamentos em Santa Catarina: um desafio para a gestão do sistema de saúde. Rev. direito sanit. [internet]. 2013 [acesso em 2016 mar 13]; 14(1):82-97. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56625.

42. Cabral I, Rezende LF. Análise das ações judiciais individuais para fornecimento de medicamentos em São João da Boa Vista. Rev. direito sanit. [internet]. 2015 [acesso em 2016 mar 13]; 16(1):59-77. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/100017.

43. Chagas VO, Provin MP, Amaral RG. Demandas Judiciais para acesso às ações e aos serviços de saúde: uma revisão integrativa. Varia Sci. [internet]. 2016 [acesso em 2016 jul 13]; 2(1):67-79. Disponível em: http://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/13433.

44. Foly SLF, Matta LG, Shimoda E. Judicialização do acesso a medicamentos no Município de Itaperuna-RJ: perfil das demandas. Saúde transform. soc. [internet]. 2016 [acesso em 2016 nov 12]; 7(2):51-68. Disponível em: http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/4043.

45. Asensi F, Pinheiro R. Judicialização da saúde e diálogo institucional: a experiência de Lages (SC). Rev. direito sanit. [internet]. 2016 [acesso em 2016 nov 12]; 17(2):48-65. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/122306.

46. Ferreira SL, Costa AM. Núcleos de assessoria técnica e judicializaçao da saúde: constitucionais ou inconstitucionais? Rev. SJRJ [internet]. 2013; 36:219-240. Disponível em: https://www.jfrj.jus.br/revista-sjrj/artigo/nucleos-de-assessoria-tecnica-e-judicializacao-da-saude-constitucionais-ou.

47. Pepe VLE, Osorio-de-Castro CGS, Ventura M. Manual de indicadores de avaliação e monitoramento das demandas judiciais de medicamentos [internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011 [acesso em 2016 mar 15]. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_975659982.pdf.

48. Barreira SCF. Direito à saúde e judicialização de medicamentos: a experiência de Niterói [dissertação] [internet]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2012. 145 p. [acesso em 2016 mar 20]. Disponível em: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-653038.

49. Machado MAA, Acurcio FA, Brandão CMR, et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. Rev. Saúde Pública [internet]. 2011 [acesso em 2016 abr 10]; 45(3):590-598. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300018.

50. Marçal KKS. A Judicialização da Assistência Farmacêutica: o caso Pernambuco em 2009 e 2010 [dissertação] [internet]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2012. 130 p. [acesso em 2016 mar 20]. Disponível em: http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-691864.

51. Teixeira MF. Criando alternativas ao processo de judicialização da saúde: o sistema de pedido administrativo, uma iniciativa pioneira do estado e município do Rio de Janeiro [dissertação] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2011. 75 p.

52. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 44, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Diário Oficial da União. 18 Ago 2009.

53. Canut L. Operacionalização do Sistema Único de Saúde e de sua assistência farmacêutica diante da judicialização: um estudo de caso no município de São José/SC. Rev. direito sanit. [internet]. 2017 [acesso em 2018 mar 26]; 18(2):62-91. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/142012.

54. Pepe VLE, Figueiredo TA, Simas L, et al. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2010 [acesso em 2016 mar 20]; 15(5):2405-2414. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500015&script=sci_abstract&tlng=pt.

55. Souza KAO, Souza LEPF, Lisboa ES. Ações judiciais e incorporação de medicamentos ao SUS: a atuação da Conitec. Saúde debate. 2018 [acesso em 2019 maio 20]; 42(119):837-848. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n119/0103-1104-sdeb-42-119-0837.pdf.

56. Jaramillo NM, Cordeiro BC. Assistência Farmacêutica. In: Osorio-de-Castro CGS, Luiza VL, Castilho SR, et al., organizadores. Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 27-50.

57. Barroso LR. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para atuação do judiciário [internet]. Rio de Janeiro: Ministério Público Federal; 2013 [acesso em 2016 mar 20]. Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude/Saude_-_judicializacao_-_Luis_Roberto_Barroso.pdf.

58. Stevanim MAP. Judicialização da saúde: acesso à assistência farmacêutica no município de Campos dos Goytacazes [dissertação] [internet]. Campos dos Goytacazes: Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro; 2015. 157 p. [acesso em 2016 nov 22]. Disponível em: http://uenf.br/posgraduacao/politicas-sociais/wp-content/uploads/sites/11/2015/10/MARLEY-APARECIDA-DE-PAULA-STEVANIM.pdf.

59. Munck AKR, Lupatino EO, Pereira RMC, et al. Demandas judiciais de medicamentos em um município polo de Minas Gerais. Rev. Bras. Cienc. Saúde [internet]. 2016 [acesso em 2016 nov 20]; 14(50):5-12. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3840.

60. Costa TDS. A judicialização da saúde: as decisões do Supremo Tribunal Federal frente ao princípio da separação dos poderes. Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit. [internet]. 2017 [acesso em 2019 maio 20]; 6(1):139-152. Disponível em: https://www.cadernos.prodisa.

fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/295.

61. Júnior RM. Judicialização da saúde e políticas públicas: assistência farmacêutica, integralidade e regime jurídico-constitucional do SUS [tese] [internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015. 390 p. [acesso em 2016 jun 10]. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5151/tde-23022016-162923/pt-br.php.

62. Souza IS, Muraro CC. As medidas judiciais utilizadas para recebimento de medicamentos e tratamentos de alto custo. Rev. Âmbito Jurídico [internet]. 2011 [acesso em 2016 nov 20]; 95(XIV). Disponível em: http://ambito-juridico.com.br/site/?artigo_id=10810&n_link=revista_artigos_leitura.

63. Bermudez JAZ, Esher A, Osorio-de-Castro CGS, et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2018 [acesso em 2018 jul 23]; 23(6):1937-1949. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1937.pdf.

64. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação: relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. 125 p. [acesso em 2019 ago 19]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_farmaceutica_sus_relatorio_recomendacoes.pdf.

Recebido em 03/12/2018
Aprovado em 07/06/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico Tecnológico (CNPq) (Bolsa Número 306589/2010-9)

Estudo de caso sobre o apoio institucional na gestão federal da Atenção Básica no Brasil

Case study on institutional support in the federal management of Primary Health Care in Brazil

Francini Lube Guizardi[1], Leonardo Passeri[1], Ana Silvia Pavani Lemos[1], Felipe Rangel de Souza Machado[2]

DOI: 10.1590/0103-1104201912203

RESUMO O artigo analisou as potencialidades e os limites da função apoio institucional como estratégia para democratizar a gestão federal de políticas de saúde, a partir do campo de ação da Política Nacional de Atenção Básica, no período compreendido entre 2011 e 2015. A pesquisa adotou como perspectiva metodológica a epistemologia qualitativa, com o emprego de entrevistas em profundidade, grupos focais e observação participante. Os resultados foram depurados por meio de dois ciclos interpretativos: no primeiro, mapearam-se atribuições, modos de inserção, estratégias de intervenção e organização do processo de trabalho; no segundo, exploraram-se os padrões institucionais presentes na experiência. O referencial teórico do estudo foi baseado na abordagem ergológica e no conceito de instituição, conforme tradição do institucionalismo francês. Observou-se que a estratégia de apoio institucional engendrou e fortaleceu redes sociotécnicas, produzindo maior acesso a recursos e compartilhamento do processo decisório da política pública, com potenciais relevantes de intervir em sua democratização. Contudo, a necessidade de implementação de programas prioritários requisita ser mais bem equacionado no desenho dessa estratégia de gestão.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Gestão em saúde. Organização e administração. Democracia.

ABSTRACT *The article analyzes the potentialities and the limits of the institutional support function as a strategy to democratize the management of health policies. This aim was investigated in the National Policy of Primary Health Care, in the period between 2011 and 2015. Qualitative epistemology was adopted as methodological perspective, with the use of in-depth interviews, focus groups, and participant observation. The results were assessed through two interpretative cycles. In the first one, of a descriptive nature, we seek to map out assignments, modes of insertion, intervention strategies, and organization of the institutional support work process. In the second cycle, of an analytical nature, the institutional patterns present in this experiment were explored. The theoretical framework of the study was based on the ergological approach and the concept of institution, according to the tradition of French institutionalism. We observed that the institutional support strategy generated and strengthened socio-technical networks articulated in function of the National Policy of Primary Health Care. However, the necessity of implementation of priority programs demands it to be better considered in the design of this management strategy.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Health management. Organization and administration. Democracy.*

[1] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Brasília (DF), Brasil.
francini.guizardi@fiocruz.br

[2] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

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

Introdução

A função Apoio Institucional (AI) consiste em uma tecnologia de intervenção na organização do trabalho, que visa ampliar a democracia institucional na produção de saúde[1-4]. A partir do ano de 2011, a função AI foi incorporada na gestão federal brasileira de modo amplo como uma estratégia relevante para implementação de políticas de saúde prioritárias, direcionadas à qualificação de redes de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS)[1,5,6]. Essa inserção tem como contexto político-institucional o enfrentamento de alguns problemas históricos desse sistema, em particular, sua elevada fragmentação e as dificuldades de comunicação e ação coordenada entre entes federados[7,8]. O recurso à função AI é, dessa forma, justificado como uma alternativa aos modos hegemônicos de gestão pública em saúde, que se revelaram ineficientes na resolução de um conjunto de questões centrais à consolidação do SUS[2].

A inserção do AI na qualificação de redes de atenção apresentou características diferentes daquelas observadas no início da utilização dessa metodologia[3,9]. A implementação de estratégias e dispositivos do método ocorreu, inicialmente, na década de 2000, na cidade de Campinas/SP, sendo, em seguida, adotada em outras cidades, como "Belo Horizonte/MG, Sobral/CE, Diadema/SP, Amparo/SP, São Bernardo/SP, Recife/PE, Aracaju/SE, Vitória/ES"[1(896)].

Já em 2003, o AI foi incorporado pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS), em um movimento que adquiriu dois enfoques: o fortalecimento da gestão descentralizada e cooperativa do SUS e a mudança dos modelos de gestão e atenção em serviços e sistemas de saúde[4]. Como salientam Pereira Junior e Campos[7], havia então um contexto propício à temática da democratização, o que auxiliou a expansão da metodologia também em experiências estaduais, como no caso do Rio de Janeiro e da Bahia[4,10-12]. Ainda assim, esse movimento inicial de implementação permaneceu localizado, quando situado no conjunto da política nacional de saúde.

A partir de 2011, observa-se um cenário distinto. Nesse segundo momento, o AI foi mobilizado amplamente na articulação interna do MS, visando tanto interferir na cultura organizacional da instituição, marcada pela fragmentação e desarticulação entre setores, quanto qualificar as relações federativas estabelecidas com demais instâncias gestoras do SUS, historicamente verticalizadas, e baseadas em uma lógica prescritivo-normativa, de caráter programático, que tinham na indução financeira a principal forma de coordenação nacional da política de saúde[1,6,13]. Um contexto que revela o acúmulo crítico propiciado pelo Pacto pela Saúde, não obstante suas dificuldades de operacionalização[14]. Ambos os propósitos não diferem em substância daqueles que marcaram o contexto inicial de inserção do AI na gestão federal, a diferença reside, outrossim, na extensão do recurso a essa metodologia e no investimento político empregado em sua consecução. Assim, se o AI, desde o início de sua configuração, esteve associado a experiências municipais fortemente ancoradas na Atenção Básica (AB), apenas a partir de 2011 pode-se observar sua presença na condução federal da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Na primeira revisão da política, publicada em 2012, o AI surge claramente como um mecanismo e uma atribuição das diferentes instâncias de governo que compartilham a responsabilidade sanitária pela condução do SUS.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que objetiva fortalecer a cultura de avaliação e incentivar o aperfeiçoamento dos serviços ofertados, incorporou o AI como uma das dimensões de gestão a ser aferida, tanto na autoavaliação realizada pelas equipes, como no procedimento de avaliação externa[15,16]. Essa inserção representou um importante veículo de disseminação e indução da metodologia em âmbito nacional, em razão da abrangência e da relevância adquirida pelo programa.

Destarte, o artigo apresenta parte dos resultados de uma pesquisa que teve como objetivo descrever e analisar o processo político de

inserção do AI na AB desenvolvido no âmbito na Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica/Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CGGAB/DAB/SAS/MS). Nela, busca-se identificar as potencialidades e os limites da função AI como estratégia para democratizar a gestão de políticas de saúde, a partir do campo de ação da PNAB, no período compreendido entre 2011 e 2015. Neste texto, aborda-se, especificamente, a implementação do AI na agenda do DAB/MS, com foco na identificação de aspectos centrais da organização do processo de trabalho dos apoiadores, no mapeamento das atribuições, modos de inserção e estratégias de intervenção utilizadas.

Métodos

O desenho do estudo inscreve-se no campo da epistemologia qualitativa, assumindo como princípios o caráter construtivo, interpretativo e processual da produção de conhecimento científico; a legitimidade do singular nesta produção e a centralidade dos processos de diálogo e comunicação na tarefa de compreensão pertinente às ciências humanas e sociais[17]. A pesquisa realizada adotou como perspectiva metodológica, em consonância com esse referencial, a produção de sentidos dos sujeitos, a partir da qual se busca apreender o processo de inserção política do AI na PNAB. Nessa tarefa, a configuração adequada do cenário de pesquisa constituiu uma questão central, cujo processo descreve-se a seguir. Respeitando as normativas vigentes a pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil, sob inscrição CAAE: 34349314.4.0000.5650, parecer de aprovação nº 1.205.893.

Em setembro de 2015, iniciou-se o contato com a CGGAB/DAB/MS, lócus do estudo. O trabalho de AI configurava-se então com duas atribuições distintas: Apoiadores Centralizados (AIC) e Apoiadores Descentralizados (AID). Os primeiros residiam em Brasília e atuavam prioritariamente no MS, dividindo-se entre a condução de frentes temáticas e pautas específicas relativas à PNAB, acrescidas de ações de caráter pontual nos territórios que apoiavam, com periodicidade irregular. Por sua vez, os AID residiam e trabalhavam principalmente *in loco*, ocupando-se da articulação, intervenção e acompanhamento nos territórios.

Em novembro, iniciou-se o trabalho de campo. Foram feitas nove reuniões com a equipe da coordenação entre novembro de 2015 e julho de 2016, que geraram dados de observação participante e registros em áudio. Nesse período, realizaram-se dois Grupos Focais (GF) com os AIC da CGGAB. Além das atividades em reuniões de colegiado, a observação participante incluiu o VI e VII Fóruns Nacionais de Gestão da Atenção Básica, ocorridos em outubro de 2015 e outubro de 2016, em Brasília (DF). Neste último evento, realizou-se um GF com a participação de seis profissionais que atuaram como AID, compondo uma amostra por conveniência, em razão da presença no seminário.

Optou-se também pela realização de entrevistas em profundidade com informantes-chave, a fim de aprofundar aspectos já mapeados e explorar melhor a singularidade das experiências individuais. A atividade ocorreu entre maio e junho de 2017, com a realização de 23 entrevistas com dirigentes do DAB/MS (2), AIC (17) e AID (4). Nos trechos de falta, essas referências aparecem indicando a categoria, se Dirigente (D) Apoiador Institucional Centralizado (AIC) ou Apoiador Institucional Descentralizado (AID) e número sequencial, conforme inserção da entrevista no banco de dados. As entrevistas buscaram investigar a trajetória de formação e atuação profissional dos apoiadores, a organização do AI na CGGAB e os principais aspectos de suas experiências com os diferentes estados, para os quais haviam sido designados, em distintos momentos do período em estudo.

O material produzido no trabalho de campo foi integralmente transcrito e codificado com a utilização do *software* Atlas.ti. Recorreu-se a quatro categorias operacionais prévias: perfil dos apoiadores; trajetória profissional;

formação/qualificação profissional; experiência do AI na CGGAB; apoio integrado do MS. Estas se desdobraram em outras 29 subcategorias.

Quadro 1. Categorias e subcategorias

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
Perfil	Sexo e idade
	Tempo de Trabalho na CGGAB
	Vínculo profissional com o MS
	Região de Origem
Trajetória profissional	Experiências de trajetória ligadas à Graduação
	Trajetória profissional pregressa
	Influências da trajetória no exercício do apoio
	Inserção na CGGAB/DAB
	Motivação para o trabalho como AI
Formação/qualificação profissional	Educação formal
	Competências para o trabalho como AI
	Educação Permanente no trabalho
	Aprendizagem no trabalho
	Gestão do Conhecimento e da informação
Experiência do apoio institucional	Organização do Processo de Trabalho – AC
	Organização do Processo de Trabalho – AD
	Prescrição do Trabalho do AI
	Trabalho Real do AI
	Relação com a CGGAB (AD)
	Relação Interfederativa
	Relação Intraministerial (MS)
	Relação Intrassetorial (DAB)
	Avanços Possibilitados Pelo AI
Apoio integrado	Ações Desenvolvidas
	Histórico
	Relação com o DAB/MS

Fonte: Elaboração própria.

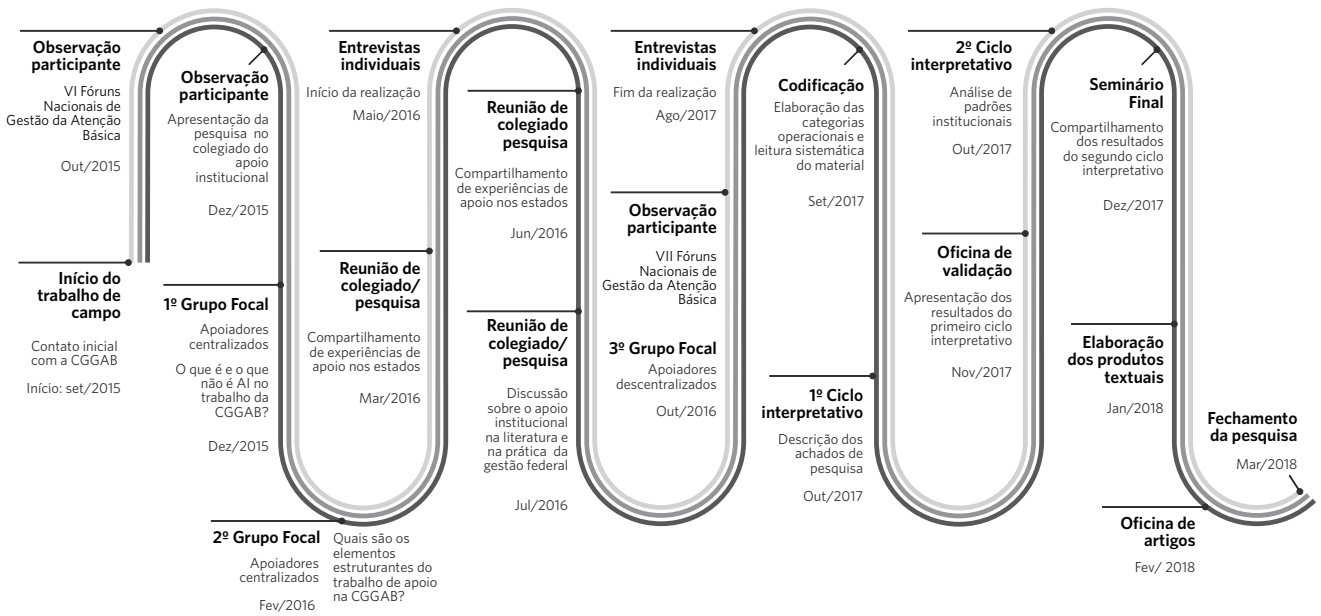
O presente artigo apresenta resultados obtidos por meio da categoria 'experiência do AI na CGGAB', composta pelos seguintes temas: organização do processo de trabalho do AI centralizado e descentralizado; prescrição do trabalho de AI; trabalho real no AI; relação interfederativa; relação intraministerial (MS); relação intrassetorial (DAB); avanços possibilitados pelo AI.

Os resultados de pesquisa foram depurados por meio de dois ciclos interpretativos. No primeiro, de caráter descritivo, buscou-se

mapear atribuições, modos de inserção, estratégias de intervenção, e organização do processo de trabalho do AI na CGGAB/DAB/MS. No segundo ciclo, de caráter analítico, foram explorados os padrões institucionais presentes na experiência. O referencial teórico do estudo foi baseado na abordagem ergológica e no conceito de instituição, entendido de modo amplo como práticas e identidades sociais, em seus diferentes graus de formalização, que possibilitam desvendar a estruturação das situações políticas. Nessa apreensão, as instituições configuram o campo de forças que regula o conflito social, não sendo, portanto, estritamente uma variável de análise, uma vez que respondem pela mediação entre as ações e estratégias dos atores sociais em situações políticas historicamente determinadas[18].

Foram realizadas duas atividades de validação dos resultados e análises com os sujeitos da pesquisa. Na primeira, uma oficina organizada em novembro de 2017, contou-se com a presença de 10 apoiadores da CGGAB. Nela, foram apresentados e discutidos os resultados e produtos parciais da pesquisa, concernentes ao primeiro ciclo. Em dezembro desse mesmo ano, ocorreu o seminário final, com expressiva participação da equipe de apoiadores institucionais da CGGAB/DAB/MS (18 pessoas) e de pesquisadores convidados (3), com foco nos resultados do segundo ciclo de análise.

Figura 1. Percurso metodológico da pesquisa



Fonte: Elaboração própria.

Resultados: descrição da experiência de AI na CGGAB/MS

A inserção do AI no DAB, em 2011, teve como contexto político institucional a heterogeneidade da implementação da PNAB no Brasil, com a identificação de muitos territórios em que o processo se apresentava lento e fragilizado. A principal explicação para esse cenário remetia às dificuldades concretas da política de abarcar realidades e especificidades locorregionais, resultando disso um conjunto diversificado de obstáculos em sua implementação, que evidenciavam os limites da estratégia de indução financeira e normativa, usualmente empregadas na coordenação nacional das políticas de saúde.

As experiências pessoais prévias de AI dos responsáveis por funções dirigentes no DAB foram determinantes na adoção da estratégia, que se inicia juntamente com a nova gestão do governo federal.

> *Eu e várias outras pessoas, né? [...] se aproxima dessa temática do apoio antes de estar no MS. [...] Eu, por exemplo, já fui apoiador institucional de equipe de Atenção Básica [...] essas experiências prévias [...] influenciaram muito o que foi levar, ou defender, ou estruturar apoio institucional no MS, no DAB, num dado momento.* (D 2).

O AI foi articulado como uma ferramenta de gestão, porém, como um recurso/estratégia adicional. Nesse sentido, embora incidisse nas práticas e relações federativas da gestão praticada pelo departamento, com a perspectiva de apoiar os estados e municípios a partir de uma relação de cooperação e não de supervisão, o AI não alcançou a condição de modelo de gestão. Esse aspecto é evidenciado pela dupla função dos trabalhadores da CGGAB, que atuavam tanto como AIC como também eram referência técnica de uma ou mais frentes de ação programática do departamento. Esta segunda atribuição representou uma linha de continuidade no modo histórico de atuação dos técnicos no âmbito do MS, caracterizando-se por seu direcionamento interno, situado na estrutura complexa e verticalizada dessa organização.

> *A PNAB tem uma dimensão gigantesca. Então, tem uma série de questões técnicas e políticas que se tratam internamente que às vezes implicam na agenda do AI propriamente dito, [...] o pessoal que trabalha com as frentes, né? As frentes de trabalho que estão colocadas aqui pra CGGAB, que demandam de mais tempo que o próprio apoio institucional.* (AIC 7).

Encontraram-se três principais objetivos traçados para o AI na gestão federal da AB. O primeiro buscava a aproximação da gestão federal das realidades e especificidades locorregionais, a partir do estabelecimento de contato e diálogo contínuo com estados e municípios, viabilizando a produção de uma cartografia territorial (geográfica, cultural e social) que qualificasse a condução da política e o suporte necessário à adoção dos programas estratégicos.

> *Lembrar um pouco de como era aquilo no território e compreender algumas questões que eles traziam [...] pensar que aquela política que foi desenhada ela tinha que, muito, ser melhorada ainda, aprimorada para ela funcionar da forma que a gente esperava.* (AIC 12).

Esse aspecto remete diretamente ao segundo objetivo identificado, que era facilitar a descentralização e implementação das agendas prioritárias da gestão federal da PNAB.

> *A metodologia, ela era desenvolvida conforme cada política ou cada frente de ação, digamos assim, [...] Cada tema daqui da AB, então você tem PMAQ, você tem e-SUS, você tem... E vamos lá fazer as agendas no local com base nesses temas.* (AIC 17).

O principal recurso adotado foi o estabelecimento de atores de referência para os

interlocutores, que deveriam identificar e prover respostas particularizadas às demandas e necessidades de estados e municípios.

> *Do que eu entendo, do que é alinhamento nosso aqui no grupo, é a questão de ser assim, uma pessoa de referência para as necessidades do território dentro do departamento.* (AIC 15).

Nesse sentido, o AI constituiu uma estratégia central para ampliar a adesão a programas estratégicos, como o PMAQ-AB, o e-SUS AB, o Requalifica Unidade Básica de Saúde (UBS), a UBS fluvial, a academia da saúde, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), o Telessaúde, o Programa Mais Médicos e o Consultório na Rua, entre outros. Visava-se, com esses delineamentos, um terceiro objetivo, de fortalecimento de atores locais na implementação da PNAB, incentivando, inclusive, estados e municípios a adotarem o AI como estratégia de gestão.

Foram identificados três diferentes arranjos organizativos do AI da CGGAB no período em análise. O primeiro, vigente entre 2011 e 2014, caracterizava-se por duplas e trios de apoiadores responsáveis por um determinado conjunto de estados (entre 2 e 4). Em relação a tal arranjo, o principal limite encontrado foi a dificuldade de estabelecer contato contínuo e manutenção de agendas com todos os estados e municípios apoiados, o que gerou a percepção de um apoio 'superficial'.

> *Aí a gente se reorganiza dividindo o grupo que tinha pelos estados, ainda não tinha condição de ficar uma pessoa por estado. Então, nós nos dividíamos com mais de dois. [...] onde nós ficamos com duplas para um bloco de estados.* (AIC 16).

Na segunda configuração, organizada no ano de 2014, cada Apoiador Centralizado (AC) passou a apoiar individualmente um estado, ou, quando necessário, mais de um. *"Depois novamente, aí já mais no ano passado [...] se redivide. E a proposta seria cada um ficar com um estado"* (AIC 16). A distribuição dos AC pelos estados era definida de modo compartilhado, entre equipe e coordenação da CGGAB, considerando interesses dos apoiadores, perfil ou necessidade político-institucional identificada, havendo significativa flexibilidade para alterações, conforme avaliação do processo das intervenções.

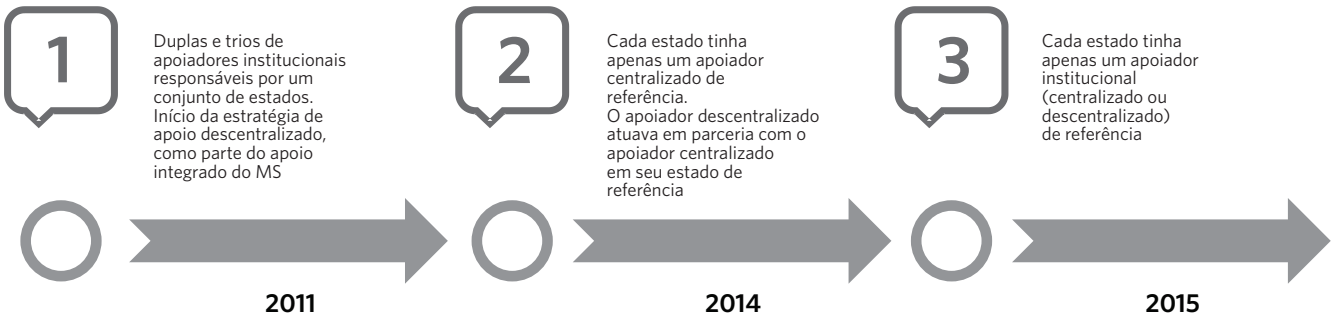
No período entre 2011 e 2013, ocorreu a implementação do Apoio Descentralizado (AID), como parte do movimento mais geral de estruturação do apoio integrado. Com isso, AIC atuava conjuntamente com o AID naqueles estados em que a estratégia estava implantada, o que gerou conflitos.

> *Mas só para complementar um pouquinho desse formato inicial, que era o centralizado com descentralizado, havia muita divergência também [...], gerava um conflito, porque como era uma equipe de apoiadores, só que a gente estava descentralizado [...] quem estava aqui entrava em contato direto lá sem nem falar com o apoiador, isso era muito comum. Porém a gente pautava muito isso, 'cara, eu sou daí da CGGAB, como é que a própria CGGAB entra em contato, faz combinações sem combinar com a gente?'.* (G 3).

Por fim, houve uma terceira composição, estabelecida ainda em 2014, resultante do entendimento de que não havia necessidade de atuação compartilhada em um mesmo território. Os estados que contavam com um AID deixaram de ter como referência um AIC. No decorrer do período estudado, todos os estados do País foram apoiados pelo arranjo do AIC, e sete tiveram AID.

> *Na mudança do apoio, [...] o estado que tem apoiador descentralizado não tem centralizado. [...] Por exemplo, uma pessoa apoiava dois estados, mas nunca tinha duas pessoas com um estado.* (D 1).

Figura 2. Arranjos organizativos do AI na CGGAB



Fonte: Elaboração própria.

O alcance mais restrito do AID decorreu, segundo os entrevistados, de dificuldades operacionais de implantação da estratégia, relacionadas com a identificação e seleção de profissionais com perfil adequado, com a organização do processo de trabalho dos diferentes apoiadores no território, acrescidas de limitações de estrutura e suporte logístico.

> *Era bem difícil preencher com o perfil que ele* [Diretor] *entendia que era importante naquele momento [...] foi uma estratégia que nunca vingou muito bem, ou nunca se resolveu muito bem.* (D 1).

Infere-se, ademais, que esse resultado também tenha relação com a curta vigência do projeto, e com as resistências internas que mobilizou.

> *Na verdade, constante foi a instabilidade, constantemente a gente estava instável.* (G 3).

> *Muito interessante no começo, porque o próprio DAB e o próprio Ministério não estava pronto para ofertar o mínimo de ferramentas, eu lembro da angústia da gente inicialmente para trabalhar com as políticas [...] a gente assim, ia tocar as oficinas, era praticamente mendigar material [...]. Depois surgiu a necessidade do Dropbox, foi tudo se costurando, [...] a gente fez uma rede colaborativa. [...] Tinha reunião de colegiado [...] a questão das ferramentas, acho que foi algo que a gente mais avançou, porque a maioria dos apoiadores* [do apoio integrado]*, quando viu o trabalho do apoio do DAB nosso, falava: 'cara, vocês têm acesso a tudo isso?' A gente começou a ter acesso a sistemas, está entendendo? Como é que a gente vai estar instrumentalizado para apoiar? Claro que perpassa por uma questão pedagógica, mas precisa de ferramentas concretas, principalmente as políticas.* (G 3).

Tanto o AIC quanto o AID tinham caráter generalista, ou seja, o apoio ofertado aos estados e municípios era relacionado com as principais frentes da PNAB, mas também com as políticas transversais do SUS. *"A gente na CGGAB tem um leque muito grande de ações, vai para tudo, inclusive o que não é da PNAB"* (AIC 3). O apoio integrado foi avaliado pelo grupo como uma estratégia pouco efetiva, cuja implementação não avançou, apesar de o DAB ter participado de movimentos institucionais nos territórios e na gestão interna da proposta. De modo geral, o AI da CGGAB desenvolveu-se paralelamente a esses movimentos, com pouca interlocução e integração com outros departamentos da SAS.

> *A gente discutiu pouco a rede, o integrado. [...] A gente começou a tentar, pelo menos se aproximar*

e não conseguiu construir essa visão um pouco mais integrada. E no ministério, eu acho que a AB ficou muito como a pauta de todo mundo. E aí, a gente não precisa olhar para mais nada, a gente só olha para AB. E a responsabilidade da AB é resolver o problema de todo mundo. Resolver tudo. E aí também acaba falhando, porque a gente sabe que não é por aí, não vai dar conta, né? Então, sobrecarregou a gente, sendo chamado para tudo, de todo mundo. (AIC 16).

Não adianta ter apoio integrado, se as políticas não forem formuladas de maneira integrada. Quer dizer, um pouco adianta? Adianta, mas adianta pouco se a formulação, a decisão de algumas políticas não é feita pensando nisso, depois operar com o apoio integrado pode ser algo mais complicado de fazer. (D 2).

Na formulação da estratégia do AI no DAB/MS, encontraram-se poucas prescrições do trabalho, enunciadas principalmente como diretrizes. A principal refere-se à construção de relações federativas de cooperação, e não de supervisão. Esperava-se que os apoiadores tivessem uma atuação proativa na oferta e implementação local das políticas e programas do departamento.

É mais horizontal, a gente não usou a palavra aqui, mas o apoio tem essa coisa mais horizontal, ele quebra uma lógica vertical de gestão, de construção de política, pressupõe uma lógica mais horizontal. (GF 2).

Os limites identificados na experiência de AI da CGGAB remetem à falta de clareza sobre o que é e como fazer o AI no DAB/MS.

Não sei se a gente tinha algum pensamento, não sei se hoje a gente tem [...] mas eu acho que ainda é algo completamente em construção. (AIC 1).

Eu acho que nossa maior dificuldade na CGGAB, era o ritmo louco de trabalho nosso. A gente tinha momentos de colegiado, sexta-feira. E era muito difícil da gente ter tempo de discutir o apoio em si. (AIC 14).

A instabilidade do vínculo empregatício dos apoiadores também surgiu como um nó crítico, responsável por uma rotatividade grande na equipe, intensificada na conjuntura política em que ocorreu o trabalho de campo, e que acarretou perdas significativas para a memória e o aprendizado institucional.

Não tinha muito essa cultura, do criar histórico, do deixar registro. Que é até um contrassenso, né? Justamente porque a rotatividade era grande [...] Até porque como a gente não tinha um vínculo muito seguro. (AIC 14).

Os apoiadores relataram problemas em conciliar as ofertas da gestão federal com as demandas e necessidades dos estados e municípios, revelando um tensionamento entre a diretriz de cooperação federativa e a finalidade instrumental de implementação de políticas e programas prioritários.

A gente às vezes vai também com pautas muito impostas, creio que aqui na AB, pelo tempo que eu tenho, procuro o máximo quebrar isso, mas, de alguma forma, acontece. (GF 2).

À parte esses aspectos, foram constatadas fragilidades operacionais, presentes principalmente na instabilidade do suporte logístico para realizar o apoio *in loco*; e nas dificuldades de acesso e compartilhamento de informações pelos apoiadores. A precariedade de condições estruturais para realização da atividade foi mais significativa no caso do AID.

[...] Como isso era imprescindível para o nosso processo de trabalho, a gente foi tensionando, [...] aí teve a perspectiva de começar a trabalhar com Dropbox, que era para compartilhar. (AID 4).

A partir de 2014, contudo, o suporte logístico tornou-se uma questão generalizada no AI devido às restrições vigentes para emissão de passagens e diárias no executivo federal. Tais dificuldades para realizar apoio *in loco* interferiram na construção do processo de

trabalho, reduzindo as atividades de AIC nos territórios. Por sua vez, os AID também demonstravam deslocar-se com menor intensidade e capilaridade dentro dos estados apoiados, e suas atividades presenciais na equipe da coordenação foram drasticamente reduzidas.

> *Agora não mais* [ida ao território]. *[...] Agora a gente não sabe como vai ficar. [...] Não tem. Porque não tem passagem, não tem dinheiro, não tem... não tem autorização.* (AIC 5).

No que tange ao acesso e à circulação da informação, o processo de AI evidenciou a concentração de informações técnicas em determinados atores e/ou setores institucionais. Essa foi uma fragilidade mais presente no AID devido à distância física, que acarretava maior dificuldade dos profissionais em manejar uma rede interna ao DAB e ao MS. *"[...] hoje uma ferramenta disponível para todo mundo é a nota técnica, que era algo só interno, que a gente não tinha acesso"* (AID 3). O debate sobre estas limitações nas reuniões de colegiado do AI resultou na organização de um apoio matricial no departamento para obtenção das informações necessárias ao AI realizado na CGGAB.

Em contrapartida, também se observou a ausência de registro do processo de trabalho do AI, não obstante as diversas tentativas realizadas. Embora existissem alguns registros, como, por exemplo, relatórios, estes não foram feitos de modo sistemático. Os apoiadores em geral os realizavam sem haver um padrão estabelecido, sendo possível, inclusive, processos de apoio sem qualquer documentação. Esse aspecto dificultou a troca e compartilhamento de informações na equipe, e o acompanhamento das intervenções por parte da coordenação. Foi construído um sistema de informação para responder a essas dificuldades, porém, até o final do período estudado, ele não havia sido implantado.

> *[...] Eu acho que não tem, não tem essa cultura de memória institucional, né? [...] É... Acaba que não tem nada institucionalizado disso, né? E cada um acaba montando do seu jeito [...].* (AIC 9).

A dupla função dos AIC foi motivo de grande divergência entre os trabalhadores que participaram da pesquisa. Por um lado, ela foi percebida como aspecto limitante e concorrente com a lógica e com o modo operante necessário ao AI; por outro, foi compreendida como elemento de qualificação das políticas e programas. *"Como tem frentes que dependem da coordenação para as coisas acontecerem, o quanto o apoio às vezes fica negligenciado [...] isso é uma crise"* (GF 1). A participação dos apoiadores como agentes responsáveis por pautas específicas no contexto do MS demonstrou ser um processo de educação permanente relevante para o domínio técnico do objeto de trabalho e para o desenvolvimento de habilidades políticas requeridas em seu exercício.

Nos resultados, o manejo das relações federativas foi particularmente destacado, em diferentes sentidos. A inserção e legitimação dos apoiadores nos territórios foi uma dimensão relevante e complexa das intervenções, e que requisita ser mais bem compreendida e desenvolvida na gestão federal. Os apoiadores evidenciaram que o fato de municípios acessarem diretamente o MS gerou conflitos, decorrentes do entendimento de que o fluxo pertinente para as comunicações entre entes federados deveria resguardar aos estados a atribuição de instância necessária de mediação. *"Acho que isso* [presença do apoiador no território] *o estado não soube lidar muito, acabou gerando muitos conflitos"* (AID 4). A grande rotatividade dos atores das gestões estaduais e municipais implicou um componente de descontinuidade administrativa e a necessidade de reconstrução permanente dos vínculos engendrados. As disputas e os conflitos em torno de interesses político-partidários emergiram como fator significativo na explicação de dificuldades de inserção e diálogo dos apoiadores nos territórios. *"Eu acho a questão política é uma das maiores dificuldades, por exemplo, pra entrar em alguns espaços não é tão simples, né?"* (AIC 10).

Discussão

Na análise da experiência da CGGAB, destacam-se, dentre os efeitos positivos identificados, os vínculos e a rede sociotécnica articulada em função da PNAB. Como elemento de convergência, encontrou-se a percepção de que todo o trabalho do AI depende da qualidade do vínculo estabelecido. Nesse sentido, trata-se da conformação de uma relação social, em acepção weberiana, em que o sentido compartilhado se torna um elemento de configuração microssociológica da reciprocidade[19]. Nos casos em que isto não foi possível, os profissionais relataram a impossibilidade de instituir a relação de apoio, que acabava reduzida ao papel de uma referência técnica formal. Como pondera Wolfgang Schluchter[20], é preciso compreender a importância dos componentes afetivos dessa relação, pouco explorados por Weber, mas que, no caso em análise, figuram determinantes da eficácia do AI. Nesse sentido, o trabalho de campo evidenciou que a rede sociotécnica configurada a partir da ação de apoio, ao mesmo passo que possuía uma finalidade racional clara (a implementação da PNAB), era alimentada pelas relações pessoais entre os atores, em um pêndulo que oscilava entre a dimensão político institucional das ações e o significado pessoal vivenciado na relação entre os agentes. Esse aspecto tornava os momentos informais da ação em território, como refeições e deslocamentos compartilhados, tão relevantes e cruciais como a agenda formal. Com isso, percebe-se a configuração de uma rede sociotécnica pouco visível do ponto de vista institucional, mas amplamente mobilizada e operada pelos agentes, inclusive por tecnologias virtuais, com múltiplas direcionalidades: tanto os apoiadores como os gestores locais a tinham como referência e a acessavam com finalidades práticas, revelando uma relação de cooperação e reciprocidade.

Outro ponto observado foi o potencial do AI para a qualificação da formulação em âmbito federal de políticas e programas de saúde. O diálogo estabelecido com os territórios alimentou com questionamentos e contraposições o trabalho normativo desenvolvido na gestão federal. O caso das unidades básicas fluviais, provavelmente, foi o exemplo mais claro disso, pois, a partir da presença dos apoiadores nos territórios da região Norte, as dúvidas, dificuldades e obstáculos vividos pelos gestores locais ganharam visibilidade no contexto do DAB/MS. Com isso, o AI provocou uma atualização normativa coerente com as especificidades locorregionais a que se destinavam as ações programáticas em tela. Esse efeito pôde ser observado de modo difuso no desenvolvimento e aperfeiçoamento dos programas prioritários geridos pelo departamento, para os quais a relação de apoio foi um vetor de qualificação. Nesse sentido, pode-se entrever que o AI impactou na ampliação do diálogo e no reconhecimento das especificidades locorregionais na gestão federal da AB, incidindo no padrão institucional historicamente hegemônico no MS.

Os resultados de pesquisa evidenciam a centralidade das dimensões subjetivas na realização do AI, revelando uma intensa requisição relacional do trabalho. As variabilidades implicadas no AI complexificam o recurso às normas antecedentes e demandam permanente avaliação e debate de valores na atividade em análise[21,22]. Suas características sinalizam que o AI efetivamente intervém na racionalidade gerencial hegemônica[2], no sentido de promover uma gestão mais dialógica, modulada pelos efeitos produzidos pela intervenção, em oposição à prática corrente centrada no poder de estabelecer prescrições normativas. As relações e vínculos criados tornam-se tanto o contexto como os recursos de atuação dos apoiadores, e requerem acentuada capacidade de análise de conjuntura, delineamento estratégico e composição das ações, em diferentes planos, com diferentes sujeitos e coletivos.

O acesso e o uso de informações da gestão pública federal demonstraram ser um componente central do AI nesse âmbito, que intervém diretamente em sua legitimação, sendo, muitas vezes, manejado como meio de construção do vínculo. Pode-se afirmar que o apoio ampliou o acesso de seus interlocutores às informações técnicas da política de AB, mas incidiu apenas

pontualmente na construção de maior transparência e autonomia no uso destas informações, na medida em que qualificou a formulação de instrumentos normativos e outras ações institucionais. A atribuição de mediação do apoiador nesse acesso mostrou ser um dispositivo de ação, de que dificilmente estes profissionais podem prescindir na gestão federal. Entretanto, é preciso contextualizar que os resultados de pesquisa indicam ser essa uma característica da cultura organizacional do MS, já que, mesmo internamente, essa questão fez-se presente. Chama a atenção que, de forma recorrente, o compartilhamento de informações não fosse viabilizado por procedimentos institucionais. Este demonstrou ser um fator ao mesmo tempo limitante e validador no processo de trabalho dos apoiadores, já que, se por um lado restringia os recursos necessários à realização do trabalho, por outro, os próprios apoiadores tornavam-se as referências de acesso aos sujeitos e coletivos apoiados.

Com isso, o estudo possibilita problematizar o alcance e os horizontes do AI na democratização do Estado, tendo em vista que, se institui uma diferença ao ampliar o coeficiente dialógico da gestão, também opera mecanismos institucionais que atualizam a mediação no acesso às informações estratégicas da política pública. Nesse sentido, compartilha-se a perspectiva de Pierre Levy[23] a respeito da relevância dos fluxos informacionais e comunicacionais na configuração da inteligência coletiva contemporânea, constituindo condição de definição do que sejam o centro ou a periferia das redes sociais e institucionais, que, em última instância, podem ser uma outra definição do Estado.

> A supremacia militar, a potência econômica, o brilho cultural estão diretamente relacionados à capacidade de controlar os fluxos informacionais, de conhecimento, de dinheiro e de mercadorias. O que é um centro? Um nó de fluxos. Um lugar geográfico ou virtual de onde está tudo 'próximo', acessível. O que é uma periferia? Uma extremidade de rede. Uma zona onde as interações são de curto alcance e de fraca densidade, onde os contatos de longe são difíceis e caros. O centro está densamente interconectado a ele próprio e ao mundo, a periferia está mal conectada a ela mesma e suas ligações com seu meio são controladas pelo centro[23(146)].

Essas referências sobre a definição de centro e periferia são pertinentes à análise deste objeto de estudo, e permitem articular as dimensões microssociológicas identificadas na relação de AI às estruturas em que se situam, e que findam por atualizar, com maior ou menor potencial de diferenciação. A tarefa científica dos autores reside, justamente, na análise diferencial deste coeficiente. Pôde-se observar que o AI, ao ampliar as redes sociotécnicas da PNAB, aumentou os fluxos e trocas na gestão da política pública de saúde. Novos interlocutores passaram a ser reconhecidos, mobilizados e escutados, dispondo de mais informações técnicas relevantes para sua ação, mesmo quando esta permanecesse restrita ao contexto local. O interessante, e inovador, nos dados obtidos reside na intervenção operada na relação entre centro e periferia, instituída historicamente nas malhas estatais do contexto brasileiro.

Ainda que, de modo provisório e pontual, o AI produziu inteligibilidade, reconhecimento e legitimidade para as experiências locais, ao proporcionar condições de sua expressão e visibilidade. As posições institucionais de poder e acesso a recursos não foram, necessariamente, alteradas, mas a experiência daqueles historicamente inexistentes no circuito de poder do Estado Brasileiro tornou-se mais presente, como dado argumentativo, destarte mediado, na definição das políticas públicas a ele direcionadas. Na ocorrência desse fato, reside um potencial de diferenciação, em alguma medida capaz de publicizar o interesse e a ação estatal. Não se podem eliminar nessa análise as linhas de força e atualização das segmentações existentes, tampouco as resistências que este modo de diferenciação incita. Nesse plano, podem-se ler tanto a invisibilidade das questões estruturais atinente ao apoio como a resistência ativa que mobilizou internamente no MS. Ainda assim,

sua pertinência reside nos vínculos que foi capaz de estabelecer, não obstante todas as mediações que os tornaram possíveis.

Conclusões

A estratégia de AI implementada no DAB/MS engendrou e fortaleceu redes sociotécnicas, articuladas em função da PNAB, como dispositivo de mobilização e ação no Estado. É importante observar que esse efeito se revela condicionado à constituição de relações pessoais, limitadamente transferíveis. Tal aspecto não consiste em uma especificidade do apoio, porém, como a efetividade da estratégia depende da qualidade desse vínculo, infere-se que seu manejo tenha sido qualificado e institucionalizado pelo AI como recurso de gestão. Quanto a isso, o AI experimentado na AB no período em estudo demonstra operar com eficácia instituições historicamente arraigadas no Estado Brasileiro sem, contudo, necessariamente incidir em sua transformação, ainda que a porte como potencialidade. Em razão disso, pode-se conjecturar que, como modo de ação política por dentro da malha do Estado, tenha implicado uma ética de solidariedade no acesso a recursos e compartilhamento do processo decisório da política pública, produzindo efeitos com potenciais relevantes de intervir em sua democratização. Contudo, a necessidade de implementação do 'cardápio' que constitui a prioridade política da gestão demonstrou resultar em um tensionamento entre essa ética e as finalidades esperadas do apoio, em alguma medida mutuamente limitante e que requisita ser mais bem equacionada no desenho dessa estratégia de gestão.

Colaboradores

Guizardi FL (0000-0002-5086-4128)* participou do delineamento da pesquisa, trabalho de campo, codificação e análise do material produzido, redação do artigo e aprovação da versão final. Passeri L (0000-0001-5322-8736)* participou do trabalho de campo, codificação e análise do material produzido, redação de relatório de pesquisa. Lemos ASP (0000-0002-2483-4347)* participou do trabalho de campo, codificação e análise do material produzido, redação de relatório de pesquisa, revisão crítica do artigo e aprovação da versão final do artigo. Machado FRS (0000-0002-5028-8888)* participou do trabalho de campo, codificação e análise do material produzido, redação de relatório de pesquisa, revisão crítica do artigo e aprovação da versão final do artigo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Pereira Junior N. O apoio institucional no SUS. Os Dilemas da Integração Interfederativa e da Cogestão [dissertação]. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas; 2013.

2. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

3. Campos S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad. Saúde Pública. 1998; 14(4):863-870.

4. Pereira N, Campos GWS. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. Interface (Botucatu). 2014; 18(supl1):895-908.

5. Oliveira EA, Cardoso GCP, Santos EM, et al. O apoiador local como ator estratégico na implementação do QualiSUS-Rede: engenheiros de conexão? Saúde debate. 2017; 41(esp):275-289.

6. Paulon SM, Pasche DF, Righi LB. Função apoio:da mudança institucional à institucionalização da mudança. Interface (Botucatu) 2014; 18(supl1):809-820.

7. Melo LMF. Apoio institucional em saúde: desafios para democratização na atenção básica [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2015.

8. Cardoso JR. Cartografia das práticas de apoio na atenção primária à saúde na Regional Recanto das Emas, Distrito Federal [dissertação]. Brasília, DF: Faculdade de Ciências da Saúde; 2015.

9. Moura RH, Luzio CA. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): Para além das diretrizes. Interface (Botucatu). 2014; 18(supl1):957-970.

10. Gutiérrez AC. A co-produção da política estadual de atenção básica do Rio de Janeiro[dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2008.

11. Mattos TC. A função apoio e a gestão estadual: entre encontros, afetos, trilhas, armadilhas e dobras – cartografias da saúde no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2013.

12. Falleiro LM. Experiências de Apoio Instucional no SUS: da teoria à prática. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.

13. Righi L. Apoio matricial e institucional em Saúde: entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos. Interface (Botucatu). 2014; 18(supl1):1145-1150.

14. Trevisan LN, Junqueira LAP. Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. Ciênc. Saúde Colet. 2007; 12(4):893-902.

15. Klitzke DD. Apoio institucional na gestão da atenção básica no Brasil: um caminho possível? [dissertação]. Brasília, DF: Faculdade de Ciências da Saúde da UNB; 2013.

16. Vaz AC, Filho AN, Viadergorn B, et al. PMAQ e o apoio institucional: experiência da Coodenadoria Regional de Saúde Oeste. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2015.

17. González Rey F. Epistemología Cualitativa y Subjetividad. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1997.

18. Baremblitt GF. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari; 2002.

19. Moraes LFR, Maestro Filho D, Dias DV. O paradigma weberiano da ação social: um ensaio sobre a compreensão do sentido, a criação de tipos ideais e suas

aplicações na teoria organizacional. Rev Adm Contemp. 2003; 7(2):57-71.

20. Garcez EF. Weber, Schutz e a busca de sentido na ação social: uma análise comparativa. Em Tese. 2014; 11(1):1806-5023.

21. Durrive L, Schwartz Y. Glossário de Ergologia. Laboreal. 2008; 4(1):23-28.

22. Schwartz Y. A Comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. Trab. educ. saúde. 2000; (7):38-46.

23. Levy P. A revolução contemporânea em matéria de comunicação. In: Guimarães C, Junior C, organizadores. Informação e democracia. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2000. p. 137-161.

Recebido em 20/12/2018
Aprovado em 07/05/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Financiamento da pesquisa por meio da Chamada Universal

Governança das ações e serviços de saúde de média complexidade em uma região de saúde

Governance of medium complexity health actions and services in a health region

Carolina Milena Domingos[1], Edinalva de Moura Ferraz[1], Brígida Gimenez Carvalho[1]

DOI: 10.1590/0103-1104201912204

RESUMO O estudo objetivou analisar atores e suas relações, espaços e desafios enfrentados na governança das ações e serviços de saúde de média complexidade em uma região de saúde. Estudo qualitativo, desenvolvido por meio de entrevistas com gestores públicos de saúde, um representante do Gestor Estadual de Saúde, o apoiador regional do Paraná e o diretor do Consórcio Intermunicipal de Saúde. Os resultados permitiram classificar os atores em governamentais e de mercado. As reuniões das comissões intergestores regionais foram ressaltadas como possíveis espaços para a governança das ações e serviços de saúde de média complexidade. Entre os desafios, estão: a falta de solidariedade e compartilhamento de responsabilidades entre os entes federativos; a fragilidade do ente municipal, em relação aos demais atores envolvidos na governança; a interferência política de deputados, junto ao Gestor Estadual. A governança das ações e serviços de saúde de média complexidade se apresenta como um grande jogo, permeado por relações de competição e conflitos.

PALAVRAS-CHAVE Governança. Regionalização. Atenção secundária à saúde.

ABSTRACT *The study aimed to analyze actors and their relationships, spaces and challenges faced in the governance of actions and services of medium complexity health in a health region. A qualitative study, developed through interviews with public health managers, a representative of the State Health Manager, the regional supporter of Paraná and the director of the Intermunicipal Health Consortium. The results allowed to classify the actors in government and market. The meetings of the regional interagency commissions were highlighted as possible spaces for actions and services of medium complexity health governance. Among the challenges, are: the lack of solidarity and sharing of responsibilities between federative entities; the fragility of the municipal entity, in relation to the other actors involved in governance; the political interference of deputies, with the State Manager. Actions and services of medium complexity health governance presents itself as a great game, permeated by competitive relationships and conflicts.*

KEYWORDS *Governance. Regional health planning. Secondary care.*

[1] Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina (PR), Brasil.
carolinamdomingos@gmail.com

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

Introdução

Entre as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), encontra-se a regionalização, que pode ser percebida como um processo técnico-político, abrangendo a distribuição de poder, as relações estabelecidas entre governos, as organizações públicas e privadas e os cidadãos, entre outros, em um determinado espaço geográfico[1,2].

No âmbito da regionalização, apresentam-se diversos indivíduos como partes do processo de negociação que caracteriza a governança regional. Esta, compreendendo o exercício do poder, refere-se aos processos de governo, à reorientação das formas de relação entre estado e sociedade, entre governos, e entre agentes privados e sociedade[3].

A governança representa diversidades de interesses organizados e negociados de acordo com finalidades comuns na garantia do direito à saúde. Para o seu desenvolvimento, destaca-se a criação de um ambiente institucional favorável à coordenação e articulação de atores, serviços e ações[4]. Ela também constitui um dos componentes e elemento-chave para a organização das Redes de Atenção em Saúde (RAS).

Na constituição das RAS, as Ações e Serviços de Média Complexidade (ASMC) têm representado um problema de grande relevância, seja no campo da gestão ou no campo da assistência, constituindo-se em um desafio para a organização da atenção em saúde[5]. As ASMC visam atender às demandas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica dependa de profissionais especializados e uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico[6].

Para superar esses obstáculos, observa-se a necessidade de fortalecer a região de saúde, viabilizando políticas de saúde coerentes com a necessidade coletiva. Todavia, conforme destacam Ribeiro, Tanaka e Denis[7], ao visualizar a região como lócus político-social, observa-se que a mesma é arraigada por assimetrias, conflitos de poder e contradições.

Essas assimetrias e incongruências também podem ser visualizadas nas arenas de articulação federativa, conforme identificado por Nicoletto[8], causando desconforto entre os atores que participam destes cenários. Dourado e Elias[9] apontam que, para a gestão de políticas públicas em federações, torna-se imprescindível a construção de processos decisórios compartilhados no planejamento e na execução das ações, em âmbito socioeconômico, que visem o bem-estar coletivo.

Essa coordenação federativa pode ser realizada com regras transparentes e legais, que levem os atores a dividirem as decisões e tarefas, bem como a definirem suas competências no âmbito das políticas públicas[10]. A articulação entre os entes federativos na rede deve ser pautada por princípios jurídicos administrativos, capazes de propiciar a integração e cogestão dos serviços de saúde, em que ocorra a interdependência política – administrativa e financeira –, sem hierarquia, mantendo a autonomia de cada ente[11].

Para o alcance desse patamar, é preciso desenvolver mecanismos de comunicação entre os atores governamentais envolvidos nos cenários de cogestão, fortalecendo a lógica da governança federativa. A qualificação dos gestores do SUS, no âmbito regional, para que exerçam de maneira mais efetiva o poder que lhes cabe, exige o desenvolvimento de processos político-negociais capazes de aumentar a identificação de necessidades, a construção de objetivos comuns e a afirmação de políticas regionais e locais convergentes e compatíveis com as distintas realidades municipais[7].

Diante desse contexto, este estudo tem como objetivo analisar os espaços, os atores e suas relações, e os desafios enfrentados na governança ASMC, em uma região de saúde.

Material e métodos

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, desenvolvido na área de abrangência de uma regional de saúde, composta por 17 municípios, situada no norte do estado do Paraná. Os dados foram obtidos por meio de

oito entrevistas semiestruturadas, orientadas a partir de um roteiro, realizadas no período de novembro de 2016 a maio de 2017.

A população de estudo foi constituída por cinco gestores públicos de saúde, ocupantes do cargo de secretários municipais de saúde, representantes de municípios de diferentes portes populacionais (um de município com menos de 5 mil; um de município entre 5 mil e 10 mil; um de município entre 10 mil e 25 mil; e dois de municípios com mais de 100 mil habitantes) e de diferentes responsabilidades assumidas pela gestão (da atenção básica e do sistema municipal de saúde). Foram selecionados a partir de indicação dos representantes da regional de saúde, considerando o destaque de sua assiduidade e atuação nas reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR).

Participaram, ainda, um representante do Gestor Estadual do SUS (representante da Secretaria Estadual de Saúde na CIR), o apoiador regional do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná (Cosems-PR) e a diretora do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região (Cisvir). As entrevistas foram transcritas na íntegra, e os participantes foram identificados por códigos, recebendo a letra E seguida de um número, conforme a ordem de realização – primeira, E1; última, E8.

Os dados foram organizados e examinados por meio da análise de discurso proposta por Martins e Bicudo[12]. Em seguida, utilizou-se a contribuição teórica do Jogo Social, de Carlos Matus[13], para um maior aprofundamento analítico dos resultados. Para este autor, o jogo social é composto de vários outros jogos, com destaque para três: o econômico, o da comunicação e o macro-organizacional. O jogo econômico liberta ou subjuga o homem através da satisfação das necessidades econômicas. No jogo da comunicação, se estabelece a disputa pela transparência, opacidade e controle da interação humana, e se utiliza da linguagem como poder de comunicação. O jogo macro-organizacional produz a ação organizacional, ou seja, visa materializar a produção institucional e se coloca a serviço de qualquer um dos outros jogos na luta pela distribuição de governança e de poder organizacional.

Nessa perspectiva, adotou-se esse referencial devido ao fato de o cenário da gestão federativa ser permeado por vários jogos sociais e pela complexidade existente nos espaços em que se dão as relações entre os atores envolvidos no processo de governança[13].

O presente estudo integra um projeto maior, denominado 'Gestão interfederativa do SUS na organização de arranjos regionais para atenção de média complexidade na macrorregião norte do Paraná'. As normas relativas a pesquisas que envolvem seres humanos foram respeitadas, conforme Resolução nº 466/2012[14] do Conselho Nacional de Saúde. O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade em que estão inseridas as pesquisadoras, sob o parecer número 1700851, de 29 de agosto de 2016.

Resultados e discussão

O processo de análise das entrevistas resultou na proposição de duas categorias: atores, suas relações e espaços envolvidos no processo de governança das ASMC; e os desafios enfrentados na região para governança das ASMC. Ambas serão apresentadas a seguir.

Atores, suas relações e espaços envolvidos no processo de governança das ASMC

O conjunto do material analisado permitiu classificar, com base em Cortes[15], os atores que participam do processo de governança da média complexidade, em atores governamentais e atores de mercado. Os governamentais são os sujeitos que participam dos cenários de negociação federativa. Entre eles, podem ser citados: os da esfera municipal – representados pelos secretários municipais de saúde e os prefeitos; os de âmbito estadual – representados pelos funcionários da Secretaria Estadual de

Saúde (SES) e a apoiadora Cosems-PR, além dos deputados, representantes do legislativo estadual. Já os atores de mercado são aqueles munidos de poder e que atuam de acordo com seus interesses econômicos, representados pelos prestadores privados e filantrópicos.

Enquanto os gestores municipais e estaduais concentram suas forças nas instâncias regionais, os prestadores privados e filantrópicos atuam induzindo diretamente as decisões governamentais em nível estadual. Além disto, são capazes de estabelecer estratégias para benefício próprio, fortalecendo seus privilégios como provedores de serviços no âmbito do SUS[15].

De acordo com os participantes do estudo, entre os atores governamentais, o executivo municipal mostra forte atuação nas definições de políticas de saúde a serem implementadas na região. Este fato pode ser exemplificado nas aquisições de ASMC ambulatoriais pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS) e na fala do entrevistado:

> *[...] para se contratar o serviço, tem que solicitar à presidência* [do CIS] *e à sua diretoria, que são as assembleias de prefeitos, e não de secretários. Então, a gente depende dos prefeitos para que se tomem decisões.* (E6).

A influência dos prestadores hospitalares privados e filantrópicos também se destaca na governança das ASMC, pois eles têm capacidade de induzir os atores governamentais (deputados) na definição das ações e dos serviços de saúde ofertados à população, nem sempre considerando as necessidades e as demandas regionais.

Desse modo, nota-se que os atores de mercado realizam diferentes jogos, com vistas à manutenção da sua posição hegemônica, acarretando sérias complicações à governança dessa importante fração da assistência. Existe a predominância do jogo econômico, no qual o setor privado, representado pelos prestadores de serviço ao SUS, visa controlar os recursos econômicos e dominar o 'mercado' da atenção de ASMC na região.

A participação desse setor na saúde brasileira teve início mesmo antes da criação do SUS, com a compra de serviços médicos por empresas para garantir a assistência previdenciária de seus trabalhadores[16]. Após a criação do SUS, a lógica de compra de serviços de média e alta complexidade do setor privado[17] não somente continuou, como foi considerada legal a complementariedade de serviços por esse setor. A dependência do setor privado para a oferta de serviços de média complexidade constitui um dos grandes desafios para a gestão das redes de atenção e regionalização dos territórios no SUS, incluindo a realização da governança no território[17].

Nota-se, também, a existência do jogo da comunicação, ao se verificar que os prestadores privados mostraram-se capazes de influenciar os atores governamentais, atravessando as arenas de negociação existentes na região, como a CIR e as pactuações do setor de planejamento da regional de saúde, inspirando as contratualizações de ASMC diretamente na Secretaria Estadual de Saúde. Soma-se, ainda, a esses jogos, o macro-organizacional, em que os prefeitos exercem seu poder institucional na relação com os demais entes, disputando a governança das ASMC, pela via do CIS na região.

Os resultados permitiram identificar que os atores representantes das comunidades profissionais e dos movimentos sociais podem ter uma frágil participação nos processos de governança, pois nem sequer foram citados, o que fragiliza as relações necessárias para que se consiga organizar a rede de atenção. Vale ressaltar que a governança permite a emergência de outras organizações e a capacidade de ação de vários atores, que não apenas os governamentais, mas também os não governamentais/informais[3].

Quanto aos espaços para a articulação da governança, os participantes do estudo relataram, como possíveis arenas de negociação e pactuação: em âmbito regional, as reuniões do Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde (Cresems), da CIR, das Câmaras Técnicas, de avaliações do Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos

e Filantrópicos (Hospus) e do Programa de Apoio do Estado do Paraná aos Consórcios Municipais de Saúde (Comsus); e reuniões das assembléias de prefeitos, nas quais são discutidas questões pertinentes ao CIS. Na esfera estadual, foram citadas as reuniões do Cosems e as reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Já na instância federal, mencionou-se a Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Os entrevistados destacaram as reuniões das arenas regionais como espaços privilegiados para se pensar sobre a governança; entre esses, ressaltaram a do Cresems e da CIR, dando-se ainda maior ênfase às reuniões das CIR. As reuniões do Cresems acontecem mensalmente, algumas horas antes das reuniões da CIR. Participam destas, os secretários municipais de saúde, assessorados tecnicamente por meio da apoiadora do Cosems. Ocorrem frequentemente no prédio do município sede da regional de saúde, não havendo participação dos representantes da esfera estadual.

Já as reuniões da CIR acontecem na sede da regional de saúde, também com periodicidade mensal, ou podem ser realizadas extraordinariamente, quando necessário. Os participantes são os representantes da esfera estadual, os secretários municipais de saúde e a apoiadora do Cosems. Para um dos entrevistados:

> *[...] a CIR é o caminho para a realização da pactuação de soluções para a organização da rede regional de ações e serviços de atenção à saúde integrada e resolutiva, como no caso das ações e serviços de média complexidade.* (E4).

Entretanto, as reuniões da CIR foram referidas como permeadas por atitudes centralizadoras da esfera estadual, ao manejarem as discussões, caracterizando um mero momento de aprovação de pautas predefinidas. Embora a CIR seja um espaço organizado há mais de duas décadas (antes denominado Colegiado de Gestão Regional), nota-se que ela não vem sendo utilizada para desempenhar seu papel conforme proposto, corroborando os dados encontrados em outros estudos, que apontam as reuniões de CIR como instâncias meramente burocráticas e homologatórias, não respondendo ao papel de ser um espaço legítimo de auxílio à gestão eficiente do SUS[18,19].

Importa salientar a ausência de muitos gestores municipais nessas reuniões, e, ainda, o fato de que muitos dos que participam não se sentem capacitados para discutir temas relacionados à gestão e a políticas de saúde. A fragilidade no acúmulo de conhecimento demonstrado pelos gestores municipais influencia em sua capacidade de combinar jogadas sociais e dificulta sua interação com outros pares. Neste aspecto, a limitação na produção de jogadas inviabiliza a transformação das regras organizacionais nas instâncias regionais[13].

A ausência dos gestores nas reuniões diminui sua capacidade na aquisição de estratégias para modificar as regras existentes nos espaços decisórios. Moreira, Ribeiro e Ouverney[20] corroboram tal achado ao caracterizarem os ambientes de tomada de decisão como complexos, e que os atores participantes são detentores de racionalidade limitada, com capacidades fragilizadas para estabelecer seus próprios interesses e para compreender os dos demais.

Os entrevistados referiram que os sujeitos desses espaços agem muitas vezes por intuição, ou ainda, por 'consenso' com seus outros pares. Este fato causa prejuízos à governança exercida por tais atores, evidenciados na fala de um dos participantes do estudo:

> *[...] os secretários são muito mal preparados. Alguns nem são da área de saúde, outros não têm preparo de gestão. A gente sente uma dificuldade muito grande quando tem que discutir com os parceiros, de conseguir discutir. A gente sabe que tem problemas, dificuldade de resolver. A falta de resolutividade dos municípios é muito grande porque é um grupo onde não tem o embasamento total entre todos os seus entes.* (E6).

Ao manifestar-se dessa forma, esses atores ocultam conflitos, não discutindo seus problemas, nem sua cadeia causal, o que impossibilita fundamentar suas ações, empobrecendo

seu poder de decisão[13]. Para Cortes[15], a ação articulada dos atores seria de fundamental importância para reestruturar as regras e o formato dos espaços decisórios.

Por tradição, o consensualismo é um termo atrelado ao federalismo, que vem ganhando destaque no perfil contemporâneo da administração pública[9]. Neste contexto, cabe destacar que o conceito de consenso muitas vezes é empregado de maneira inadequada, como sinônimo de unanimidade. Entretanto, torna-se necessário o desacordo, para que se chegue ao consenso de forma natural, não como temor de coerção.

Os resultados também demonstraram que as pactuações nessas arenas, muitas vezes são direcionadas pelo interesse de um dos entes ou de grupos que se encontram no poder, conforme expressa a fala:

> *[...] as redes é a proposta do governo do estado, desde a campanha da primeira eleição, da segunda eleição. A secretaria do estado de saúde nunca escondeu seus caminhos, que é a rede [...]. O que eu digo é que os municípios se deixam pautar pela pauta do estado. [...] os municípios é que não conseguem ter o papel de também colocar as coisas a serem discutidas.* (E6).

E, ainda nas arenas, os conflitos são poucos, de acordo com participante do estudo:

> *[...] não é um conflito de ideias. Porque não tem ideia, eles só têm o problema. A sugestão não chega, ou, se chega, é sugestão ilegal, sem base constitucional, sem base de estrutura, que não dá nem para discutir.* (E6).

Para os entrevistados, quando existem opiniões divergentes entre os participantes nos processos de negociação, ocorre a convocação da câmara técnica, especificamente para se conversar sobre a área do conflito. Um dos participantes define a câmara, conforme a fala: *"[...] essa câmara bipartite vista como meio para chegar a um consenso, para chegar um entendimento comum"* (E5).

A câmara tem, por objetivo, ampliar a capacidade de debate e facilitar a decisão desses atores nas reuniões de CIR, porém essas câmaras não têm periodicidade estabelecida. Além disto, a falta de participação de alguns gestores nas arenas de articulação, somada à indefinição de prazo para a realização de câmaras técnicas, fragiliza o poderio processual técnico-político dos atores participantes destes espaços, bem como sua capacidade analítica, contribuindo para a incipiente governança das ASMC na região.

Destaca-se, entre os elementos-chave da governança voltada para a consolidação do SUS, a criação de um ambiente institucional favorável à coordenação e articulação de atores, serviços e ações em prol da universalização nas regiões de saúde[4]. Tais relações acontecem por meio de espaços denominados arenas, os quais são decisivos para a construção de uma política[21].

Desafios enfrentados na região para governança das ASMC

Entre os desafios revelados pelas falas dos participantes, estão: a falta de solidariedade e compartilhamento de responsabilidades entre os entes federativos; a fragilidade do ente municipal em relação aos demais atores envolvidos na governança (União, ente estadual e atores de mercado); o subfinanciamento do SUS, por parte das instâncias federal e estadual; a não efetivação do Contrato Organizativo da Ação Pública (Coap) na região; as fragilidades no sistema de regulação, nas esferas municipal e estadual; a interferência política de deputados junto ao Gestor Estadual, a favor dos grandes prestadores privados.

Para um dos entrevistados, as relações entre os entes federativos brasileiros têm sido um grande desafio para a governança das ASMC, de acordo com a fala de um dos participantes do estudo:

> *[...] o atual modelo é extremamente centralizador, com alta concentração de poderes, o que estimula a competição entre os entes, culminando com desnivelamento de repartição de poderes e recursos financeiros.* (E4).

Desse modo, torna-se difícil o fortalecimento da autonomia e da solidariedade entre os entes. Os entrevistados compreendem a governança como o compartilhamento solidário das ações em saúde, entre as instâncias governamentais, conforme a fala:

> *[...] governança é compreendida como o compartilhamento das responsabilidades e ações entre os entes federados (União, estados e municípios) na organização, planejamento e execução das funções de interesse comum.* (E4).

Além disso, características sociais e demográficas diferenciadas, dos municípios que compõem a região, dificultam a interdependência e a solidariedade entre as instâncias subnacionais. A fala abaixo expressa esta ideia:

> *[...] então, 2 municípios veem as coisas de uma forma e 15 veem de outra, o que dificulta que [...] as vantagens sejam as mesmas para todos. Eu acho que, como a maioria são pequenos, a gente perde força.* (E6).

Em um país heterogêneo como o Brasil, políticas públicas mal adaptadas às realidades regionais causam problemas, principalmente às camadas mais pobres da população[22]. Neste contexto, cabe frisar que a Constituição Federal de 1988 traz a assistência em saúde como responsabilidade concorrente dos municípios, Distrito Federal, estados e União. Abrucio e Franzese[23] chamam a atenção para a grande parcela dos encargos que ficaram sob a responsabilidade dos municípios, assumida de forma desorganizada. Além disto, há a ausência de cooperação entre os outros entes federativos e o aumento de competição entre as instâncias subnacionais.

Esse cenário se torna ainda mais desafiador para os Municípios de Pequeno Porte (MPP), aqueles com população inferior a 20 mil habitantes[24], pois a maioria deles não arrecada o suficiente para suprir suas despesas com a estrutura administrativa e legislativa[25], possui baixa capacidade instalada de serviços no seu território, tornando-se dependentes dos municípios maiores da região, para acesso às ASMC[26]. Isto acarreta dificuldades aos MPP, para serem protagonistas no processo de governança das ASMC. Devido ao baixo poder político e econômico conferido a estes municípios, em muitos momentos, eles acabam se portando de forma subserviente aos municípios maiores, às outras instâncias federativas e aos prestadores privados.

Tal fato foi confirmado na região, onde 90% dos municípios são MPP e não apresentam recursos financeiros e administrativos suficientes, ou mesmo apoio político forte o bastante para a adoção de estratégias capazes de superar os obstáculos para alcançar a integralidade à saúde, nos três níveis de atenção.

Pinafo[27] alia o baixo poder político dos MPP ao seu baixo contingente populacional, o que lhes acarreta uma menor quantidade de votos e dificulta a eleição de seus próprios representantes políticos. Quanto ao poder econômico, apesar destes municípios serem reconhecidos em sua autonomia, não possuem autossuficiência fiscal e tributária, gerando fragilidades em sua capacidade técnica de gestão.

Outro desafio referido foi o subfinanciamento do SUS, por parte das instâncias federal e estadual, para a aquisição de serviços ambulatoriais de média complexidade na região. Segundo o relato de um entrevistado, percebe-se maior investimento em saúde, por parte dos municípios, expresso na fala: *"[...] as despesas do consórcio no ano de 2016, verificou-se que 71% dos recursos vieram dos municípios, 20% do governo federal e 9% do estado"* (E8).

Esse cenário de maior participação do ente municipal no financiamento em saúde, em relação aos outros entes, também foi demonstrado em estudo feito pelo Conselho Federal de Medicina[28], no período compreendido entre 2008 e 2015, em que as despesas dos governos federal e estaduais, com saúde, cresceram 40,4% e 49,4%, respectivamente, enquanto nos municípios esse aumento correspondeu a 71,6%.

A governança das ASMC está diretamente relacionada ao financiamento, sendo viabilizada por meio dos planos de ação regionais, que devem detalhar os recursos financeiros, a responsabilidade de cada ente na sustentabilidade dos planos e os recursos que serão alocados pelo prestador de saúde[29].

Nesse sentido, a governança das ASMC na região estudada tem se mostrado um processo bastante complexo, devido à dificuldade apresentada pelos entes quanto à clareza de suas competências, responsabilidades, direitos e deveres para sua participação na organização e integração das ações e serviços de saúde. E, apesar de comprometer uma parcela cada vez maior de seus orçamentos com a área da saúde, especialmente com ASMC, o ente municipal não domina o jogo macro-organizacional, não conseguindo materializar a produção institucional para o estabelecimento da governança dessa área.

Também se destacou, entre as fragilidades referidas para o fortalecimento da governança das ASMC, a não efetivação do Coap na região, acarretando uma grande barreira a ser transposta. O Coap constitui um instrumento para estabelecer as competências dos entes governamentais, além de auxiliar no processo de governança das ações e serviços de saúde disponibilizados pelo SUS na região[30].

Para que esse contrato seja firmado, nota-se a necessidade de um processo de planejamento ascendente, locorregional, além da negociação entre os entes federados regionais, bem como a definição dos diversos compromissos a serem assumidos por estes atores com vistas a uma oferta de ações e serviços de saúde regionalizada e hierarquizada, que atendam às necessidades de saúde da população. Isto sem falar na definição das suas fontes de financiamento[30].

Percebe-se que, passados mais de sete anos da publicação do Decreto nº 7.508/11[30], apenas três estados brasileiros (Ceará, Mato Grosso e Alagoas) assinaram o Coap, segundo Feliciello[31], o que demonstra a estagnação dessas discussões no sentido de implantar esse contrato.

O planejamento locoascendente integrado e participativo foi citado pelos entrevistados como um importante instrumento para a definição das necessidades e prioridades de saúde na região, como se vê na fala abaixo:

> *[...] eu entendo que a governança interfederativa, ela começa desde a governança microrregional; tem um papel de fortalecimento de gestão regional, de microrregião, de estado e de governo federal. Eu entendo que essa governança interfederativa, você tem que começar com o planejamento locoascendente.* (E1).

A não realização do planejamento ascendente também pareceu refletir nas formas de contratualizações hospitalares de ASMC na região, uma vez que os contratos e convênios foram celebrados de maneira centralizada na SES, geralmente de forma padronizada, nem sempre atendendo às necessidades apresentadas pela região.

Outro desafio referido foram as fragilidades no sistema de regulação, nas esferas municipal e estadual, gerando transtornos à eficiência do SUS, uma vez que a regulação concentra atividades de regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação dos prestadores sobre a distribuição de ações e serviços de saúde. A macrorregulação deveria ser uma ação básica desenvolvida pela equipe gestora, possibilitando a defesa dos interesses coletivos.

O incipiente processo de planejamento ascendente e locorregional e a falta de regulação, aliada à insuficiente oferta de ASMC contratualizadas pelo ente estadual, referidos pelos participantes, têm como consequência a busca de uma alternativa pelo ente municipal, que corresponde às contratualizações paralelas e individuais junto aos prestadores privados. Estas contratualizações fragilizam o fortalecimento das políticas públicas de saúde, não atendendo aos interesses regionais. Isto é expresso na fala de um dos gestores:

> *[...] dificulta bastante, porque você luta pelos caminhos comuns para todos, você pensa no coletivo e não no individual. Aí, vai um município*

lá e paga para um prestador, que já é SUS, num contrato paralelo. (E3).

Essa forma de contratualização acontece à revelia das normativas do SUS, fere a lógica do comando único e fragiliza o controle e a fiscalização desses serviços, ao não respeitar os princípios gerais do sistema, além de criar um problema a longo prazo para a aquisição de ações e serviços de saúde na região[31]. Neste sentido, o gestor público municipal, ao tentar resolver um problema, cria outro, que se manifestará mais adiante, ou seja, está realizando um intercâmbio de problemas[13].

Porém, nota-se que essas formas de acordo para acessar aos serviços de saúde nem sempre ocorrem por ingenuidade dos gestores, de acordo com a fala abaixo:

[...] eu não sei se eles não conseguem enxergar, ou se não fazem questão de enxergar [...] porque, se eu faço separado, eu consigo vaga na frente. Então, eu não sei até que ponto eles querem ou não querem, por interesse próprio, e isso dificulta a governança. (E1).

Ademais, a forma de contratualização de ações e serviços de saúde hoje vigente no SUS possibilita aos prestadores privados e filantrópicos sugestionarem as ASMC, haja vista a maior oferta ao SUS de ações e serviços de saúde que são mais rentáveis economicamente aos prestadores, e não necessariamente que seriam necessidades da região, o que foi evidenciado nos resultados.

Um outro desafio se deve à interferência política de deputados junto ao Gestor Estadual, em prol dos grandes prestadores privados, de acordo com o entrevistado: *"[...] nesse sentido, a questão política, todos os hospitais grandes têm muitos deputados por trás"* (E1). Essa situação foi identificada como uma dificuldade para a efetivação da governança das ASMC. Sobre esse aspecto, foi uniforme a visão de que a política partidária tem sido um desafio a ser vencido para a instituição da governança das ASMC hospitalares, pois o protecionismo político, exercido por atores governamentais do poder legislativo estadual, resulta no sentimento de impotência e comodismo dos gestores municipais frente aos problemas encontrados junto aos prestadores de serviço, característica evidenciada na fala abaixo:

[...] o que eu acho que dificulta é a política. Tem hospitais que são protegidos politicamente e não adianta bater, porque é dar murro em ponta de faca, é briga de gente grande. Então, essa é a nossa maior dificuldade. (E7).

Essa situação gera sujeição dos gestores municipais de saúde aos prestadores. É oportuno destacar que a política partidária, muitas vezes, interfere negativamente nas políticas públicas de saúde[32]. O ente estadual, detentor do poder macro-organizacional, não o utiliza para produzir uma ação organizacional, em favor da governança das ASMC, permitindo que o poder econômico dos prestadores privados prevaleça. Para Matus[13], o poder político, ao subordinar-se ao poder econômico das minorias (prestadores), permite o jogo plutocrático, no qual o poder é exercido pelos grupos mais ricos. Neste contexto, merece crítica a ineficiência do Estado Brasileiro (União, estados e municípios) para frear os interesses das minorias, em detrimento aos da coletividade.

Considerações finais

O processo de governança das ASMC se constitui em um grande jogo, complexo, permeado por relações sociais de competição e conflitos entre os atores participantes (governamentais e de mercado), que sofre forte influência do jogo econômico. Apesar de a CIR se constituir em um espaço privilegiado, ela não foi suficiente para que governança das ASMC se efetivasse na região estudada.

Vários desafios necessitam ser enfrentados, então, para que o processo de governança se efetive, entre eles: a necessidade de relações

mais simétricas e solidárias entre os entes federados; o fortalecimento da participação social e das comunidades profissionais, bem como da qualificação dos gestores municipais de saúde para o processo de negociação com outros atores; a garantia de financiamento SUS suficiente às necessidades da área da ASMC; a implantação de sistemas de regulação que garantam a oferta e o acesso adequado, em tempo oportuno, dos cidadãos às ASMC, atendendo às necessidades da população, e não aos interesses de prestadores privados.

Em um cenário de mudanças nas legislações, em especial no que tange ao financiamento das políticas públicas, à (des)regulamentação da participação do setor privado na saúde, à flexibilização da aplicação dos recursos dos SUS pelos gestores, recomenda-se a realização de estudos que analisem o impacto destas mudanças na área da ASMC, principalmente nas relações entre atores e na governança da área.

Colaboradores

Domingos CM (0000-0002-7725-1831)*, Ferraz EM (0000-0002-7721-7529)* e Carvalho BG (0000-0003-3850-870X)* contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Fleury S, Ouverney AM. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

2. Pinheiro R, Peres AMAM, Velloso G, et al. Apoio regional no estado do Rio de Janeiro, Brasil: um relato de experiência. Interface (Botucatu) [internet]. 2014 [acesso em 2018 set 5]; 18(supl1):1125-1133. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0375.

3. Marques EC. Government, political actors and governance in urban policies in Brazil and São Paulo: concepts for a future research agenda. Bras. Political Sci. Rev. (São Paulo). 2013; 7(3):8-35.

4. Lima LD, Albuquerque MV, Scatena JHG. Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil? Contribuições para o estudo da governança regional na saúde [internet]. (Novos Caminhos, n. 8). [acesso em 2019 jun10]. Disponível em: http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2016/02/Novos-Caminhos-8.pdf.

5. Silva CR, Carvalho BG, Cordoni Júnior L, et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. Ciênc. Saúde Colet. 2017; 22(4):1109-1120.

6. Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Ribeiro PT, Tanaka OY, Denis JL. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. Ciênc. Saúde Colet. 2017; 22(4):1075-1084.

8. Nicoletto SCS. As Comissões Intergestoras Regionais e a Gestão Interfederativa no Norte do NN, 2011 a 2013. [tese] Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2015.

9. Dourado DA, Elias PE. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. Rev. Saúde Pública, 2011, 45(1):204-211.

10. Abrucio FL. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. Rev. Soc. Polít. 2005; (24):41-67.

11. Santos L, Andrade LOM. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. Ciênc. Saúde Colet. 2011; 16(3):1671-1680.

12. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Centauro; 2005.

13. Matus C. Teoria do jogo social. Tradução Luís Felipe Rodriguez Del Riego; revisão técnica Vanya Mundim Sant'Ana. São Paulo: Fundap; 2005.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF. Diário Oficial da União. 13 Dez 2012.

15. Côrtes SV. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. Cad. Saúde Pública. 2009, 25(7):1626-1633.

16. Menicucci TMG. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.

17. Romano CMC, Scatena JHG, Kehrig RT. Articulação público-privada na atenção ambulatorial de média e alta complexidade do SUS: atuação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Physis 2015; 25(2):1095-1115.

18. Ianni AMZ, Monteiro PHN, Alves OSF, et al. Metrópole e região: dilemas da pactuação da saúde. O caso da Região Metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2012; 28(5):925-934.

19. Mota PHS, Viana ALA, Bousquat A. Relações federativas no Programa Academia da Saúde: estudo de dois municípios paulistas. Saúde debate. 2016; 40(108):64-73.

20. Moreira MR, Ribeiro JM, Ouverney AM. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. Ciênc. Saúde Colet. 2017; 22(4):1097-1108.

21. Fleury S, Ouverney AM. Política de saúde: uma política Social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.

22. Cavalheiro ME, Juchem DM. Políticas Públicas: Uma analise mais apurada sobre Governança e Governabilidade. Revista Brasileira de História e Ciências Sociais. 2009; 1(1):1-11.

23. Abrucio F, Franzese C. Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. In: Araújo M, Beira L, organizadores. Tópicos da Economia Paulista para Gestores Públicos. São Paulo: Fundap; 2007, p. 13-31.

24. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.

25. Arcari JM, Barros APD, Rosa RS, et al. Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no sistema único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. Ciênc. Saúde Colet. 2018 [acesso em 2019 maio 5]. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/perfil-do-gestor-e-praticas-de-ges-

tao-municipal-no-sistema-unico-de-saude-sus-de--acordo-com-porte-populacional-nos-municipios--do-estado-do-rio-grande-do-sul/16876.

26. Silva JFM, Carvalho BG, Domingos CM. A governança e a relação público-privado no cotidiano das práticas em municípios de pequeno porte. Ciênc. Saúde Colet. 2018; 23(10):3179-3188.

27. Pinafo E. Problemas e estratégias de gestão do SUS em municípios de pequeno porte. [tese]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2017.

28. Conselho Federal de Medicina. A participação federal no SUS diminui. Jornal Medicina. 2015 [acesso em 2019 maio 5]; 245:1-12. Disponível em: http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/?numero=245.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS/Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

30. Brasil. Presidência da República Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União. 29 Jun 2011.

31. Feliciello D, Oliveira JCR, Vilalba JP, et al. Contratualização de Serviços de Saúde. Guia Prático para Gestores Públicos. Campinas: Unicamp/NEPP/AGEMCAMP; 2016.

32. Carvalho LB, Jesus WLA, Senra IMVL. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. Ciênc. Saúde Colet. 2017; 22(4):1155-1164.

Recebido em 03/12/2018
Aprovado em 25/05/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Vigilância em Saúde regionalizada em Pernambuco: um estudo de caso

Regionalized Health Surveillance in the State of Pernambuco: a case study

Natália Barros Lopes[1], Ana Coelho de Albuquerque[1], Eronildo Felisberto[1]

DOI: 10.1590/0103-1104201912205

RESUMO O objetivo deste estudo foi o de avaliar a implantação da Vigilância em Saúde (VS) regionalizada em Pernambuco. Trata-se de um estudo avaliativo realizado nas etapas normativa e exploratória. A avaliação normativa utilizou abordagem quantitativa para as dimensões estrutura e processo, medindo o grau de implantação da VS em quatro regiões de saúde de Pernambuco. A etapa exploratória consistiu na realização de entrevistas semiestruturadas com informantes-chave para apreender a percepção desses indivíduos acerca do processo de regionalização da VS em Pernambuco e dos fatores facilitadores e dificultadores desse processo. Nas regiões I, II e III, a VS foi classificada como 'parcialmente implantada' e na região IV, como 'implantada'. A 'estrutura' foi classificada como 'parcialmente implantada' em todas as regiões, e o 'processo' foi classificado como 'parcialmente implantado' nas regiões I e III, e como 'implantado' nas regiões II e IV. Conclui-se que a regionalização da VS em Pernambuco ainda está incompleta apesar de ser um processo de grande relevância, uma vez que o nível regional pode planejar e promover estratégias mais adequadas para cada contexto, privilegiando as diferentes realidades dos municípios.

PALAVRAS-CHAVE Regionalização. Vigilância em saúde pública. Avaliação em saúde.

ABSTRACT *This study aimed to evaluate the implementation of Regionalized Health Surveillance (HS) in the State of Pernambuco. It is an evaluative study carried out by means of the normative and the exploratory steps. The normative evaluation applied a quantitative approach for the structure and process dimensions, measuring the degree of HS implementation in four health regions of Pernambuco. The exploratory step consisted of semi-structured interviews with key informants so to apprehend also their perception about the HS regionalization process in Pernambuco as the factors that ease and hinder the process. HS was classified as 'partially implemented' in regions I, II and III, and 'implemented' in region IV. 'Structure' was classified as 'partially implemented' in all regions. 'Process' was classified as 'partially implemented' in regions I and III, and 'implemented' in regions II and IV. We concluded that HS regionalization in Pernambuco is still incomplete, despite being a process of great relevance, since the regional level is able to plan and promote strategies more appropriate for each context, given the specific characteristics of each municipality.*

KEYWORDS *Regional health planning. Public health surveillance. Health evaluation.*

[1] Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip), Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde (Geas) – Recife (PE), Brasil.
natchallya@hotmail.com

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

Introdução

A descentralização das ações e serviços de saúde foi definida como um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como base, inicialmente, a municipalização e, posteriormente, a ênfase na regionalização[1]. Essa organização surgiu como resposta à estrutura anterior[2], de caráter centralizador e inadequado para um país do tamanho e da complexidade do Brasil[3]. No entanto, destaca-se que a fragilidade no planejamento das estratégias de descentralização do SUS comprometeu sua adequação às múltiplas realidades brasileiras. Com isso, não houve diversificação de políticas e investimentos que se adequassem às diversas condições políticas, administrativas, técnicas, financeiras e de necessidades de saúde identificadas nos municípios, visando à redução das desigualdades[4].

Esses fatores foram determinantes para a inflexão da condução política do SUS no sentido da regionalização. Porém, segundo o estudo realizado por Vargas et al.[5], a regionalização apresenta baixa implantação e desenvolvimento no Brasil, pois depende de responsabilidades complexas da entidade regional e da fragilizada corresponsabilização dos níveis estadual e federal. Assim, com o objetivo de reestruturar e fortalecer o SUS de forma a promover com maior eficiência as ações de saúde de maneira regionalizada e para que o cidadão possa conhecer os serviços ofertados pelas regiões de saúde, foi publicado o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90[6].

Vale ressaltar que características socioeconômicas, culturais e ambientais, entre outras, interferem no risco de ocorrência de determinados agravos à saúde, muitas vezes, ultrapassando os limites dos municípios e, dessa maneira, as ações de Vigilância em Saúde (VS) devem ser desenvolvidas de forma a que sejam planejadas regionalmente e executadas de maneira articulada[7]. Assim, a operacionalização da VS requer a valorização dos princípios de regionalização e hierarquização dos serviços a partir da delimitação das áreas de abrangência e de influência dos serviços conforme sua capacidade operacional, além do mapeamento da região em microáreas de risco, definidas com base no perfil epidemiológico da população[8].

Portanto, para a execução das ações de VS de maneira regionalizada são necessários estrutura adequada e processos de trabalho bem definidos, condições primordiais para o alcance dos indicadores pactuados, o que viabiliza a qualidade da gestão no SUS. A importância da VS como política de saúde capaz de intervir nos problemas sanitários da população e o seu papel na conformação da regionalização no Brasil[8] justificam a realização desta pesquisa. A implementação do SUS exige cada vez mais o uso de ferramentas que possibilitem a identificação dos principais problemas de saúde[9], não sendo diferente na área da VS.

Dessa forma, este estudo tem como objetivo avaliar a implantação da VS regionalizada no estado de Pernambuco e identificar os fatores favoráveis e desfavoráveis ao processo de regionalização.

Material e métodos

Trata-se de estudo avaliativo realizado nas etapas normativa e uma exploratória. A avaliação normativa utilizou abordagem quantitativa para as dimensões estrutura e processo, com a medição do grau de implantação da VS em quatro regiões de saúde de Pernambuco, as quais figuram como sedes das quatro macrorregionais de saúde do estado. Para tanto, foi utilizada a abordagem de estrutura e processo proposta por Donabedian para se analisar em que medida a intervenção está implantada de modo a alcançar efetivamente os objetivos propostos[10].

A etapa exploratória consistiu na realização de entrevistas semiestruturadas com quatro informantes-chave no nível regional (GR) e com três gestores do nível central (GC) da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde

de Pernambuco (Sevs-PE). O objetivo foi apreender a percepção desses indivíduos acerca do processo de regionalização da VS em Pernambuco e dos fatores facilitadores e dificultadores desse processo.

Este estudo foi realizado nas quatro macrorregionais de saúde de Pernambuco – Recife, Caruaru, Serra Talhada e Petrolina –, arranjos territoriais que agregam mais de uma região de saúde, com o objetivo de organizar, entre si, ações e serviços de média complexidade, i.e., procedimentos e ações que requerem maior tecnologia, que apresentam oferta escassa no estado e cuja demanda requer agregação, ou formação de escala, e de alta complexidade, complementando, desse modo, a atenção à saúde das populações desses territórios[11].

A avaliação normativa foi desenvolvida em quatro etapas.

Etapa 1- Elaboração do modelo lógico da VS regionalizada

Para descrever a intervenção avaliada, construiu-se o Modelo Lógico (ML) da VS regionalizada, inicialmente desenvolvido com base em análise documental que utilizou informações contidas em documentos oficiais e portarias que regulamentam a VS *(quadro 1)*.

Quadro 1. Descrição das Portarias/Instruções Normativas utilizadas para construção do Modelo Lógico da Vigilância em Saúde regionalizada de Pernambuco

Portaria/Instrução Normativa	Descrição
Portaria nº 1.399 de 15 de dezembro de 1999[12]	Regulamenta a NOB SUS 01/96 – Competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.
Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013[13]	Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.
Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011[6]	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.
Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde (2010)[14]	Trata das diretrizes gerais e estratégicas da Vigilância em Saúde e aborda questões relativas ao enfrentamento das Emergências em Saúde Pública.
Portaria nº 20, de 03 de outubro de 2003[15]	Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde – SIM e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc.
Instrução Normativa nº 02 de 22 de novembro de 2005[16]	Regulamenta as atividades da vigilância epidemiológica com relação à coleta, fluxo e a periodicidade de envio de dados da notificação compulsória de doenças por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan.

Fonte: Elaboração própria.

Posteriormente, o ML foi submetido por meio eletrônico a sete especialistas da área da VS e da avaliação em saúde, os quais contribuíram com a supressão ou inclusão dos itens do modelo, finalizado após duas rodadas. O delineamento do ML final explicitou os componentes (i) Gestão, que composto de seis subcomponentes e (ii) Processo de Trabalho, que contou com cinco subcomponentes *(quadro 2)*.

Quadro 2. Modelo Lógico da Vigilância em Saúde regionalizada. Pernambuco, 2017

Componentes	Subcomponentes	Processo	Impacto
Gestão	Normas/Legislação	Existência de legislação atualizada	Fortalecimento da gestão e das ações de VS em nível regional
	Capacidade Instalada	Estrutura física, e recursos materiais adequados ao desenvolvimento das ações de VS	
	Recursos Financeiros	Utilização dos recursos financeiros para as ações de VS	
	Recursos Humanos	Qualificação profissional e existência de organograma da VS	
	Informação e comunicação	Apoio técnico aos municípios na elaboração de informes e boletins	
		Discussão sobre tema de VS nas reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR)	
	Vigilância Laboratorial	Processamento de amostras em nível regional	
		Apoio técnico aos municípios quanto às amostras laboratoriais	
Processo de trabalho	Sistemas de Informação	Alimentação do banco de dados dos Sistemas de Informação	
		Apoio operacional aos municípios quanto aos Sistemas de Informação	
	Planejamento	Planejamento estratégico de ações	
		Ações intersetoriais e ações conjuntas entre a Secretaria Executiva de VS (nível central) e a VS regional	
	Integração das ações	Assessoramento permanente aos municípios	
		Cooperação técnica entre a Secretaria Executiva de VS (nível central) e a VS regional	
	Monitoramento e avaliação	Monitoramento e discussão dos indicadores de VS	
	Desenvolvimento das ações de VS	Municípios estruturados para resposta aos eventos de importância em saúde pública	
		Realização e divulgação de análises epidemiológicas	
		Apoio aos municípios na investigação epidemiológica e nas ações de promoção, prevenção e controle	

Fonte: Elaboração própria.

Etapa 2 – Construção da matriz de indicadores e julgamento

A partir do ML, elaborou-se a matriz de análise e julgamento, que também foi posteriormente submetida aos mesmos especialistas, em duas rodadas. Para a avaliação do grau de implantação, aplicou-se um questionário semiestruturado aos coordenadores de VS das quatro regiões selecionadas, elaborado com base no ML e da matriz.

O *quadro 3* explicita a matriz construída com o emprego de seis critérios de estrutura, i.e., Normas e Legislação, Capacidade Instalada, Recursos Financeiros, Recursos Humanos, Informação e Comunicação, e Vigilância Laboratorial, num total de 25 indicadores. Empregou, também, cinco critérios de processo, i.e., Sistemas de Informação, Planejamento, Integração das ações, Monitoramento e avaliação, Desenvolvimento das ações em VS, num total de 18 indicadores. Os indicadores selecionados geraram o instrumento para coleta de dados.

Quadro 3. Matriz de análise e julgamento da Vigilância em Saúde regionalizada. Pernambuco, 2017

Componente	Critério	Indicadores	Padrão	Fonte de verificação	Pontuação máxima
Gestão	Normas e Legislação	Existência de legislação atualizada às necessidades do contexto epidemiológico.	Sim	EIC/documentos	2
		Divulgação de normas e portarias para os municípios da regional.	Sim	EIC	1
	Capacidade Instalada	Considera a quantidade de profissionais de nível superior suficiente.	Sim	EIC	3
		Considera a qualidade técnica dos Recursos Humanos (RH) suficiente para cumprimento das atividades essenciais.	Sim	EIC	3
		Considera o número de salas disponíveis para VS suficiente para alojar adequadamente as equipes.	Sim	EIC	2
		Nº de computadores disponíveis e em funcionamento para VS.	1 por técnico	EIC	2
		Nº de impressoras disponíveis para VS.	2 impressoras	EIC	2
		Nº de ramais disponíveis para VS.	2 ramais	EIC	2
		Existência de internet disponível para VS.	Sim	EIC	2
		Nº veículos disponíveis para VS.	4 veículos	EIC	2
		Considera o quantitativo de veículos suficiente em quantidade e qualidade.	Sim	EIC	2
		Existência de recebimento e distribuição de materiais e insumos em quantitativo suficiente para os municípios.	Sim	EIC	1
	Recursos Financeiros	Utilização do repasse da Sevs para a regional exclusivamente para as ações de VS.	Sim	EIC	2
		Monitoramento bimestral da execução do repasse da Sevs pela regional.	Sim	EIC	1
	Recursos Humanos	% adequado de profissionais qualificados na equipe de VS.	100%	EIC	3
		Existência de organograma funcional na região de saúde, incorporando a VS.	Sim	EIC	1
		Oferece capacitações/treinamentos de VS para os municípios.	Sim	EIC	1
	Informação e Comunicação	% de municípios apoiados tecnicamente na elaboração de seus informes/boletins.	100%	EIC	2
		Informes e boletins epidemiológicos elaborados e divulgados mensalmente.	Sim	EIC/in loco	2
		Nº de pautas da CIR com discussão de temas de VS.	1 por bimestre	EIC/Pautas da CIR	1
	Vigilância Laboratorial	Existência de processamento de amostras para diagnóstico clínico, ambiental e bromatológico regionalmente.	Sim, para todos	EIC	2
		Amostras provenientes dos municípios recebidas, armazenadas e transportadas conforme demanda.	Sim	EIC	2
		Laboratório regional com capacidade operacional adequada para análise da qualidade da água.	Sim	EIC	1
		Laboratório regional com capacidade operacional adequada para sorologias (dengue, hepatites, chikungunya, doença de Chagas e Leishmaniose).	Sim, para todas	EIC	2
		Resultados laboratoriais acompanhados e divulgados junto aos municípios.	Sim	EIC	1
Processo de trabalho	Sistemas de Informação	Envio/transferência do banco de dados dos SIS para o nível central na periodicidade estabelecida.	Sim	EIC/SIS (Nível Central)	2
		% de municípios com retroalimentação mensal dos dados.	100%	EIC/SIS (Nível Central)	2
		Análise de dados/indicadores operacionais dos municípios realizadas mensalmente.	Sim	EIC	2
		Existência de assessoramento aos municípios na operacionalização dos sistemas conforme demanda.	Sim	EIC	2

Quadro 3. (cont.)

Processo de trabalho	Planejamento	Realização de planejamento intersetorial.	≥ 1 plano	EIC	1
		Realização de planejamento baseados em análises de situação de saúde.	Sim	EIC	1
	Integração (articulação) das ações	Nº de reuniões entre as áreas técnicas da VS regional.	1 reunião/ mês	EIC	1
		Nº de reuniões entre a VS e a atenção à saúde regional.	1 reunião/ mês	EIC	1
		Ações conjuntas entre a VS regional e a Sevs, conforme demanda.	Sim	EIC	2
		% de municípios assessorados quando as ações de VS.	100%	EIC	2
		% de comitês e/ou grupos técnicos com participação conjunta (nível central e nível regional).	100%	EIC	2
		Realização de ações intersetoriais entre a VS e outros setores fora da saúde.	Sim	EIC	1
	Monitoramento e avaliação	Monitoramento trimestral dos indicadores de VS pela equipe regional.	Sim	EIC	2
		Existência de reuniões para a discussão dos resultados do monitoramento das ações de VS com os municípios.	Sim	EIC	1
	Desenvolvimento das ações em VS	Considera a VS da regional estruturada para detecção e resposta aos eventos de importância para saúde pública.	Sim	EIC	2
		Análises epidemiológicas realizadas e divulgadas aos municípios mensalmente.	Sim	EIC/*in loco*	2
		% de municípios com apoio técnico da VS regional na investigação de casos notificados, surtos e óbitos.	100%	EIC	2
		% de municípios com apoio técnico da VS regional para ações de Promoção, Prevenção e Controle de doenças e agravos.	100%	EIC	2

Fonte: Elaboração própria.

EIC – Entrevista com Informante Chave.

SIS – Sistemas de Informação em Saúde.

Os dados primários foram coletados no período de agosto a setembro de 2017 por meio de entrevistas semiestruturadas aplicadas aos coordenadores de VS das quatro regiões selecionadas.

Etapa 3 – Classificação do grau de implantação

Para definição do grau de implantação, utilizaram-se indicadores de estrutura e processo de cada componente. Para a componente 'Gestão', foram atribuídos 45 pontos, e para 'Processo de Trabalho', 30 pontos. O grau de implantação foi estimado com base nos critérios e indicadores que compõem a matriz de julgamento. Os critérios utilizados para julgamento do grau de implantação da intervenção consideraram a proporção de adesão aos indicadores propostos. Consideraram-se os seguintes critérios para julgamento do grau de implantação: implantado (≥ 80%); parcialmente implantado (51% a 79%); e não implantado (≥ 50%). A determinação do grau de implantação permitiu classificar as regiões de saúde de Pernambuco em distintos níveis de implantação da VS.

Percepção dos gestores

Elaborou-se um roteiro de entrevista, aplicado a três gestores do nível central (GC1, GC2 e GC3) e aos coordenadores do nível regional (GR1, GR2, GR3 e GR4) com a finalidade de descrever como se deu o processo de regionalização da VS em Pernambuco, destacando-se as fragilidades e potencialidades desse processo.

A análise dos dados oriundos das entrevistas

foi baseada na técnica de análise de conteúdo que se apoia na codificação da informação em categorias, de forma a dar sentido ao material estudado. Essa análise de conteúdo foi composta pelas fases de (i) pré-análise, que abrangeu a escolha do material, a formulação de hipóteses e objetivos e a elaboração de indicadores para a interpretação dos resultados; (ii) análise do material, que consistiu na codificação, categorização e quantificação da informação; e (iii) tratamento dos resultados, que envolveu procedimentos diversos[17].

Após a leitura exaustiva do material utilizado como fonte documental, identificaram-se fatos ou informações que se relacionaram com fragilidades ou potencialidades do processo de regionalização da VS em Pernambuco. Realizou-se análise do tipo temática que, segundo Minayo[18], consiste em destacar os núcleos de sentido de uma comunicação, cuja presença ou repetição signifiquem algo para o objetivo analítico estudado. Os dados considerados relevantes foram inseridos em uma matriz de análise de forma ordenada e cronológica.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip) sob o parecer nº 2.134.516 de 23 de junho de 2017.

Resultados

Grau de implantação da VS

A VS nas regiões I, II e III foi classificada 'parcialmente implantada' (64,0%, 76,0% e 61,3% respectivamente) e, na região IV, 'implantada' (82,6%). A 'estrutura' foi classificada 'parcialmente implantada' em todas as regiões (66,6%, 71,1%, 57,7% e 77,7%, respectivamente) *(tabela 1)*. Já o 'processo', foi classificado 'parcialmente implantado' nas regiões I e III (60,0% e 66,6%) e 'implantado' nas regiões II e IV (83,3% e 90,0%) *(tabela 2)*.

Tabela 1. Distribuição da pontuação de cada subcomponente da dimensão 'estrutura' nas regiões I, II, III e IV. Pernambuco, 2017

Subcomponente	Indicador	Pontuação máxima	RI	RII	RIII	RIV
Normas/ Legislação	Existência de legislação atualizada às necessidades do contexto epidemiológico.	2	2	2	2	2
	Divulgação de normas e portarias para os municípios da região.	1	1	1	1	1
	Total de pontos	**3 (100%)**	**3 (100%)**	**3 (100%)**	**3 (100%)**	**3 (100%)**
Capacidade Instalada	Quantidade de profissionais de nível superior suficiente para áreas técnicas.	3	0	0	0	0
	Qualidade técnica dos RH suficiente para cumprimento das atividades essenciais.	3	3	3	0	3
	Nº de salas suficiente.	2	0	2	0	0
	Nº de computadores disponíveis e em funcionamento.	2	2	2	1	2
	Nº de impressoras disponíveis.	2	2	2	2	2
	Nº de ramais disponíveis.	2	2	2	2	2
	Internet disponível.	2	2	2	2	2

Tabela 1. (cont.)

Capacidade Instalada	Nº veículos disponíveis.	2	2	1	2	1
	Quantitativo de veículos suficiente em quantidade e qualidade.	2	0	0	0	2
	Recebimento e distribuição de materiais e insumos em quantitativo suficiente para os municípios.	1	1	1	0	0
	Total de pontos	**21 (100%)**	**14 (66,6%)**	**15 (71,4%)**	**9 (42,8%)**	**14 (66,6%)**
Recursos Financeiros	Utilização do repasse da Sevs exclusivamente para as ações de VS.	2	0	2	2	2
	Monitoramento bimestral da execução do repasse da Sevs.	1	0	0	0	1
	Total de pontos	**3 (100%)**	**0 (0,0%)**	**2 (66,6%)**	**2 (66,6%)**	**3 (100%)**
Recursos Humanos	% adequado de profissionais qualificados.	3	2	0	2	3
	Existência de organograma funcional na região de saúde, incorporando a VS.	1	1	1	1	1
	Disponibilidade de capacitações/ treinamentos de VS para os municípios.	1	1	1	1	1
	Total de pontos	**5 (100%)**	**4 (80,0%)**	**2 (40,0%)**	**4 (80,0%)**	**5 (100%)**
Informação e comunicação	% de municípios apoiados tecnicamente na elaboração de informes/boletins.	2	2	0	1	2
	Informes e boletins epidemiológicos elaborados e divulgados mensalmente.	2	1	2	0	1
	Nº de pautas da CIR com discussão de temas de VS.	1	1	1	1	1
	Total de pontos	**5 (100%)**	**4 (80,0%)**	**3 (60,0%)**	**2 (40,0%)**	**4 (80,0%)**
Vigilância Laboratorial	Processamento de amostras para diagnóstico clínico, ambiental e bromatológico em nível regional.	2	1	1	2	1
	Amostras provenientes dos municípios recebidas, armazenadas e transportadas conforme demanda.	2	2	2	2	2
	Laboratório regional com capacidade operacional adequada para análise da qualidade da água.	1	0	1	0	1
	Laboratório regional com capacidade operacional adequada para sorologias (dengue, hepatites, chikungunya, doença de Chagas e leishmaniose).	2	1	2	1	1
	Resultados laboratoriais acompanhados e divulgados junto aos municípios.	1	1	1	1	1
	Total de pontos	**8 (100%)**	**5 (62,5%)**	**7 (87,5%)**	**6 (75,0%)**	**6 (75,0%)**
Pontuação geral da dimensão estrutura		**45 (100%)**	**30 (66,6)**	**32 (71,1)**	**26 (57,7)**	**35 (77,7)**

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 2. Distribuição da pontuação de cada subcomponente da dimensão 'processo' nas regiões I, II, III e IV. Pernambuco, 2017

Subcomponente	Indicador	Pontuação máxima	RI	RII	RIII	RIV
Sistemas de Informação	Envio/transferência do banco de dados dos SIS na periodicidade estabelecida.	2	2	2	2	2
	% de municípios com retroalimentação mensal dos dados.	2	1	2	1	2
	Análise de dados/indicadores dos municípios, realizada mensalmente.	2	1	1	1	2
	Assessoramento aos municípios na operacionalização dos SIS conforme demanda.	2	2	2	2	2
	Total de pontos	**8 (100%)**	**6 (75,0%)**	**7 (87,5%)**	**6 (75,0%)**	**8 (100%)**
Planejamento	Realização de planejamento intersetorial.	1	1	1	1	1
	Realização de planejamento baseados em análises de situação de saúde.	1	1	1	1	1
	Total de pontos	**2 (100%)**	**2 (100%)**	**2 (100%)**	**2 (100%)**	**2 (100%)**
Integração (articulação) das ações	Nº de reuniões entre as áreas técnicas da VS regional.	1	1	1	1	1
	Nº de reuniões entre a VS e a atenção à saúde regional.	1	0	0	0	1
	Ações conjuntas entre a VS regional e a Sevs, conforme demanda.	2	2	2	2	2
	% de municípios assessorados quando as ações de VS.	2	2	2	2	2
	% de comitês e/ou grupos técnicos com participação conjunta (nível central e nível regional).	2	0	1	0	1
	Realização de ações intersetoriais entre a VS e outros setores fora da saúde.	1	0	1	1	1
	Total de pontos	**9 (100%)**	**5 (55,5%)**	**7 (77,7%)**	**6 (66,6%)**	**8 (88,8%)**
Monitoramento e avaliação	Monitoramento trimestral dos indicadores de VS pela equipe regional.	2	0	2	1	1
	Existência de reuniões para a discussão dos resultados do monitoramento com os municípios.	1	1	1	1	1
	Total de pontos	**3 (100%)**	**1 (33,3%)**	**3 (100%)**	**2 (66,6%)**	**2 (66,6%)**
Desenvolvimento das ações de VS	VS da regional estruturada para detecção e resposta aos eventos de importância para saúde pública.	2	0	2	0	1
	Análises epidemiológicas realizadas e divulgadas aos municípios mensalmente.	2	1	0	0	2
	% de municípios com apoio técnico da VS regional na investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos, conforme demanda.	2	2	2	2	2
	% de municípios com apoio técnico da VS regional para ações de Promoção, Prevenção e Controle de doenças e agravos, conforme demanda.	2	2	2	2	2
	Total de pontos	**8 (100%)**	**4 50,0%)**	**6 75,0%)**	**4 (50,0%)**	**7 (87,5%)**
Pontuação geral da dimensão processo		**30 (100%)**	**18 (60%)**	**25 (83,3%)**	**20 (66,6%)**	**27 (90%)**

Fonte: Elaboração própria.

Observa-se que o único subcomponente que atingiu 100% de implantação nas quatro regiões investigadas foi 'Normas/Legislação', que englobou a existência de legislação atualizada às necessidades do contexto epidemiológico, bem como a divulgação de normas e portarias para os municípios da região. Vale ressaltar também que as regiões apresentaram como 'implantado' os seguintes aspectos relacionados à 'estrutura': estrutura física relativa a impressoras, ramais, internet disponíveis; existência de organograma funcional incorporando a VS; disponibilidade de capacitação e treinamento para os municípios; pelo menos uma pauta na Comissão Intergestores Regional (CIR) com discussão de temas de VS; recebimento, armazenamento e transporte de amostras laboratoriais proveniente dos municípios de acordo com a demanda; e acompanhamento e divulgação, junto aos municípios, dos resultados laboratoriais *(tabela 1)*.

No que diz respeito ao ponto crítico da dimensão 'estrutura', pode-se destacar no subcomponente 'capacidade instalada', a insuficiência de profissionais de nível superior para áreas técnicas, que apresentou o percentual zero em todas as regiões estudadas. Além disso, apenas a região II fez referência ao número de salas suficiente (100,0%), e somente a RIV ao quantitativo de veículos suficiente em quantidade e qualidade (100,0%). Com relação ao subcomponente 'recursos financeiros', estava 'implantado' somente na região IV quanto ao quesito 'monitoramento bimestral da execução do repasse da Sevs' (100,0%) *(tabela 1)*.

As regiões II e IV apresentaram desempenho superior na dimensão 'processo' em relação à dimensão estrutura, com os melhores resultados para os subcomponentes 'sistemas de informação' (87,5% e 100,0%) e 'planejamento' (100,0% e 100,0%). Em contrapartida, as regiões I e III destacaram-se negativamente nos subcomponentes 'integração das ações' (55,5% e 66,6%), 'monitoramento e avaliação' (33,3% e 66,6%) e 'desenvolvimento das ações de VS' (50,0% e 50,0%) *(tabela 2)*.

Destaca-se que alguns quesitos foram considerados 'implantados' nas quatro regiões estudadas, como envio e transferência do banco de dados dos SIS na periodicidade estabelecida; assessoramento aos municípios na operacionalização dos SIS; realização de planejamento intersetorial; realização de planejamento baseados em análises de situação de saúde; realização de reuniões entre as áreas técnicas da VS regional; realização de ações conjuntas entre a VS regional e a Sevs; assessoramento aos municípios nas ações de VS; realização de reuniões para a discussão dos resultados do monitoramento com os municípios; apoio técnico aos municípios na investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos; e apoio técnico aos municípios nas ações de promoção, prevenção e controle de doenças e agravos.

Com relação às atividades mais críticas, citam-se a realização de reuniões entre a VS e a atenção à saúde, em que apenas a região IV apresentou resultado favorável; a estruturação da VS regional para detecção e resposta aos eventos de importância para saúde pública, em que apenas a região II atingiu resultado satisfatório; e a realização de análises epidemiológicas com divulgação aos municípios mensalmente, em que apenas a região IV apresentou resultado favorável.

A percepção dos gestores com relação ao processo de regionalização da VS

A análise das entrevistas permitiu observar que a percepção dos gestores dos níveis central e regional foi complementar e congruente. O GC1 afirmou que o processo de regionalização da VS se deu a partir da construção do Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2011, com a criação das doze regiões de saúde, as quais passaram a ter coordenação e gerência de vigilância responsáveis pela condução e realização das ações no nível local. O GC3 complementou que esse processo seguiu direcionamentos distintos, de acordo com a gestão estadual vigente. Esse mesmo gestor também afirmou que, a partir de 2011, o estado passou a investir em apoiadores para as regionais que, a partir de então, passaram a ter posicionamento mais efetivo na Secretaria Estadual

de Saúde (SES), uma vez que nada pode ser repassado diretamente aos municípios.

A fala do GC2, entretanto, revelou que essa realidade se deu de forma desigual entre as regiões de saúde, pois a estrutura de algumas delas era bastante precária. Ele destacou que, inicialmente, o principal papel das regionais era de ponto de contato do nível central com os municípios, em vez de exercer a função de gestão e coordenação do sistema de VS no nível regional, para a qual foram criadas.

Todos os gestores entrevistados consideraram a regionalização da VS muito importante. O GC1 afirmou que a região surgiu a partir da necessidade de pensar estratégias para resolver os problemas de VS, adequadas a cada contexto, dadas as diferentes realidades dos municípios. Além disso, enfatizou que a regionalização contribui para a organização da rede de serviços a partir das necessidades do território, tendo em vista que ainda existe alta concentração de serviços na região metropolitana de Recife devido à conformação histórica do estado de Pernambuco.

Para o GC2, a regionalização é importante, porque, devido ao desenho territorial do estado, a atuação apenas do nível central seria insuficiente para que todas as ações ocorressem de forma articulada com os municípios. Para ele, como a descentralização foi incompleta em alguns municípios, a regional funciona como um impulsionador das ações sejam realizadas. Nesse sentido, o GC3 afirma que *"não existe VS sem regionalização"*, pois a resolução de determinados problemas de maneira centralizada torna-se pouco efetiva e inoportuna.

Com relação às potencialidades, o GC1 e o GR4 mencionaram a questão normativa. O GR4 complementou ao relatar que a legislação impõe obrigações para as regiões de saúde e para os municípios, além de despertar nos gestores a necessidade do trabalho conjunto, à medida que *"o fluxo das doenças e dos serviços entre os municípios é muito grande"*.

O GC1, assim como o GR3 e o GR4, compartilhou que a conformação atual das regiões de saúde, baseada na geografia territorial e na situação de saúde, facilita a regionalização à medida que o nível regional pode dar maior assistência aos municípios, além de possibilitar a discussão da situação de saúde nos locais onde acontecem agravos com maior frequência. Outro ponto destacado, dessa vez pelos GC2, GR1 e GR4, diz respeito ao apoio técnico do nível central a partir da contratação de apoiadores institucionais para atuar nas regionais, além da disponibilidade de equipamentos, bem como da realização de capacitações, treinamentos e reuniões sempre que necessário. O GC3 também ressaltou esse ponto e ainda relatou que a gestão da VS no nível central da SES-PE tem favorecido o processo de regionalização, visto que, desde 2011, o estado tem investido em recursos financeiros, equipamentos, veículos e na contratação de pessoal.

Outro aspecto é a existência do colegiado de gestores regionais, o que acontece com a presença de técnicos e gestores do nível central da VS da SES, bem como de coordenadores de VS de todas as regiões de saúde. De acordo com o GR4, essas reuniões incentivam os municípios a elencar pautas para discussão em comum, ao passo que o compartilhamento e a proposição de ações conjuntas contribuem para o fortalecimento das ações e melhoria da situação de saúde.

Quanto às fragilidades, o aspecto mencionado pela totalidade dos gestores entrevistados diz respeito à deficiência na capacidade técnica dos profissionais da VS nas regiões de saúde. Para o GR1, GR4 e o GC2, há carência de profissionais com perfil e conhecimento para trabalhar na VS, o que se torna ainda mais evidente em algumas regiões específicas. Para o GR3, outra dificuldade relacionada aos recursos humanos está nos contratos dos apoiadores institucionais, por serem firmados de forma temporária, o que constitui uma barreira para a continuidade do serviço.

Além disso, o GC1 afirmou que a falta de autonomia técnica e financeira, além da insuficiência de mecanismos que favoreçam a pactuação entre as regiões, compromete o processo de regionalização. Na percepção do GR2, os municípios também não possuem autonomia técnica e apenas cumprem metas, agindo de maneira pontual à demanda da instância estadual.

Discussão

A VS regionalizada em Pernambuco mostrou-se parcialmente implantada. As variações entre as regiões e entre as dimensões 'estrutura' e 'processo' estão, no geral, coerentes com as falas dos gestores entrevistados. Apesar do reduzido número de estudos relacionados à avaliação no nível regional, a estratégia metodológica utilizada nesta pesquisa permitiu abordar as principais questões para avaliação da VS nesse nível, uma vez que se baseou em subcomponentes e indicadores previamente validados por especialistas da área de VS. Mensurar a eficiência de sistemas regionais é de complexa realização devido a suas características particulares, especialmente aos recursos socioeconômicos disponíveis[19].

Este estudo contém limitações importantes, uma vez que não foi possível realizar a análise de implantação nas doze regiões de saúde que compõem o arranjo da regionalização em Pernambuco. Alternativamente, decidiu-se pela realização nas quatro regiões de saúde que se apresentam como sede das macrorregionais. Além disso, outro fator limitante foi selecionar apenas os gestores para entrevista, deixando de considerar os técnicos que trabalham na VS e suas respectivas percepções.

A implantação da VS regionalizada foi definida a partir da análise da estrutura dos serviços e do processo de trabalho, o que permitiu revelar diferenças entre as regiões de saúde. Os achados deste estudo contêm dificuldades na dimensão 'estrutura', com destaque para o número insuficiente de profissionais de nível superior. Outros estudos também constataram a inexistência de categorias profissionais fundamentais para o desenvolvimento de todas as ações técnicas e de gestão da VS, assim como a prevalência de trabalhadores de nível médio em detrimento do número de profissionais de nível superior. Identificaram, ainda, elevado número de trabalhadores sem formação específica para o trabalho[7,20]. Neste estudo, três gestores afirmaram haver carência de profissionais com perfil e conhecimento adequados à atuação na VS. Para Donateli[21], a existência de recursos humanos com formação inadequada favorece a atuação incipiente da VS.

No que diz respeito ao subcomponente 'capacidade instalada', em apenas uma das regiões se constatou a presença de veículos em quantidade e qualidade suficientes para atender à demanda. Outros estudos também abordam a disponibilidade de veículos como ponto crítico[22,23]. A insuficiência de veículos é um aspecto que dificulta o processo de trabalho e impede a realização de várias atividades inerentes à vigilância[22].

Ressalta-se como um ponto positivo revelado neste estudo a percepção dos gestores quanto à existência de uma legislação atualizada para VS, sendo esse item indicado como uma das potencialidades para o processo de regionalização. No entanto, é importante destacar que, embora a VS possua um amplo leque normativo, a legislação específica definindo atribuições aos diversos níveis do sistema e estratégias para o desenvolvimento da regionalização ainda é precária[5,7,24].

Contudo, é possível observar um movimento no sentido da reorganização das ações de VS após a aprovação da primeira Política Nacional de Vigilância à Saúde (PNVS) durante a I Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (CNVS). A PNVS foi instituída por meio da Resolução nº 588, de 18 de julho de 2018, e compõe um conjunto de diretrizes que orientam as práticas de promoção e proteção de doenças e agravos nas diversas áreas da VS. Ela reforça a necessidade de articulação entre as vigilâncias e a atenção em saúde por meio de serviços articulados no âmbito da região de saúde como uma estratégia para a organização da VS[25].

Este estudo também revelou dificuldades na dimensão 'processo', visto que apenas uma região atingiu a pontuação máxima no indicador 'análise mensal dos dados/indicadores dos municípios'. Entretanto, é importante destacar que o conhecimento e a análise da situação de saúde são fundamentais para o planejamento das ações de vigilância, que deve estabelecer prioridades e indicadores para

acompanhamento e avaliação dessas ações[26-28].

Quanto à incipiência do número de reuniões entre a VS e a atenção à saúde no nível regional, a Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de VS pelos diferentes entes da federação, destaca a importância da integração dessas áreas por meio do desenvolvimento de processo de trabalho que reflita a realidade local[15]. Nesse sentido, estudo realizado sobre a VS no espaço das práticas da atenção básica relatou a importância de a equipe de saúde local se reconhecer como agente de vigilância. A finalidade é distinguir os riscos aos quais a população está exposta e, assim, promover a integração de práticas de saúde por meio da percepção ampliada das necessidades do território[29].

Por oportuno, cabe destacar que a Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, reduziu de seis para dois os blocos de financiamento do SUS, sendo um de custeio e outro de investimentos, excluindo o bloco da VS e flexibilizando do uso das verbas. Essa mudança poderá significar menos investimento em VS, à medida que os estados e municípios passarão a definir onde investir os repasses feitos pelo Ministério da Saúde (MS)[30].

Conclusões

Apesar de a regionalização da VS em Pernambuco ainda estar incompleta e de os resultados deste estudo demonstrarem variações significativas entre as regiões estudadas no que diz respeito à estrutura disponível e ao processo de trabalho, é importante destacar a relevância do processo, uma vez que o nível regional pode planejar e promover estratégias mais adequadas a cada contexto, observando as diferentes realidades dos municípios.

Falhas estruturais e gestão dos recursos humanos permanecem como impedimento para regionalização das ações e serviços de VS, bem como a integração das ações de prevenção e controle com a atenção básica, alinhando-as aos demais serviços da rede de atenção. Mesmo que o acompanhamento longitudinal das pessoas exista na atenção primária, a continuidade do cuidado pode implicar intervenções diagnósticas e tratamentos de média e alta complexidade frequentemente indisponíveis na maioria dos municípios. Assim, a atuação do nível estadual, tanto no desenho da rede de prestação de serviços como no estabelecimento de mecanismos para sua integração, é condição imprescindível ao sucesso de programas de controle dos agravos e constitui importante desafio para o avanço do processo de regionalização da VS.

Por fim, espera-se que os achados deste estudo possam contribuir para a discussão sobre a regionalização da VS no Brasil, pois suas fragilidades são claras e indicam a necessidade do princípio da solidariedade, que vai além do atendimento aos preceitos legais e normativos; de políticas públicas mais efetivas; e de lideranças institucionais, a serem exercidas pelos estados. Os gestores estaduais precisam assumir o protagonismo na indução da regionalização como projeto de governo, pois a capacidade de articulação do gestor estadual em promover o envolvimento dos atores e favorecer o pertencimento regional é uma tarefa complexa, mas é, sem dúvida, crucial para o desenvolvimento de uma regionalização cooperativa[31].

Colaboradores

Lopes NB (0000-0003-3159-5425)* contribuiu substancialmente para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; aprovação da versão final do manuscrito. Albuquerque AC (0000-0001-6305-4127)* e Felisberto E (0000-0002-2316-2251)* contribuíram para concepção e planejamento da pesquisa, bem como aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Casa Civil. Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 Set 1990. Brasília, DF. Seção 1:18.055.

2. Oliveira SRA, Teixeira CF. Avaliação da Regionalização do SUS: Construção do modelo teórico-lógico. RBSP. 2013; 37(1):236-254.

3. Rolim LB, Cruz RSBLC, Sampaio KJAJ. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. Saúde debate. 2013; 37(96):139-147.

4. Lima LD, Queiroz LFN, Machado CV, et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. Ciênc. Saúde Colet. 2012; 17(7):1903-1914.

5. Vargas I, Mogollón-Perez AS, Unger JP, et al. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice [internet]. Health PolicyPlann. 2014 [acesso em 2018 ago 15]; 30(6):705-17. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24963157.

6. Brasil. Casa Civil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União. 28 Jun 2011. Brasília, DF. Seção 1:1.

7. Albuquerque AC, Cesse EAP, Felisberto E, et al. Regionalização da vigilância em saúde: uma proposta de avaliação de desempenho em uma região de saúde no Brasil. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. [internet]. 2017 [acesso em 2018 ago 15]; 17(supl1):S135-S151. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000600007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

8. Faria LS, Bertolozi MR. Aproximações teóricas acerca da Vigilância em Saúde: um horizonte para a integralidade. Acta Paul Enferm. 2009; 22(4):422-7.

9. Oliveira AEF, Reis RS. Gestão Pública em Saúde. Os desafios da avaliação em Saúde. São Luiz: EDUFMA; 2016.

10. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund. Milbank Q. 2005; 83(4):691-729.

11. Pernambuco. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde. Plano Diretor de Regionalização. Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco; 2011.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 Dez 1999. Brasília, DF. Seção 1.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União. 9 Jul 2013. Brasília, DF. Seção 1:48. Seção 1:61. [acesso em 2017 abr 10]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/acesso-rapido/civs/portaria_20__de_03_outubro.pdf.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 13).

15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 20, de 03 de outubro de 2003. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde – SIM e Sinasc. Diário Oficial da União. 3 Out 2003. Brasília, DF.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Instrução Normativa nº 02 de 22 de novembro de 2005. Regulamenta as atividades da vigilância epidemiológica com relação à coleta, fluxo e a periodicidade de envio de dados da notificação compulsória de doenças por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. [acesso em 2017 abr 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/int0002_22_11_2005.html.

17. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

18. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2015.

19. Aristovnik A. Regional Performance Measurement of Healthcare Systems in the EU: A Non-parametric Approach. Lex Localis. 2015 [acesso em 2017 out 30]; 13(3):579-593. Disponível em: https://doi.org/10.4335/13.3.579-593(2015).

20. Mendes TKA, Oliveira SP, Delamarque EV, et al. Reestruturação da Gestão das Vigilâncias em Saúde em Alagoas: A Precarização da Formação e do Trabalho. Trab. educ. saúde [internet]. 2016 [acesso 2017 out 25]; 14(2):421-443. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000200421&lng=pt&nrm=iso.

21. Donateli CP, Avelar OS, Einloft ABN, et al. Avaliação da Vigilância em Saúde na Zona da Mata Mineira, Brasil: das normas à prática. Ciênc. Saúde Colet. 2017; 22(10):3439-3455.

22. Albuquerque AC, Mota ELA, Felisberto E. Descentralização das ações de vigilância epidemiológica em Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2015; 31(4):861-873.

23. Costa CS, Rocha AM, Silva GS, et al. Programa de Controle da Esquistossomose: avaliação da implantação em três municípios da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. Saúde debate. 2017; 41(esp):229-241.

24. Bezerra LCA, Freese E, Frias PG, et al. A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(4):827-839.

25. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 588, de 12 de julho de 2018. [acesso em 2018 ago 14]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf.

26. Costa JMBS, Cesse EAP, Samico IC, et al. Avaliação do desempenho estadual da vigilância em saúde de Pernambuco. Physis. 2015; 25(4):1141-63.

27. Costa ICS, Souto AC. Indicadores em Vigilância Sanitária de Alimentos. Revista Baiana de Saúde Pública. 2011; 35(4):826-844.

28. Weigelt LD, Mancio JG, Petry ELS. Indicadores de saúde na visão dos gestores dos municípios no âmbito da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde – RS. l. 2012; (36):191-205.

29. Oliveira CM, Casanova AO. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. Ciênc. Saúde Colet. 2009; 14(3): 929-936.

30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3992, d 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. [acesso em 2018 ago 14]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992.

31. Reis YAC, Cesse E A P, Carvalho EF. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Rev. Bras. Saúde Matern Infant. 2010; 10 (supl1):157-72.

Recebido em 11/09/2018
Aprovado em 15/05/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Acesso ao tratamento da mulher com câncer de mama

Access to treatment of women with breast cancer

Samara Maria Moura Teixeira Sousa[1], Maria das Graças Freire de Medeiros Carvalho[1], Luiz Ayrton Santos Júnior[1], Sarah Borges Carolina Mariano[1]

DOI: 10.1590/0103-1104201912206

RESUMO O objetivo do estudo foi caracterizar o acesso ao tratamento da mulher com diagnóstico de câncer de mama no estado do Piauí, Brasil. Estudo transversal analítico, desenvolvido em duas instituições hospitalares de referência, no período de janeiro a junho de 2018. A população compreendeu mulheres diagnosticadas com câncer de mama que realizaram tratamento no período de 2016 a 2017. A amostra foi de 155 participantes. A amostragem foi estratificada proporcional. Os dados foram processados no IBM® SPSS®, e calculadas estatísticas uni e bivariadas. Constatou-se que o tempo para o tratamento foi de, em média, 112,7 (±93,6) dias, variando de 12 a 550 dias (≡18,3 meses ou 1,5 anos), sendo que 71,6% das mulheres iniciaram o tratamento em um período superior a 60 dias do diagnóstico do câncer de mama. Foram verificadas associações estatisticamente significativas entre o atraso para início do tratamento e o território estadual de residência (p=0,041) e o estágio da doença (p=0,037). Dessa forma, o acesso ao tratamento do câncer de mama não está acontecendo como preconizado. Ressalta-se, portanto, a necessidade de uma maior organização dos serviços de saúde em rede, levando em conta as necessidades da população, por meio do atendimento em tempo oportuno.

PALAVRAS-CHAVE Saúde da mulher. Neoplasias da mama. Acesso aos serviços de saúde. Terapêutica. Tempo para o tratamento.

ABSTRACT *This study was aimed at characterizing the access to treatment of women diagnosed with breast cancer in the state of Piauí, Brazil. A cross-sectional analytical study was developed in two referral hospital institutions from January/2018 to June/2018. The population comprised women diagnosed with breast cancer who underwent treatment in the period from 2016 to 2017. The sample amounted to 155 participants. Sampling was proportionally stratified. The data was processed in IBM® SPSS®, and uni and bivariate statistics were calculated. It was noted that the average time for treatment was of 112.7 (± 93.6) days, varying from 12 to 550 days (≡18.3 months or 1.5 years), with 71.6 % of the women starting treatment within a period higher than 60 days following breast cancer diagnosis. Statistically significant associations were verified between the delay to start treatment and the state territory of residence (p = 0.041) and the disease stage (p = 0.037). The conclusion is that women are not having access to breast cancer treatment as recommended. Therefore, it is worth noting the need for greater organization in the network of health services, taking into account the needs of the population through timely health care.*

KEYWORDS *Women's health. Breast neoplasms. Health services accessibility. Therapeutics. Time-to-treatment.*

[1] Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Teresina (PI), Brasil.
samaraenfmoura@hotmail.com

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

Introdução

O câncer de mama compreende um problema de saúde pública mundial. O aumento da incidência de mortalidade de câncer de mama é diretamente proporcional às mudanças nos padrões demográficos, como o envelhecimento populacional e o desenvolvimento econômico. O desafio é garantir o acesso equitativo e integral ao diagnóstico e ao tratamento da doença[1]. Diante da estimativa crescente de casos de câncer, para que seja possível o diagnóstico e o tratamento precoce, devem ser considerados fatores desde a oferta de serviços até o acesso oportuno. Apesar dessa doença ser considerada de relativo bom prognóstico, quando diagnosticada e tratada oportunamente, a taxa de mortalidade (13,68/100.000) permanece elevada no Brasil, possivelmente, porque ela ainda é diagnosticada em estágios avançados[2], o que retoma a discussão sobre o acesso.

A literatura recente entende que acesso não é simplesmente a utilização do serviço de saúde, mas a utilização dos serviços de forma apropriada em momentos convenientes[3]. Ressalta-se a relação do acesso a serviços de saúde e equidade como a capacidade de organização dos sistemas de saúde para responder adequadamente às necessidades dos cidadãos. É nessa relação íntima que se pode garantir a oferta de ações e serviços de saúde adequados, oportunos e capazes de responder às necessidades e às expectativas dos cidadãos[4].

Assim, a política nacional para a prevenção e controle do câncer é então organizada no Brasil, de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde da população, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde[5].

Dessa forma, efetuação de redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), com centralidade na atenção básica, tem como consequência a ampliação do acesso e o uso regular de serviços de saúde com equidade[6].

Diante da necessidade de garantia do acesso ao tratamento de câncer, em 2012, foi sancionada a Lei nº 12.732 da Presidência da República, a qual estabelece o tempo de 60 dias para o início do tratamento de câncer[7].

Os dados obtidos, mediante o estudo, contribuirão para a organização dos serviços de atenção oncológica no estado do Piauí. Dessa forma, o objetivo deste estudo é caracterizar o acesso ao tratamento da mulher com diagnóstico de câncer de mama no território do Piauí, Brasil.

Métodos

Delineamento transversal analítico, desenvolvido em duas instituições hospitalares de referência para todo o estado do Piauí, localizadas na capital Teresina, no período de janeiro a junho de 2018. Considerando que o Piauí tem na rede de atenção oncológica do SUS 3 instituições, 1 Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) e 2 Unidades de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), a pesquisa foi desenvolvida no Cacon e em uma Unacon, ambos referência para todo o estado. A população do estudo compreendeu mulheres diagnosticadas com câncer de mama, que realizaram tratamento no período de 2016 a 2017. Nesse período, foram registrados 1.040 casos novos de câncer de mama, segundo dados fornecidos diretamente pelo Hospital São Marcos (HSM) e pelo Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU-UFPI). Compuseram a amostra as mulheres que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: apresentar cadastro no sistema gestor e o Registro Hospitalar de Câncer (RHC). Foram critérios de exclusão: não apresentar prontuário da paciente nem ser localizada após três tentativas de contato.

Para o cálculo do tamanho da amostra, foi utilizada a fórmula para determinação com base na estimativa da proporção populacional para populações finitas, na qual N é o tamanho da população (1.040), p é a proporção populacional de ocorrência do evento, em que utilizou-se 13,66%, correspondente à média das prevalências de atraso no tratamento superior

a 60 dias identificadas na literatura[5-8], Z é o ponto crítico da curva normal associado ao intervalo de confiança determinado de 95% (1,96) e E é o erro máximo de estimativa (5%). Assim, a amostra mínima necessária para o estudo foi de 155 participantes.

A amostragem foi estratificada proporcional, subdividindo-se a amostra entre as instituições com registro dos casos: HSM (140) e HU-UFPI (15). Para coleta dos dados, foi construída uma lista das mulheres que atenderam aos critérios de inclusão para sorteio e composição da amostra: das 1.040 mulheres, todas atenderam ao critério de inclusão. O sorteio foi realizado por meio do BioEstat 5.0. Aquelas que não foram localizadas após três tentativas de contato foram substituídas por sorteio, até completar o quantitativo mínimo da amostra.

Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário contendo variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, escolaridade, cor/raça, residência, atividade remunerada, filhos, idade da primeira gestação, amamentação, menarca e menopausa), epidemiológicas (câncer de mama anterior e doenças benignas de mama), diagnóstico e tratamento na avaliação inicial após primeiros sintomas (lateralidade, tamanho do tumor, linfonodo regional, presença de metástase). Foram definidas como variáveis operacionais para o tempo para o tratamento: residência (por territórios de saúde do Piauí), local do início do tratamento, consulta após primeiros sintomas, realização da biópsia, acompanhamento na atenção básica, renda (atividade remunerada, renda individual, renda familiar) e estágio da doença.

A pesquisa foi desenvolvida por meio de coleta de dados secundários e de dados primários mediante entrevista, realizada de forma presencial no hospital. Para determinação da variável tempo para o tratamento, foi consultado o registro no prontuário, no qual consta o resultado da biópsia externa ou interna, ou por meio do questionamento direto com a paciente, sendo comprovado com o resultado do exame, comparando-se a data do início do tratamento, seja cirúrgico, quimioterapia ou radioterapia. Foi considerado oportuno o tratamento iniciado no intervalo de até 60 dias, à luz da legislação brasileira denominada 'Lei dos 60 dias'[9].

Os dados do estudo foram processados no *software* IBM® SPSS®, versão 23.0. Foram calculadas estatísticas descritivas (média e desvio padrão, mediana e intervalo interquartil, mínimos e máximos, para as variáveis quantitativas; e frequências, para as variáveis qualitativas). Foram apresentados os valores de significância (p) e coeficiente de correlação (r)10.

Para a verificação de relação entre o tempo para início do tratamento (maior que 60 dias vs. até 60 dias) e variáveis operacionais selecionadas, foi realizado o Teste Qui-Quadrado de Pearson. Quando não atendidos os pressupostos desse teste, as variáveis foram dicotomizadas para realização do Teste Exato de Fisher. Para essa recategorização, foram analisados os resíduos ajustados da tabela de contingência, separando-se as categorias em grupos conforme tendência dos percentuais (para intervalo recomendado ou maior que 60 dias).

Para as associações significativas, foi apresentada a Razão de Chance e seu respectivo Intervalo de Confiança (IC). Os percentuais das tabelas de contingência foram calculados nas colunas, e as variáveis foram interpretadas (comparadas) nas linhas[10]. Todas as análises foram realizadas ao nível de significância de 5%.

Foram atendidas as normatizações éticas nacionais e internacionais para pesquisas com seres humanos. O estudo foi autorizado por ambas as instituições hospitalares de referência e foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa do HU-UFPI , sob parecer nº 1.933.576/2017 e do HSM nº 2.565.844. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

Resultados

A média (±desvio padrão) de idade das mulheres que realizaram tratamento para câncer de mama foi de 53,6 (±12,4) anos, com mínima

de 26,0 anos e máxima de 82,9 anos. A maioria era casada/união estável (89 – 57,4%), autodeclarada parda (90 – 58,1%) e exercia atividade remunerada (108 – 69,7%), cuja renda mensal individual média foi de R$ 899,43 (±1.055,32), com máximo de R$ 10 mil, enquanto a renda familiar mensal informada teve média R$ 1.245,85 (±1.311,35), com máximo de R$ 10 mil. Quanto à escolaridade, o tempo médio de estudo foi de 6,9 (±5,8) anos, com máximo de 20 anos, sendo que 28 delas (18,1%) não eram alfabetizadas *(tabela 1)*.

Tabela 1. Características demográficas, socioeconômicas, ginecológicas e obstétricas das mulheres que realizaram tratamento para câncer de mama (n=155). Piauí, Brasil, 2018

Característica		**M**	**DP**	**N**	**%**
Idade		53,6	12,4		
Estado civil	Solteira			27	17,4
	Casada/união estável			89	57,4
	Separada/divorciada			17	11,0
	Viúva			22	14,2
Escolaridade (anos de estudo)		6,9	5,8		
Cor/raça	Branca			31	20,0
	Preta			19	12,3
	Parda			90	58,1
	Amarela			14	9,0
	Sem informação			1	0,6
Atividade remunerada	Sim			108	69,7
	Não			46	29,7
	Sem informação			1	0,6
Renda individual mensal (R$)		899,43	1055,32		
Renda familiar mensal (R$)		1.245,85	1.311,34		
Ocupação	Empregada			25	16,1
	Autônoma			21	13,5
	Aposentada			45	29,0
	Desempregada			45	29,0
	Auxílio saúde			17	11,0
	Pensionista			2	1,3
Filhos	Sim			136	87,7
	Não			19	12,3
Idade da primeira gestação		22,5	5,3		
Idade da menarca		13,5	1,7		
Menopausa	Sim			124	80,0
	Não			31	20,0
Total		**155**	**100,0**		

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2018.

M: Média; DP: Desvio Padrão.

No que se refere às características ginecológicas e obstétricas, 136 (87,7%) tinham filhos, com idade média da primeira gestação de 22,5 (±5,3) anos, variando de 14,0 anos a 38,0 anos; 131 (84,5%) amamentaram o(s) filho(s), com tempo médio de amamentação de 16,6 (±13,5) meses, variando de um mês a cinco anos. A idade média da menarca foi de 13,5 (±1,7) anos, com mínimo de 10,0 anos e máximo de 18,0 anos. Foram 124 (80,0%) as que informaram estar na menopausa (*tabela 1)*.

Analisando as características epidemiológicas, a *tabela 2* informa que apresentaram câncer de mama prévio 47 mulheres (30,3%), e que 41 (26,5%) tiveram doença benigna da mama. O diagnóstico predominante foi neoplasia maligna do quadrante superior externo da mama (62 – 40,0%), unilateral esquerda (82 – 52,9%) ou direita (72 – 46,5%). Com relação ao estágio da doença, 71 (45,8%) apresentaram estágios IIIA, IIIB, IIIC ou IV.

Tabela 2. Características epidemiológicas das mulheres que realizaram tratamento para câncer de mama (n=155). Teresina, PI, Brasil, 2018

Característica	M	DP	n	%
Câncer de mama anterior				
Sim	-	-	47	30,3
Não	-	-	108	69,7
Doenças benignas da mama				
Sim	-	-	41	26,5
Não	-	-	114	73,5
Diagnóstico				
C50	-	-	17	11,0
C50.1	-	-	29	18,7
C50.2	-	-	27	17,4
C50.3	-	-	6	3,9
C50.4	-	-	62	40,0
C50.5	-	-	4	2,6
C50.8	-	-	3	1,9
C50.9	-	-	7	4,5
Lateralidade				
Direita	-	-	72	46,5
Esquerda	-	-	82	52,9
Bilateral	-	-	1	0,6
Estágio da doença				
I A	-	-	17	11,0
I B	-	-	3	1,9
II A	-	-	28	18,1
II B	-	-	36	23,2
III A	-	-	27	17,4

Tabela 2. (cont.)

III B	-	-	27	17,4
III C	-	-	6	3,9
IV	-	-	11	7,1
Intervalo entre início dos sintomas e diagnóstico*	**275,1**	**491,2**	**-**	**-**
Intervalo entre diagnóstico e início do tratamento*	**112,7**	**93,6**	**-**	**-**
Maior que 60 dias	-	-	111	71,6
Até 60 dias	-	-	44	28,4
Total			**155**	**100,0**

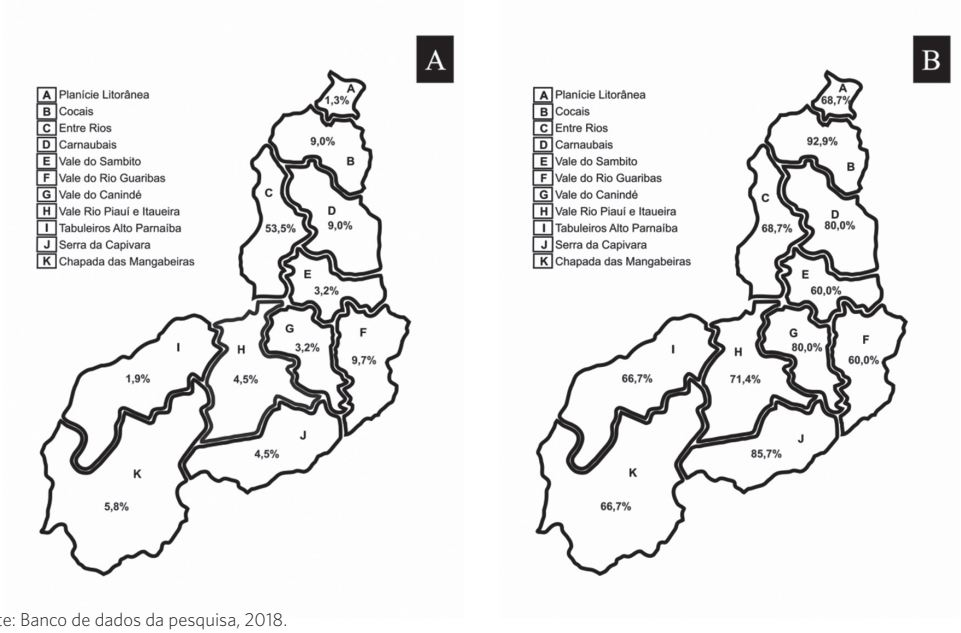
Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2018.

M: Média; DP: Desvio Padrão; *: em dias.

Quanto ao intervalo de tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico, a média (±DP) foi de 275,1 (±491,2) dias (≡9,2 meses), com mínimo de 4 dias e máximo de 4.903 dias (≡13,6 anos), e mediana (±intervalo interquartil) igual a 122,3 (±279,12) dias (≡4,1 meses). No que se refere ao intervalo entre o diagnóstico e o início do tratamento, a média foi de 112,7 (±93,6) dias, variando de 12 dias a 550 dias (≡18,3 meses ou 1,5 anos), com mediana 83,8 (±78,91) dias (≡2,8 meses), sendo que 111 (71,6%) mulheres iniciaram o tratamento em um período superior a 60 dias do diagnóstico do câncer de mama *(tabela 2)*.

A *figura 1-A* mostra que 53% das mulheres residiam no território Entre Rios, onde fica a capital do estado do Piauí e a maior concentração dos pontos de atenção de alta complexidade. As frequências de atrasos para início do tratamento, apresentadas na figura 1-B, foram superiores a 59%, em sua totalidade. Os maiores percentuais de atraso foram identificados, em ordem decrescente, entre as mulheres residentes no território dos Cocais (92,9%), Serra da Capivara (85,7%), Carnaubais e Vale do Canindé (ambos 80,0%), Vale do Rio Piauí e Itaueira (71,4%), Entre Rios e Planície litorânea (ambos com 68,7%), Chapada das Mangabeiras e Tabuleiros do Alto Parnaíba (ambos com 66,7%) e Vale do Sambito e Vale do Rio Guaribas (ambos com 60%).

Figura 1. Distribuição dos casos de câncer de mama por territórios de saúde do Piauí (n=155). Teresina, PI, Brasil, 2018



Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2018.

A: frequência de casos de câncer de mama; B: frequência de atraso para o início do tratamento.

Foram verificadas associações estatisticamente significativas entre o tempo para início do tratamento e a residência da mulher, conforme o território estadual (p=0,041) e o estágio da doença (p=0,037). Para as mulheres provenientes das regiões Cocais, Serra da Capivara, Vale Rio Piauí e Itaueira, Vale do Canindé, Planície litorânea e Carnaubais, a frequência de mulheres que iniciaram o tratamento no intervalo maior que 60 dias foi de 34 (30,6%), enquanto apenas 6 (13,6%) realizaram no prazo. Nessa relação, a Razão de Prevalência (RP) foi de 1,269 (IC95%=1,057-1,524), indicando que mulheres que residem nos territórios citados apresentam uma chance 26,9% maior de atraso no início do tratamento em comparação aos demais territórios do estado do Piauí *(tabela 3)*.

Tabela 3. Associação entre variáveis operacionais e o tempo para início do tratamento das mulheres (n=155). Teresina, PI, Brasil, 2018

Variável	**Tempo para início do tratamento**				**p**
	>60 dias		**≤60 dias**		
	n	**%**	**n**	**%**	
Residência (região de saúde)					**0,041[f]**
Cocais, Serra da Capivara, Vale Rio Piauí e Itaueira, Vale do Canindé, Planície litorânea e Carnaubais	34	30,6	6	13,6	
Entre Rios, Tabuleiros Alto Parnaíba, Chapada das Mangabeiras, Vale do Rio Guaribas e Vale do Sambito	77	69,4	38	86,4	

Tabela 3. (cont.)

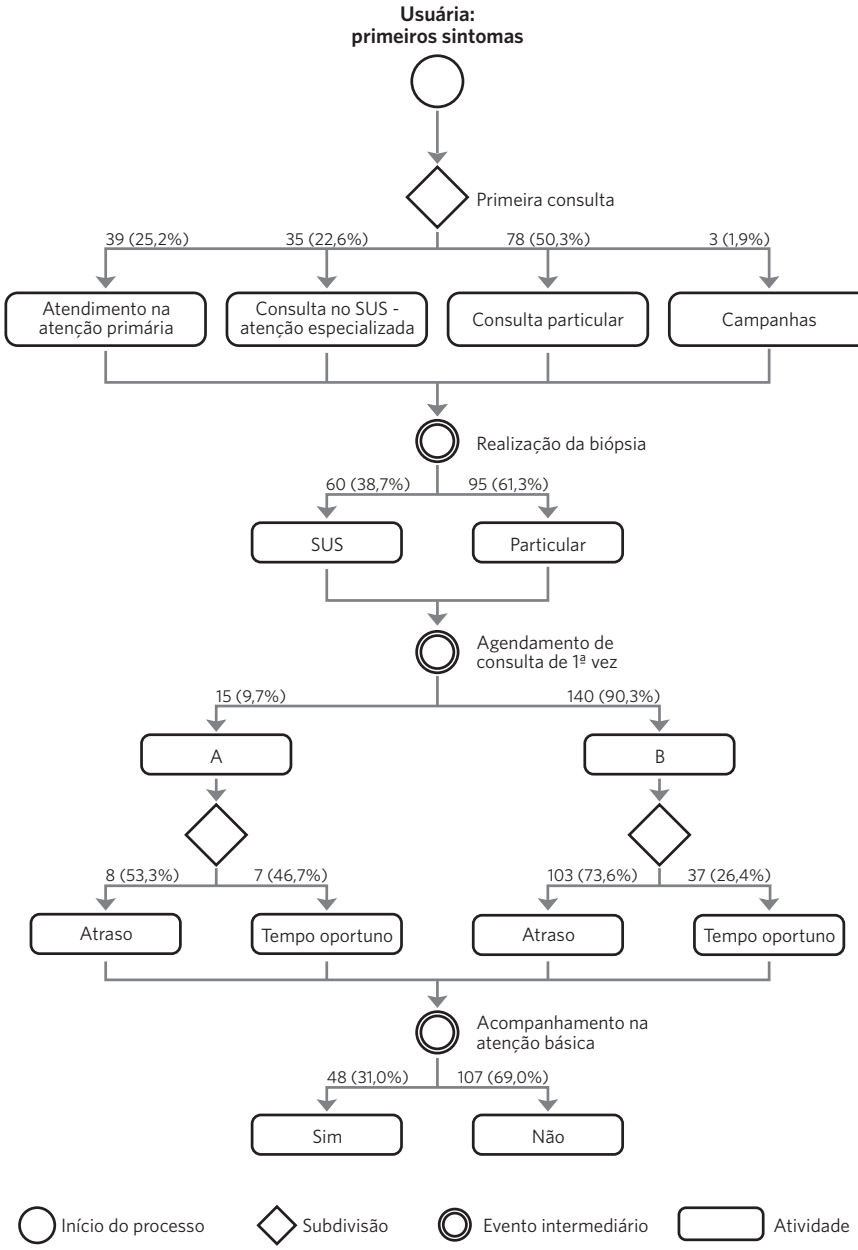
Local do início do tratamento					**0,131[f]**
HSM	103	92,8	37	84,1	
HUUFPI	8	7,2	7	15,9	
Consulta após primeiros sintomas					**0,593[f]**
APS ou especializada do SUS	55	49,5	19	43,2	
Particular ou campanhas	56	50,5	25	56,8	
Realização da biópsia					**0,472[q]**
Particular	70	63,1	25	56,8	
SUS	41	36,9	19	43,2	
Acompanhamento na atenção básica					**0,809[q]**
Sim	35	31,5	13	29,5	
Não	76	68,5	31	70,5	
Atividade remunerada					**0,738[q]**
Sim	78	70,9	30	68,2	
Não	32	29,1	14	31,8	
Renda individual					**0,440[f]**
Até R$ 954,00	8	10,0	1	3,3	
Acima de R$ 954,00	72	90,0	29	96,7	
Renda familiar					**0,940[q]**
Até R$ 954,00	22	20,6	8	20,0	
Acima de R$ 954,00	85	79,4	32	80,0	
Estádio do câncer de mama					**0,037[q]**
Estágios I e II	66	59,5	18	40,9	
Estágios III e IV	45	40,5	26	59,1	
Total	**111**	**100,0**	**44**	**100,0**	

Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2018.

APS: Atenção Primária à Saúde; SUS: Sistema Único de Saúde; p: significância do teste de associação; q: teste Qui-Quadrado de Pearson; f: teste Exato de Fisher.

Quanto ao estágio do câncer de mama, a frequência de mulheres com estágios I e II e que iniciaram o tratamento após 60 dias do diagnóstico foi significativamente maior, correspondendo a 66 (59,5%), com RP de 1,240 (IC95%=1,006-1,528), indicando que mulheres em estágios iniciais da doença, nos quais o tumor está limitado à mama, apresentam chance 24,0% maior de atraso no início do tratamento comparativamente às diagnosticadas com estágios III e IV. Para as demais variáveis operacionais na tabela, não foram verificadas associações significativas (p>0,05) *(tabela 3)*.

Figura 2. Fluxo de atendimento e realização da biópsia das mulheres que realizaram tratamento para câncer de mama (n=155). Teresina, PI, Brasil, 2018



Fonte: Banco de dados da pesquisa, 2018.

Na *figura 2*, observa-se o fluxo de acesso das mulheres pesquisadas após o início dos primeiros sintomas. Para 39 (25,2%) delas, a porta de entrada foi a atenção básica, para 35 (22,6%), foi mediante consulta na atenção especializada do SUS, a maioria relatou a busca por atendimento particular (78 – 50,3%) e apenas 3 (1,9%) mulheres tiveram como porta de entrada as campanhas. Do total de 155 mulheres entrevistadas, no que se refere à realização da biópsia,

a maioria (95 – 61,3%) relatou a realização em serviço particular. Após agendamento das consultas de primeira vez, distribuídas em ambas as instituições, verificaram-se percentuais de atraso para início do tratamento de 103 (73,6%) das mulheres atendidas no hospital estadual de referência oncológica e de 8 (53,3%) no hospital universitário. Foram 107 (69,0%) as mulheres que referiram não serem acompanhadas pela atenção básica.

Discussão

A maioria das mulheres do estado do Piauí está iniciando o tratamento de câncer de mama com um atraso de mais de 60 dias do diagnóstico, ou seja, o acesso não está acontecendo em tempo oportuno. Tem-se, como consequência, um maior percentual de mulheres diagnosticadas em estágios mais avançados. Evidenciou-se, no presente trabalho, que a rede de atenção oncológica não está possibilitando o tratamento no tempo oportuno para 71,6% das mulheres com essa doença no Piauí.

A média de idade das mulheres no presente estudo foi de 53,6 (±12,4) anos, próximo às médias encontradas em dois estudos nacionais[11,12], respectivamente 50,5 e 48 anos. No México, um estudo indicou uma média de idade de 52 anos, assim como em Ruanda, com a média de idade dos pacientes de 49 anos[13,14]. Entretanto, a média foi menor quando comparado com os EUA[6], onde a idade média de 61,6 anos (DP: 15 anos), e com média de idade de 75,2 em outro estudo[5], assim como a média de idade da França, de 60 anos[7].

O estudo mostrou um percentual elevado (71,6%) de mulheres que iniciaram o tratamento em um estágio mais avançado; um achado grave, à medida que a detecção e o início precoce do tratamento do câncer estão relacionados com a maior taxa de cura das mulheres com câncer de mama[15].

O presente estudo revelou que o tempo para estabelecer o diagnóstico a partir da circunstância de detecção de anormalidade foi, em média, de 275,1 dias e um desvio padrão elevado de 491,2 dias; uma mediana de 122,3 dias. Esse atraso contribui para justificar o estadiamento avançado da doença, sinalizando que as mulheres atendidas com esse atraso podem ter taxas de sobrevida diminuídas. Esses dados estão bem elevados quando comparados com o estudo nacional[16], em que o tempo médio para o diagnóstico foi de 102,5 ± 165,5 dias. Observa-se que, no Brasil, a razão entre mamografias e população-alvo de rastreamento mostrou-se baixa em todas as faixas etárias analisadas[17].

Quando comparado o tempo para diagnóstico do estudo com os estudos internacionais, a média de atraso (275,1 dias) desse trabalho continua elevada. No Paquistão, a média de 165 dias[18]; e na Colômbia, 91 dias[19]. À medida que se compara com países de um maior potencial de desenvolvimento, essa diferença fica ainda maior. No México, a média foi de 30 dias[13], nos Estados Unidos[20], foi de 16,5 dias. No entanto, uma revisão sistemática feita com trabalhos africanos revelou atrasos com tempos maiores do que foi encontrado no estudo, tempos médios do reconhecimento de sintomas ao diagnóstico entre 4 meses e 15 meses[21].

Em uma pesquisa realizada em Pernambuco, enfatizou-se que a alta mortalidade por câncer de mama no Brasil está ligada ao retardo na investigação das lesões suspeitas e no fato de iniciar o tratamento em tempo não oportuno. Ainda reforçam que o objetivo da detecção precoce é diagnosticar e tratar pacientes com câncer de mama em um estágio inicial, quando o prognóstico para a sobrevivência em longo prazo é melhor[22].

O intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento foi acima do preconizado. Nesse estudo, a média de atraso de 112,7 (93,6) dias com uma frequência muito elevada de mulheres (71,6%) que iniciaram o tratamento em um tempo maior que 60 dias. Caso se some a esse intervalo o tempo para o diagnóstico, tem-se uma média de 387,8 dias. Os valores encontrados no trabalho estão acima da média nacional; como mostram os estudos[23-25], o atraso

foi de 71,5 dias, média de 87,3 dias e de 68 dias, respectivamente. Outra pesquisa analisou o intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento do câncer de mama em mulheres, o tempo mediano entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de 43 dias (região Sudeste: 44 dias; Nordeste: 43 dias; Sul: 39 dias; Centro-Oeste: 30 dias; Norte: 49 dias)[24].

A literatura internacional revelou atrasos menores em relação ao presente estudo. Um trabalho realizado na Carolina do Norte, em mulheres de baixa renda, concluiu que 66% delas receberam o seu primeiro tratamento no prazo de 30 dias do diagnóstico, e quase todas as mulheres (90%) receberam tratamento inicial no prazo de 60 dias após o diagnóstico[6].

Quando se relacionam os percentuais de atraso com os territórios de Saúde do Estado do Piauí, observa-se um percentual elevado em relação ao início do tratamento em todos os Territórios, independentemente da distância do local de realização do tratamento. Porém, quanto aos territórios de Cocais, Serra da Capivara, Vale do Canindé e Carnaubais, o percentual é maior.

Vale ressaltar que esse resultado não está apenas nos territórios mais distantes em relação à cidade onde ficam a Unacon e o Cacon. Na verdade, o percentual de atraso maior, de 92,9%, está no território de Cocais, no qual a sua sede (Piripiri) fica a uma distância de 166,9 Km do local de tratamento, seguido por Serra da Capivara (São Raimundo Nonato) com 85,7% distante, 521,6 Km; Carnaubais 80% (Campo Maior), a 84 Km; e Vale do Canindé com 80% (Oeiras), distante 278,9 Km. É importante destacar que o território da Chapada das Mangabeiras, distante 603 Km do local de tratamento, obteve um percentual 66,7%, abaixo do Território Entre Rios (68%), onde fica os serviços de referências para tratamento de câncer.

Esses resultados evidenciam que o atraso não está ligado às barreiras geográficas, mas pode estar relacionado com uma desarticulação dos serviços de atenção, ou seja, a uma necessidade de organização dos pontos de atenção desde a atenção básica até a especializada, com a definição de fluxos bem definidos, assim como a coordenação e ordenação dos serviços, com uma atenção básica como ordenadora e coordenadora da atenção. No entanto, há ainda a necessidade de mais estudos para especificar o que explicaria esses dados.

Na relação entre o tempo para início do tratamento e os territórios de residência das mulheres, o estudo separou em dois grupos, sendo o primeiro grupo os territórios que apresentaram maiores atrasos. Assim, verificou-se que quem reside nos territórios de Cocais, Serra da Capivara, Vale Rio Piauí e Itaueira, Vale do Canindé, Planície litorânea e Carnaubais tem uma maior prevalência de atraso em relação aos outros territórios, qual seja, 26,9% de chance para começar o tratamento em atraso do que quem reside nos outros territórios.

Quanto à associação entre o estágio e o atraso para o início do tratamento, foi maior o tempo para o início do tratamento para quem estava nos estágios iniciais I e II. Portanto, aquelas pacientes diagnosticadas nesses estágios tiveram uma chance de 24% maior em relação àquelas nos estágios III e IV para iniciar o tratamento acima do tempo normatizado pela legislação.

Com relação ao desenho do fluxo da mulher desde a detecção de anormalidade até o tratamento e acompanhamento da atenção básica, observou-se que o acesso à rede de atenção oncológica não está acontecendo de maneira adequada. Entre as mulheres entrevistadas, mais da metade iniciaram o caminho para o tratamento de câncer de mama tendo como porta de entrada os serviços privados. Esse dado pode ser uma evidência de que a rede não esteja atendendo à necessidade dessa população. Semelhantes dados foram encontrados em outro estudo que mostra que 36% das pacientes foram encaminhas pelo posto de saúde da família, e que 48%, pelos serviços privados[26].

Outro ponto relevante no percurso é o fato de após entrada, seja pelo SUS ou particular, para conseguir realizar a biópsia, a grande maioria das mulheres precisa fazê-la na rede particular (61,3%). No estado do Piauí, apenas

o HU-UFPI oferece serviço de biopsia de câncer de mama no SUS. Isso demonstra uma oferta de biopsia abaixo da necessidade, o que é compatível com um outro estudo feito, no qual o número de biópsias comparado ao número de casos que demandariam seguimento para esclarecimento diagnóstico mostra que apenas 27% das mulheres entre 50 e 59 anos com mamografias com BI-RADS 4 e 5 estão realizando biópsia. Já na faixa etária entre aquelas com 60-69 anos, esse percentual sobe para 63%[17].

Esse mesmo autor demonstrou também que a quantidade de biópsias ofertadas na rede não correspondente à necessidade diagnóstica estimada pelo número de mamografias realizadas no Brasil, indicando que o sistema de saúde ainda não está preparado para atender à demanda de mulheres que deveriam ser alvo das ações específicas de rastreamento e de diagnóstico precoce para o câncer de mama[17].

No passo seguinte ao início do tratamento, as mulheres retornam à atenção básica para fazer o agendamento da consulta de primeira vez para o local do início de tratamento. Isso para as mulheres que iniciaram o processo no serviço privado, no entanto, quem iniciou nos serviços SUS já é encaminhada para a consulta de primeira vez no próprio serviço.

Muito relevante foi o fato de uma frequência bem maior que a metade das entrevistadas não serem acompanhadas pela atenção básica. Segundo o Ministério da Saúde, as relações entre os pontos de atenção de saúde devem ser horizontais, com o centro de comunicação na atenção básica, sendo coordenadora e ordenadora das ações[27].

Certamente, o fato de a atenção básica não estar sendo coordenadora e ordenadora do cuidado, bem como a atenção especializada, que também não coordena dentro do seu serviço o acompanhamento das pacientes de forma estruturada, possibilita essa interrupção do tratamento. Na verdade, a mulher é quem busca sozinha a resolução das suas necessidades, isso sugere que a rede não está ordenada, sem um elemento coordenador, o que pode ser o ponto primordial para que ela consiga o acesso ao tratamento no tempo correto.

Em um estudo no Canadá, que avaliou a redução do tempo de diagnóstico da implantação de clínicas de acesso rápido, o qual tinha o cuidado coordenado dentro dos centros de diagnóstico, o tempo desde a busca para o diagnóstico até o início de tratamento diminuiu de 92 dias para 64 dias. Concluiu que a coordenação de investigação diminui atendimentos duplicados, assim como o envolvimento do médico da família aumenta a capacidade do início do tratamento em tempo hábil, além de que a coordenação dos cuidados radiológicos melhora o tempo de espera e de alcance dos resultados[28].

Atrasos aos serviços de saúde são verificados quando a rede da assistência está desestruturada, o que promove a sobrecarga dos centros especializados e favorece situações indesejáveis, como a seleção adversa em favor dos casos de melhor prognóstico[26].

Em Taiwan, o sistema de saúde não tem um ordenamento de referência e contrarreferência. No entanto, os pacientes têm alta acessibilidade a cuidados médicos. Cada paciente pode acessar qualquer serviço sem uma referência primária e buscar um serviço de saúde mais complexo sem passar pela referência de uma atenção menos especializada. Assim, iniciam o tratamento em um menor tempo[29].

O elevado tempo de espera para a realização tanto para o diagnóstico quanto para o início do tratamento pode produzir consequências graves para as pacientes, como a diminuição das suas chances de cura e do tempo de sobrevida. Traz também prejuízos relacionados com a qualidade de vida, pois requer abordagens mais agressivas, necessidade de utilização de múltiplas modalidades terapêuticas, resultando na sobreposição de sequelas[22].

É importante destacar que a regulação das consultas e de exames, em ambas as instituições que participaram do estudo, é realizada pelo Gestor Municipal da Saúde de Teresina, Piauí, por meio do sistema de marcação disponível em pontos de marcação descentralizados em Unidades Básicas de Saúde nos municípios do estado. Assim, diante da necessidade da

paciente, procede-se com a marcação nesse sistema para uma consulta oncológica de primeira vez, com comprovação mediante apresentação da biópsia para iniciar o tratamento em estabelecimentos de saúde habilitados, como a Unacon ou como o Cacon.

A categoria acesso busca uma totalidade concreta, embasada no princípio da equidade, no estabelecimento de caminhos para a universalidade da atenção, regionalização, hierarquização e a participação popular[4].

Assim, analisar o acesso da mulher com câncer de mama ao tratamento pode fornecer bases para organização de um serviço de qualidade, a fim de que o tratamento da doença possa ocorrer no tempo adequado e de acordo com a necessidade da população para obtenção de maior resolubilidade. Estudos que avaliam o intervalo de tempo entre o diagnóstico e início de tratamento são importantes para direcionar medidas resolutivas, à medida que indicam mudanças no fluxo, assim como elencam os aspectos relacionados com os custos, contribuindo, de forma significativa, para todos os níveis de gestão, embasando-as no planejamento das ações de saúde[8,30].

Mais estudos são necessários para determinar, de forma mais precisa, quais variáveis, em cada ponto de atenção da rede de atenção oncológica no estado do Piauí, estão interferindo no processo de tratamento dos pacientes com câncer de mama, assim com um entendimento mais específico de todo o processo na tentativa de discriminar o real impacto de cada ponto de atenção na rede de atenção oncológica.

Conclusões

No estado do Piauí, o acesso ao tratamento do câncer de mama não está acontecendo como preconizado pelo Ministério da Saúde. Identificaram-se percentuais muito significativos de mulheres que iniciam o tratamento atrasadas. O fluxo de acesso ao tratamento dessa doença não está permitindo às mulheres se beneficiarem da rede de atenção como determina a lei dos 60 dias, sugerindo desarticulação entre os serviços, o que pôde ter influenciado atrasos para o início do tratamento. Portanto, ressalta-se a necessidade de uma maior organização dos serviços de saúde em rede, levando em conta as necessidades da população mediante o atendimento em tempo oportuno e de forma resolutiva, com a atenção primária como ordenadora e coordenadora do cuidado, dessa forma, garantindo o acesso ao tratamento e a utilização dos recursos destinados ao tratamento da maneira mais eficiente.

Colaboradores

Sousa SMMT (0000-0002-9611-7486)* contribuiu para a concepção, planejamento e delineamento do estudo; aquisição, análise e interpretação dos dados do trabalho; coleta dos dados; redação, elaboração de versões preliminares do artigo e revisão crítica de importante conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada. Carvalho MGFM (0000-0002-6161-7085)* contribuiu para a orientação do trabalho, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Santos Júnior LA (0000-0002-6697-6167)* apresentou sugestões importantes incorporadas ao trabalho e aprovação da versão final do manuscrito . Mariano SBC (0000-0003-0452-0516)* contribuiu para a coleta dos dados, apresentou sugestões importantes incorporadas ao trabalho. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Oliveira EXG, Melo ECP, Pinheiro RS, et al. Access to cancer care: mapping hospital admissions and high--complexity outpatient care fl ows. The case of breast cancer. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(2):317-326.

2. Barros AF, Uemura G, Macedo JLS. Interval for access to treatment for breast cancer in the Federal District, Brazil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2013; 35(10):458-63.

3. Mendes EV. O acesso à atenção primária à saúde. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2016.

4. Barros FPC, Lopes JS, Mendonça AVM, et al. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. Saúde debate. 2016; 40(110):264-271.

5. Bleicher RJ, Ruth K, Sigurdson ER, et al. Time to Surgery and Breast Cancer Survival in the United States. JAMA Oncol [internet]. 2016 [acesso em 2018 jan 10]; 2(3):330-339. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2474438.

6. McLaughlin JM, Anderson RT, Ferketich AK, et al. Effect on survival of longer intervals between confirmed diagnosis and treatment initiation among low-income women with breast cancer. J Clin Oncol [internet]. 2012 [acesso em 2018 jan 10]; 30(36):4493-500. Disponível em: https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2012.39.7695.

7. Molinié F, Leux C, Delafosse P, et al. Waiting time disparities in breast cancer diagnosis and treatment: a population-based study in France. Breast [internet]. 2013 [acesso em 2018 fev 1]; 22(5):810-6. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0960977613000404.

8. Souza CB, Fustinoni SM, Amorim MH, et al. Breast cancer: diagnosis-to-treatment waiting times for elderly women at a reference hospital of São Paulo, Brazil. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2015 [acesso em 2017 dez 3]; 20(12):3805-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413--81232015001203805&lng=en&nrm=iso&tlng=en.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial da União. 23 Nov 2012.

10. Pollock PH. The essencials of political analysis. Washington, DC: CQ Press; 2012.

11. Veiga DF, Campos FSM, Ribeiro LM, et al. Mastectomy versus conservative surgical treatment: the impact on the quality of life of women with breast cancer Mastectomia versus tratamento cirúrgico conservador: impacto na qualidade de vida de mulheres com câncer mamário. Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil. 2010; 10(1):51-57.

12. Cavalcanti LPG, Simões PSF, Silva MRR, et al. Assistência em mastologia em uma unidade de referência do Sistema Único de Saúde no Ceará, Brasil. Rev. bras. Cancerol. 2012; 58(4):63-69.

13. Ángeles-Llerenas A, Torres-Mejía G, Lazcano-Ponce E, et al. Efecto de la demora en la atención sobre la supervivencia de mujeres mexicanas con cáncer de mama. Salud Publica Mex. 2016; 58(2):237-250.

14. Pace LE, Mpunga T, Hategekimana V, et al. Delays in Breast Cancer Presentation and Diagnosis at Two Rural Cancer Referral Centers in Rwanda. Oncologist. 2015; 20(7):780-788.

15. Rosa LM, Radünz V, Brüggemann OM. Tempo entre as etapas diagnósticas e terapêuticas do câncer de mama no SUS. Ciênc Cuid Saúde. 2013; 12(1):104-111.

16. Romeiro Lopes TC, Gravena AAF, Demitto MO, et al. Delay in Diagnosis and Treatment of Breast Cancer among Women Attending a Reference Service in Brazil. Asian Pac J Cancer Prev 2017; 18(11):3017-3023.

17. Azevedo e Silva G, Bustamante-Teixeira MT, Aquino EML, et al. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saú-

de. Cad. Saúde Pública. 2014; 30(7):1537-1550.

18. Habibullah S, Haider G, Ashraf J, et al. To Determine the Factors Responsible for Diagnostic Delay of Breast Cancer Among Women. Pak J Med Res. 2016; 55(3):62-5.

19. Piñeros M, Sánchez R, Perry F, et al. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. Salud Publica Mex. 2011; 53(6):478-85.

20. Ruddy KJ, Gelber S, Tamimi RM, et al. Breast cancer presentation and diagnostic delays in young women. Cancer. 2014; 120(1):20-5.

21. Espina C, Mckenzie F, Dos-Santos-Silva I. Delayed presentation and diagnosis of breast cancer in African women: a systematic reviewAnnals of Epidemiology. Rev. Ann Epidemiol. 2017; 27(10):659-671.

22. Paiva C, Cesse E. Aspectos relacionados ao atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. Rev. Bras. Cancerol. 2015; 61(1):23-30.

23. Ferreira NAS, Carvalho SMF, Valenti VE, et al. Treatment delays among women with breast cancer in a low socio-economic status region in Brazil. BMC Women's Health. 2017; 17(1):4-11.

24. TCR Lopes, Gravena AAF, Demitto MO, et al. Atraso no diagnóstico e tratamento de cancro da mama entre as usuárias de um serviço de referência no Brasil. Asian Pac J Cancer Prev. 2017; 18(11):3017-3023.

25. Kaliks RA, Pontes LB, Bognar CLFB, et al. Pacientes com câncer de mama oriundas do Sistema Único de Saúde tratadas no setor privado: custos de um piloto de parceria público-privada em oncologia. Einstein [internet]. 2013 [acesso em 2017 dez 3]; 11(2):216-223. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v11n2/pt_14.pdf.

26. Trufelli C, Matos LL, Santi PX, et al. Adjuvant treatment delay in breast cancer patients. Rev assoc med Bras. 2015; 61(5):411-416.

27. Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil [internet]. 2017 [acesso em 2018 set 29]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf.

28. Mckevitt EC, Dingee CK, Warburton R, et al. Coordination of radiologic and clinical care reduces the wait time to breast cancer diagnosis. Curr Oncol. 2017; 24(5):e388-e393.

29. Shieh SH, Hsieh VC, Liu SH, et al. Delayed time from first medical visit to diagnosis for breast cancer patients in Taiwan. JFMA. 2014; 113(10):696-703.

30. Grabois MF, Oliveira EXG, Carvalho MS. Access to pediatric cancer care in Brazil: mapping origin-destination flows. Rev Saude Publ. 2013; 47(2):368-78.

Recebido em 22/03/2019
Aprovado em 20/08/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará

Access and embracement in the Primary Care of the Western region of Pará

Larissa Ádna Neves Silva[1], Rui Massato Harayama[1], Franciane de Paula Fernandes[2], Juliana Gagno Lima[1]

DOI: 10.1590/0103-1104201912207

RESUMO O artigo teve como objetivo geral analisar as condições de acesso e acolhimento da Atenção Básica na região de saúde do Baixo Amazonas, localizada no Oeste do Pará, sob a perspectiva das equipes de saúde e dos usuários. Trata-se de uma pesquisa descritiva e quantitativa, na qual foram utilizados dados secundários do segundo ciclo do PMAQ-AB, ano 2014. Foram selecionadas variáveis do Instrumento de Avaliação Externa dos módulos II (profissional) e III (usuários). Consideraram-se 58 equipes de saúde e 232 usuários de 11 municípios da região de saúde. Alguns avanços notáveis no processo de trabalho das equipes estão relacionados com formas de agendamento, Unidades Básicas de Saúde (UBS) próximas aos domicílios dos usuários, horário de funcionamento e implantação do acolhimento. Contudo, há dificuldades na organização da agenda e necessidade de fichas e fila para que o usuário chegue ao atendimento. A pesquisa revelou alta porcentagem de implantação do acolhimento como parte do cotidiano de trabalho das equipes, entretanto, cabe avaliar não apenas a existência, mas também a qualidade do acolhimento, visto que este é mais do que uma triagem ao médico. De modo geral, ainda persistem obstáculos no processo de escuta e na resolutividade das necessidades de saúde dos usuários.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Acesso aos serviços de saúde. Acolhimento.

ABSTRACT *The article aims to analyze the conditions of access and embracement of Primary Care in the health region called Baixo Amazonas, located in Western Pará, from the perspective of health teams and patients. This is a descriptive and quantitative research, which used secondary data from the second cycle of PMAQ-AB, in the year 2014. Variables from the External Evaluation Instrument of modules II (professional) and III (patients) were selected. 58 health teams and 232 users from 11 municipalities in the health region were considered. Some notable advances in the work process of teams are related to scheduling, UBS close to patients homes, opening hours and implementation of the embracement. However, there are difficulties in organizing the agenda as well as the need of tokens and queue for the user to reach the service. The research revealed a high percentage of implantation of the embracement as part of the teams' daily work, however, it is important to evaluate not only the existence, but the quality of the embracement, since it is more than a screening to the doctor. In general, obstacles still persist in the listening process and in resolving the health needs of patients.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Access to health services. Embracement.*

[1] Universidade Federal do Oeste do Pará (Ufopa), Instituto de Saúde Coletiva (Isco) – Santarém (PA), Brasil.
laralissa_@hotmail.com

[2] Universidade do Estado do Pará (Uepa) – Santarém (PA), Brasil.

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

Introdução

A discussão de acesso e acolhimento em contexto regional insere-se em uma nova perspectiva no modelo assistencial, pautada na integração dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e respostas compatíveis às necessidades de saúde da população. Considerando a diversidade de abordagens dos conceitos de acesso e acolhimento, destacam-se as definições de Starfield[1] e Franco et al.[2]. Starfield[1] aborda a discussão de acesso a partir do uso oportuno dos serviços para o alcance dos melhores resultados possíveis, em termos de tempo e atendimento às necessidades de saúde. Envolve a experiência de uso do cidadão ao buscar o serviço de saúde como sua referência e associa cuidado com necessidades, ampliando o olhar do aspecto geográfico. Sobre o acolhimento, Franco et al.[2] apontam este dispositivo como uma possibilidade de aperfeiçoamento (ou inversão) da lógica de organização dos serviços de saúde, com foco na relação equipe de saúde-usuário. Para os autores, três aspectos são definidores para a compreensão do acolhimento: a universalidade, a presença de equipe multiprofissional e a base da humanização e cidadania nas relações de cuidado, nos encontros da equipe de saúde e a comunidade e nos processos de escuta.

A garantia do acesso e do acolhimento é de suma importância para a consolidação do direito universal da população ao SUS e demanda uma estratégia de mudança no processo de trabalho, no qual procura estabelecer uma relação de vínculo e confiança entre profissionais/serviço/usuários, no intuito de, coletivamente, chegarem a soluções conjuntas para resolução das necessidades de saúde e, principalmente, ao alcance do princípio do SUS denominado integralidade[3].

Nos últimos anos, o debate sobre região de saúde tem-se expandido, a despeito de unir o que o modelo de descentralização brasileiro fragmentou, bem como garantir o que o arcabouço constitucional do SUS diz sobre a construção de serviços em rede regionalizada e hierarquizada. Autores colocam que o fato de as leis não terem sido suficientes para proteger o sistema do clientelismo privatista e ineficiente fez com que o foco fosse direcionado para o município como o núcleo organizacional do sistema. Contudo, constituir a execução municipal trouxe, de forma associada, uma dificuldade da integração em rede de políticas, programas e serviços entre os entes federativos, gerando iniquidades no sistema e em suas redes locais. Garantir a integralidade não é algo de fácil obtenção, principalmente em um município isolado[4,5].

A regionalização em saúde é vista como o meio para superar as desigualdades no acesso e para adequar os meios de oferta de serviços, de modo que ocorra compartilhamento solidário das responsabilidades entre os atores envolvidos na organização da região e redes, constituindo assim uma visão mais abrangente da realidade do que a meramente administrativa[6,7]. No Brasil, o processo de regionalização é fenômeno complexo, devido ao modelo federativo que apresenta em seu arsenal uma série de desigualdades socioespaciais; e focar exclusivamente nos municípios para garantia do acesso à saúde é insuficiente considerando a complexidade de uma rede de atenção à saúde muitas vezes fragmentada e inexistente[4]. Um dos exemplos da importância de 'regionalizar a descentralização' é o processo de referenciamento dos usuários para outros serviços. Com o estabelecimento interfederativo, o ente de maior porte populacional e econômico deve responder pelos serviços de maior complexidade, sendo esse referência tanto para os outros municípios quanto para a população do município (dentro da região)[8].

Pesquisas demonstram que a região Norte apresenta um baixo desenvolvimento econômico e baixa oferta de serviços, denotando a fragilidade na universalidade do acesso. Em um estudo realizado na região de saúde Entorno de Manaus, dados sobre as distâncias e meios de acesso entre os municípios apontam que o deslocamento preferencial é feito por via fluvial e aérea, demonstrando que o modelo

de interação da região não é rede. Além dessa característica que é um limitador de acesso, destaca a desproporção geográfica existente entre o município-sede e os demais municípios da regional, que são marcados por situações de pobreza e indicadores sociais insatisfatórios[6,7]. Tais informações também caracterizam a região de saúde do Baixo Amazonas, que se apresenta em um contexto sociodemográfico diferenciado e que merece atenção em suas especificidades.

Em outras palavras, encontram-se muitos desafios para a efetivação das regiões de saúde, entre eles: dificuldades de identificar mecanismos de articulação, principalmente pelo Estado, necessidades de acordos solidários para municípios com baixa oferta de serviços e baixos índices socioeconômicos e fragilidades na construção dos Colegiados de Gestão Regional[9]. Dessa forma, vê-se a importância de pensar em políticas adequadas aos contextos regionais, que a abordagem em saúde seja concebida de forma intersetorial, que ocorra intensa articulação interfederativa (União, estados e municípios) e o reconhecimento do papel do Estado na rede de atenção, para que as responsabilidades e distribuição dos serviços sejam, de fato, ofertados de forma equânime no SUS.

Assim, este trabalho buscou analisar as condições de acesso e acolhimento da Atenção Básica (AB) na região de saúde do Baixo Amazonas, Pará, sob a perspectiva das equipes de saúde e dos usuários.

Material e métodos

O estudo trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva, com abordagem quantitativa, no qual foram utilizadas as bases de dados secundários do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), de acesso público, da região de saúde do Baixo Amazonas, localizada no Oeste do Pará.

O *locus* de análise dos dados do trabalho foi a região de saúde do Baixo Amazonas, uma das 13 regiões de saúde do estado do Pará, que possui uma população total de cerca de 733.437 habitantes, composta por 14 municípios: Oriximiná, Óbidos, Alenquer, Almeirim, Monte Alegre, Prainha, Santarém, Juruti, Terra Santa, Faro, Mojuí dos Campos, Placas, Curuá e Belterra, sendo a maior parte desses municípios com população inferior a 50 mil habitantes[10]. Dos municípios da região, Faro, Mojuí dos Campos e Oriximiná não aderiram ao segundo ciclo do PMAQ-AB no ano de 2014.

O PMAQ-AB tem como objetivo induzir os processos avaliativos na AB, de modo que procura estimular e valorizar o profissional da saúde que atua em equipes multiprofissionais no âmbito da AB e da Estratégia Saúde da Família, elevando o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem melhora na qualidade do atendimento, bem como ampliar o acesso e garantir um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB[11].

O programa está organizado em quatro fases complementares: 1) Adesão e Contratualização; 2) Desenvolvimento; 3) Avaliação Externa; e 4) Recontratualização. Na avaliação externa, o instrumento de coleta apresenta seis módulos: 1) Módulo I (observação da Unidade Básica de Saúde – UBS), 2) Módulo II (entrevista com o profissional), 3) Módulo III (entrevista com usuários) 4) Módulo IV (entrevista com o Núcleo de Apoio e Saúde da Família – Nasf); e 5) Módulos V e VI (a infraestrutura e processo de trabalho das equipes de saúde bucal)[12].

Nesta pesquisa, foram utilizados exclusivamente os dados secundários do segundo ciclo do PMAQ-AB (2014) referentes às equipes de saúde da família, por meio de uma seleção de variáveis dos módulos II (entrevista com o profissional) e III (entrevista com usuários) do Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ[11]. Os dados foram obtidos por meio do site do Ministério da Saúde, seção PMAQ-AB do Departamento de Atenção Básica, que tem acesso público: microdados de acesso público do ciclo 2 do PMAQ-AB,

com dados sobre o estado do Pará, disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo. Esses dados foram disponibilizados em planilha Excel® pelo sistema, que foram importados para o programa Statistical Package for Social Science for Windows® (SPSS 22.0).

No SPSS 22.0, os dados de cada município foram agregados para visualização da região de saúde, sendo filtrada dos dados do estado do Pará. As variáveis selecionadas foram rotuladas, ou seja, foram acrescentados os rótulos de perguntas e respostas do Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ-AB no programa SPSS, e as tabelas foram geradas. Foram consideradas 58 equipes de saúde dos 11 municípios do Baixo Amazonas (PA) que aderiram ao PMAQ-AB em 2014, cada qual com 1 profissional de nível superior respondente; e 232 usuários participantes do PMAQ-AB, que foram entrevistados sobre a experiência de uso das UBS.

As tabulações dos resultados envolveram frequência simples e percentual com tabelas organizadas a partir das variáveis selecionadas sobre acesso e acolhimento, resposta dos profissionais e dos usuários. Foram desconsideradas as alternativas com resposta 'não se aplica', sendo recalculadas as porcentagens geradas pelo SPSS 22.0. Algumas observações foram acrescidas ao final das tabelas, tais como, questões com resposta 'não sabe/não respondeu' e questões que admitem múltiplas respostas.

Por se tratar de uma pesquisa com base em dados quantitativos de banco de dados de acesso público, não houve necessidade de submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa, de acordo com a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.

Resultados e discussão

A *tabela 1* apresenta dados gerais e do PMAQ-AB referentes à população, equipes de saúde por município, equipes participantes do PMAQ-AB e usuários entrevistados pelo programa. Os resultados mostram que os municípios da região de saúde do Baixo Amazonas apresentam população entre 10 e 60 mil habitantes, menos Santarém, que tem mais de 290 mil habitantes, conferindo-se como o município-polo da região. Entre as equipes, observa-se que, mesmo no cenário de possibilidades de adesão ao programa, alguns municípios, como Curuá, Monte Alegre e Óbidos, apresentam-se com menos de 50% de equipes participantes até o segundo ciclo do PMAQ-AB. Além disso, os municípios de Faro, Mojuí dos Campos e Oriximiná não aderiram ao PMAQ-AB. Quanto aos usuários, a quantidade prevista de quatro usuários por equipe encontra-se exata/sem perda.

Entre as equipes de saúde participantes do PMAQ-AB da região do Baixo Amazonas, observa-se o quantitativo de 58 equipes, distribuídas nos municípios conforme *tabela 1*. Por meio de variáveis específicas, foram analisados no eixo acesso: formas de agendamento, tempos de espera ao chegar e para a consulta, e atendimento à demanda espontânea.

Tabela 1. Distribuição geral de equipes de saúde e usuários na região de saúde do Baixo Amazonas, Pará

Municípios*	População**	n de equipes por município**	n de equipes que aderiram ao PMAQ-AB***	n de usuários respondentes no PMAQ-AB***
Alenquer	54.353	2	2	8
Almeirim	33.466	6	3	13
Belterra	16.924	5	5	20
Curuá	13.333	4	1	4
Juruti	52.755	7	6	23
Monte Alegre	56.231	8	3	12
Óbidos	50.317	5	2	8
Placas	27.700	2	1	4
Prainha	29.270	6	5	20
Santarém	290.521	32	26	104
Terra Santa	17.783	4	4	16
Total Geral	642.653	81	58	232

*A região de saúde do Baixo Amazonas é composta por 14 municípios, no entanto, os municípios de Faro, Mojuí dos Campos e Oriximiná não aderiram ao PMAQ-AB.

**Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage). Dados de março referente ao ano de 2017[10].

***Banco do PMAQ-AB, ciclo 2, 2014[11].

PMAQ-AB= Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

No eixo acesso *(tabela 2)*, observaram-se os seguintes resultados, segundo respostas das equipes de saúde: 44,8% das equipes responderam que os usuários são agendados em qualquer dia da semana, em qualquer horário; 22,4%, em dias específicos e em horários específicos; e 20,7%, em qualquer dia da semana e em horários específicos. Geralmente, as equipes agendam esses usuários com hora marcada (37,9%), ou marcam por bloco de horas (36,2%), ou ainda há a necessidade de fila para pegar senha (25,9%), sendo esse agendamento feito sempre de forma presencial. A utilização de fichas e filas aponta dificuldades na organização da agenda, distanciando-se da proposta de acolhimento com classificação de risco nas unidades de saúde da família (considerando risco aqui, também como social) e aponta para a prevalência de um modelo tradicional de pronto atendimento, centrado na consulta médica[13,14].

Quanto ao tempo de espera do usuário desde sua chegada até o momento do primeiro acolhimento, 69,0% dos profissionais responderam que gira em torno de 10 a 30 minutos; e 29,3%, de 31 a 60 minutos, evidenciando certa preocupação quanto à demora para o primeiro atendimento ao usuário. Isso porque, após o acolhimento, ainda é acrescido o tempo de espera do usuário até o momento da consulta, e essa avaliação se agrava ao refletir que acolhimento e consulta ainda não são garantia de resolutividade às necessidades de saúde do usuário. Além disso, a procura pelos serviços de saúde pode ser influenciada pelo tempo de espera, conforme demonstra Comes et al.[15] em seu estudo, em que tempo de espera reduzido é uma variável para maior satisfação dos usuários.

Tabela 2. Resultados de acesso sob a perspectiva das equipes de saúde, PMAQ-AB região de saúde do Baixo Amazonas, Pará, 2014

Acesso/Equipes de Saúde		**Baixo Amazonas**	
		n	**%**
EqAB: como são agendadas as consultas na unidade? *	Em qualquer dia da semana, em qualquer horário	26	44,8
	Em qualquer dia da semana, em horários específicos	12	20,7
	Dias específicos fixos, em qualquer horário	4	6,9
	Dias específicos fixos, em horários específicos	13	22,4
	Outros	3	5,2
EqAB: como os usuários são agendados?	Com hora marcada	22	37,9
	Marcado por blocos de hora	21	36,2
	Fila para pegar senha	15	25,9
EqAB: o agendamento pode ser feito?	Presencial	58	100,0
EqAB: tempo de espera do usuário desde a chegada até o momento do primeiro acolhimento	10 a 30 minutos	40	69,0
	31 a 60 minutos	17	29,3
	Mais de 60 minutos	1	1,7
EqAB: tempo que o usuário espera para a consulta	10 a 30 minutos	29	50,0
	31 a 60 minutos	17	29,3
	Mais de 60 minutos	12	20,7
EqAB: o usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada nas situações em que não seja o caso atender no mesmo dia?[1]		56	96,6

Fonte: Banco do PMAQ-AB, ciclo 2, 2014[11].

*n de EqAB: Baixo Amazonas = 58.

[1]O percentual corresponde ao número de equipes que responderam sim.

EqAB= Equipe da Atenção Básica, PMAQ-AB= Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

No eixo acolhimento (*tabela 3*), foram apresentados os resultados a partir dos aspectos: realização do acolhimento e frequência. Os resultados mostram que 98,3% das equipes de saúde participantes do PMAQ-AB responderam que realizam o acolhimento à demanda espontânea, indicando a inserção dessa prática continuamente nos processos de trabalho, cabendo, entretanto, avaliar não apenas a existência, mas a qualidade do acolhimento. Nos 'Cadernos de Atenção Básica' do Ministério da Saúde, é expresso que o acolher com qualidade não é só distribuir senhas em número limitado e fazer a triagem ao médico, é muito mais amplo, envolvendo a escuta de forma ampliada, o reconhecimento de riscos/vulnerabilidades e a oferta de soluções para necessidades de saúde do usuário[16].

A pesquisa de Clementino et al.[17] traz a variação de percepções sobre o conceito e o modo de fazer acolhimento: para a maioria dos profissionais, o acolhimento é como se fosse apenas mais uma prática desenvolvida entre tantas outras atividades oferecidas pela AB, enquanto para poucos seria um novo posicionar do profissional diante das necessidades do usuário.

Quanto ao local de realização do acolhimento: 59,6% dos profissionais colocaram a sala de recepção como principal espaço para o atendimento, seguido de consultório (15,8%) e de nenhum outro local específico (10,5%). Os dados mostram que, geralmente, os usuários são direcionados para a sala de recepção, contudo, sabe-se que o acolhimento deve acontecer nos diferentes ambientes da UBS. Braz[18] argumenta que o acolhimento não se

restringe a um local ou sala específica, mas parte de uma postura humana e enfatiza que, em todo lugar onde ocorra um encontro entre qualquer profissional e usuário, deve ocorrer a prática de acolhimento, na qual promova a constituição de vínculos e responsabilização profissional.

Tabela 3. Resultados de acolhimento sob a perspectiva das equipes de saúde, PMAQ-AB região de saúde do Baixo Amazonas, Pará, 2014

Acolhimento/Equipes de Saúde		Baixo Amazonas	
		n	%
EqAB que realiza o acolhimento à demanda espontânea		57	98,3
EqAB: local de realização do acolhimento*	Sala de espera/recepção	34	59,6
	Consultório	9	15,8
	Não há local específico	6	10,5
	Outro local	5	8,8
	Sala específica	3	5,3
EqAB: em quais turnos é realizado o acolhimento?*[1]	Manhã	54	95,0
	Tarde	52	91,0
	Noite	2	4,0
EqAB: em quantos dias por semana acontece?*	Um a dois dias por semana	5	8,8
	Três a quatro dias por semana	4	7,0
	Cinco ou mais dias por semana	48	84,2

Fonte: Banco do PMAQ-AB, ciclo 2, 2014[11].

*n de que realizam o acolhimento a demanda espontânea: Baixo Amazonas = 58.

[1]A questão admite múltiplas respostas.

EqAB= Equipe da Atenção Básica, PMAQ-AB= Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

Os turnos mais frequentes para o acolhimento, segundo os profissionais, são manhã com 95,0% e tarde com 91,0%, sendo que, no turno noturno, o acolhimento acontece apenas em duas UBS do total geral (4,0%). A maioria das UBS da região de saúde do Baixo Amazonas não realiza atendimento nos três turnos, o que poderia ser apontado como um limitador de acesso caso se considere a dificuldade dos usuários em frequentar a UBS em horário comercial. Contudo, apesar das unidades não atenderem os três turnos ou fins de semana, os usuários entrevistados avaliam positivamente o horário de atendimento quanto às suas necessidades de saúde. Em relação aos dias de atendimento, 84,2% dos profissionais informaram que o acolhimento acontece em cinco dias ou mais por semana, o que indica que essas UBS podem ser consideradas como as mais acessíveis *(tabela 3)*. Na visão de 84,9% dos usuários entrevistados, o horário de funcionamento atende as suas necessidades de saúde *(tabela 4)*.

Foram entrevistados pelo PMAQ-AB da região de saúde do Baixo Amazonas um total de 232 usuários. Para caracterizar o acesso, destacaram-se as variáveis: tempo (casa/unidade, atendimento/consulta), funcionamento da unidade e marcação de consulta. Relacionado com o acesso *(tabela 4)*, 90,9% dos usuários responderam que levam de 10 a 30 minutos de casa até a sua unidade, e, na avaliação dos usuários, chegar até essa unidade está entre fácil (53,4%), muito fácil (28,9%) e

razoável (12,5%). A espera dos usuários para ser atendido por um profissional de saúde da AB varia de 10 a 30 minutos (37,8%), de 31 a 60 minutos (23,9%) a mais de 60 minutos (38,3%). Entende-se que os referidos tempos de espera podem ser reduzidos, principalmente por esse ser um indicador de satisfação do usuário[15] e de qualidade do serviço.

No que se refere à marcação de consultas, 97,0% dos usuários afirmam que as unidades de saúde a realizam. Contudo, a forma de marcação é variável: 62,2% dos usuários responderam que, para marcar consulta, é necessário ir à unidade e marcar o atendimento; 31,6% vai à unidade, mas tem que pegar ficha sem ficar na fila; 26,7% vai à unidade e fica na fila para pegar ficha; e em 17,3% o agente comunitário de saúde marca a consulta. O percentual de usuários que ainda precisam ficar nas filas e pegar fichas denota falhas na organização da agenda da equipe de saúde, o que pode ser observado no artigo de Souza et al.[14], que demonstra a existência de filas como dificultador de primeiro acesso, sejam essas filas físicas ou virtuais (em processos de UBS que passam pela informatização).

De acordo com os usuários entrevistados, a consulta pode ser realizada: em qualquer dia da semana, em qualquer horário (46,0%), em dias específicos, em horários específicos (30,8%) e em qualquer dia da semana, em horários específicos (17,9%). Tais respostas podem ser equiparadas com a dos profissionais, sendo perceptível que uma grande parte dos usuários ainda precisa cumprir dia e horário específicos para a marcação de consultas *(tabela 4)*. Esses dados, combinados com a necessidade de pegar ficha e fazer fila nas UBS, reafirmam uma necessidade de melhoria no atendimento à demanda espontânea.

Tabela 4. Resultados de acesso sob a perspectiva dos usuários, PMAQ-AB região de saúde do Baixo Amazonas, Pará, 2014

Acesso/Usuários		**Baixo Amazonas**	
		n	**%**
Usuários: quanto tempo o senhor leva da sua casa até a unidade?	10 a 30 minutos	211	90,9
	31 a 60 minutos	18	7,8
	Mais de 60 minutos	3	1,3
O(a) senhor(a) sabe quanto tempo espera para ser atendido por um profissional de saúde na maioria das vezes?[1]	10 a 30 minutos	76	37,8
	31 a 60 minutos	48	23,9
	Mais de 60 minutos	77	38,3
Chegar até essa unidade é:	Muito fácil	67	28,9
	Fácil	124	53,4
	Razoável	29	12,5
	Difícil	11	4,7
	Muito difícil	1	0,4
Em que horário a unidade funciona?*	Manhã	230	99,1
	Tarde	231	99,6
	Noite	9	3,9
O horário de funcionamento atende às suas necessidades?*		197	84,9
Essa unidade faz marcação de consulta?**		225	97,0

Tabela 4. (cont.)

Como é marcada a consulta?**[2]	Marca pela internet	1	0,4
	Vai à unidade e marca atendimento	140	62,2
	Vai à unidade, mas tem que pegar ficha sem ficar na fila	71	31,6
	Vai à unidade e fica na fila para pegar ficha	60	26,7
	O agente comunitário de saúde marca a consulta	39	17,3
A consulta normalmente pode ser feita:**	Em qualquer dia da semana, em qualquer horário	103	46,0
	Em qualquer dia da semana, em horários específicos	40	17,9
	Dias específicos, em qualquer horário	14	6,3
	Dias específicos, em horários específicos	69	30,8

Fonte: Banco do PMAQ-AB, ciclo 2, 2014[11].

*n usuários PMAQ-AB: Baixo Amazonas = 232.

**n de usuários que responderam que a unidade faz marcação de consultas: Baixo Amazonas = 225.

[1] O n de usuários = 201, os 31 respondentes que faltam não souberam responder.

[2] Essa questão admite múltiplas respostas.

PMAQ-AB= Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

No acolhimento, na perspectiva dos usuários (*tabela 5*), foram observados os seguintes elementos: atendimento à demanda espontânea e resolução de problemas pelas equipes de saúde. Dos 232 usuários entrevistados, apenas 55,6% precisaram ir à unidade sem hora marcada; e para 87,6% dos usuários, foi realizado algo para resolver o seu problema na UBS. Percebe-se que cerca de 80% dos usuários afirmam terem sido bem recebidos na UBS. Contudo vê-se a necessidade de ampliar o conceito de 'bem recebido', já que a pergunta traz um nível de satisfação pouco qualitativo quanto à integralidade nesse atendimento. Em outras palavras, percebeu-se nas entrevistas dos usuários que, apesar de tecerem críticas ao atendimento, a resposta sobre 'bem recebidos' e a nota do atendimento na UBS, em geral, mostraram-se elevadas.

Quanto à equipe buscar resolver seus problemas na própria UBS, 50,2% dos usuários responderam positivamente; e 45,5%, na maioria das vezes, apontando para uma tendência à resolutividade pelas equipes de AB. Nota-se também que, apesar de os usuários estarem dispostos a falar, mais de 60% responderam que os profissionais pouco perguntam sobre as questões da sua vida, fato que distorce o conceito do acolhimento como reorganização do processo de trabalho. Outra questão que pode ser relacionada a como está sendo 'implantado' o acolhimento é que mais de 50% dos usuários responderam que os profissionais não perguntam sobre questões da sua vida, mesmo se sentindo à vontade para falar com a equipe sobre as suas preocupações. Logo, é possível visualizar que, mesmo que os usuários estejam dispostos a falar, os profissionais pouco abrem espaços para que seja conhecido o contexto social do usuário.

Tabela 5. Resultados de acolhimento sob a perspectiva dos usuários, PMAQ-AB região de saúde do Baixo Amazonas, Pará, 2014

Acolhimento/Usuários		**Baixo Amazonas**	
		n	**%**
O senhor já precisou ir à unidade sem hora marcada?*		129	55,6
Como o senhor foi recebido?**	Muito bem	23	17,8
	Bem	80	62,0
	Regular	20	15,5
	Ruim	2	1,6
	Muito ruim	4	3,1
Foi realizado algo para resolver seu problema?**		113	87,6
A equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde?	Sim	116	50,2
	Na maioria das vezes	105	45,5
	Quase nunca	8	3,5
	Nunca	2	0,9
Os profissionais de saúde perguntam sobre outras questões da sua vida?	Sim	106	46,1
	Na maioria das vezes	48	20,9
	Quase nunca	16	7,0
	Nunca	60	26,1
O(a) senhor(a) se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações?	Sim	160	69,3
	Na maioria das vezes	34	14,7
	Quase nunca	10	4,3
	Nunca	27	11,7

Fonte: Banco do PMAQ-AB, ciclo 2, 2014[11].

*n usuários PMAQ-AB: Baixo Amazonas = 232.

**n de usuários que precisaram ir à unidade sem hora marcada: Baixo Amazonas = 129.

PMAQ-AB= Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

Clementino et al.[17], em seu estudo sobre o acolhimento no Brasil, colocaram dois aspectos que podem explicar a diferença entre as respostas de profissionais e de usuários: 1) divergência de percepção sobre que é ser acolhido e ser ouvido e 2) produção de pouco impacto no modo do usuário visualizar a atenção em saúde, ora quando não concretizado de fato o acolhimento pelas equipes de saúde da família.

Se tal postura é problemática na organização da AB para atendimento integral da população, o quadro se agrava quando se refere a populações específicas, como, por exemplo, a População do Campo, da Floresta e das Águas, usuários de saúde mental ou população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBTT), muitas vezes invisibilizadas no SUS. Figueira et al.[19] demonstram que existem dificuldades, como a distância entre a comunidade e os serviços; a rotatividade dos profissionais nas UBS, devido à infraestrutura da comunidade e à subestimação dos profissionais quanto à eficácia dos remédios caseiros, entre outras, para que estas populações tenham acesso aos serviços de saúde, e quando estes estão disponíveis, há problemas na sua qualidade. Tal fato sugere o fortalecimento

da força de trabalho em saúde e da formação dos profissionais, sendo esses alocados estrategicamente nas regiões para maiores possibilidades de garantia de atendimento às populações vulneráveis.

O envolvimento do usuário no próprio cuidado pode fortalecer a capacidade de relação e vínculo com a equipe, sendo essencial que esse exponha a sua percepção acerca da atenção à saúde prestada. Alguns elementos destacam a visão dos usuários sobre o acolhimento desenvolvido nas UBS: a resolutividade nos serviços ofertados e a escuta ampliada. Cerca de 50% dos usuários entrevistados afirmaram ter respostas para as suas necessidades/problemas na própria UBS. Nessa afirmação, apesar de ser um número expressivo na resolutividade dos problemas dos usuários, não se atinge o percentual indicado pelos profissionais de 98,3% de realização do acolhimento nas UBS, já que o acolhimento é conferido como proposta para reorganização dos serviços, promovendo o acesso universal, resolutividade e humanização no atendimento.

Assim, observa-se uma estreita relação entre acesso e acolhimento, porque embora se percebam avanços e facilidades na disponibilidade de serviços próximos à casa dos usuários, identificam-se fatores que determinam qual vai ser a escolha, tanto do serviço de saúde como do profissional, aspectos ligados à forma como o usuário é recebido e à resolutividade dos serviços. Dessa forma, a AB só será efetiva quando a produção de saúde for compartilhada entre a equipe de saúde e os usuários e, em decorrência disso, ocorra a mudança na visão de como produzir saúde e do papel da AB no cuidado ao usuário.

Considerações finais

Em geral, o estudo realizado apresentou resultados positivos. Alguns dos avanços notáveis estão relacionados com as formas de agendamento; fácil acesso do usuário à UBS (distância casa e unidade); horário de funcionamento atendendo às necessidades do usuário; mais 90% de acolhimento implementado no processo de trabalho das equipes de saúde e a realização do atendimento nos cinco dias ou mais da semana.

Entretanto, estes resultados ainda mostram limitações para concretização do acesso e realização do acolhimento na região de saúde do Baixo Amazonas, entre elas: dificuldades na organização da agenda, destacando que ainda há a necessidade de fichas e fila para que o usuário chegue ao atendimento; tempos de espera que, quando altos, dificultam a integralidade do cuidado e impactam na satisfação do usuário; turnos de atendimento, considerando a dificuldade dos usuários em frequentar a UBS em horário comercial; concentração do acolhimento em apenas um ambiente da unidade; qualidade do acolhimento, visto que este é mais do que uma triagem ao médico; e obstáculos no processo de escuta e na resolutividade das necessidades de saúde dos usuários.

Uma observação a ser feita é que, em geral, os profissionais apresentaram uma avaliação mais positiva do que os usuários quanto às dimensões pesquisadas. Essa questão pode se referir ao modo como as orientações recebidas estão atendendo às expectativas dos usuários, sem produzir maior impacto na saúde. Já que a visão do usuário nesta pesquisa apresenta-se em partes divergentes a do profissional, caberia aqui avaliar os recursos que faltam para que o usuário visualize a AB integralmente como primeiro acesso.

É importante ressaltar que o PMAQ-AB pode ser considerado o maior programa nacional de avaliação existente no Brasil, permitindo um amplo diagnóstico e uma série de melhorias no processo de trabalho da AB, seja no âmbito dos serviços, seja na produção científica da área. Entretanto, dos resultados encontrados, problematiza-se a questão do acesso, visto que os usuários respondentes/participantes do programa previamente já acessaram a UBS, sendo este um critério do PMAQ-AB: usuários que estavam na UBS na hora da entrevista. Ou seja, os resultados

encontrados de acesso expõem a realidade de um público que já acessou a UBS.

Diante dessas constatações, indaga-se: considerando as equipes que aderiram ao PMAQ-AB, seria o incentivo financeiro um potencializador de mudanças de práticas de saúde? Considerando as equipes que não aderiram ao PMAQ-AB, quais as dificuldades que estas equipes sem incentivo nenhum estão tendo?

Por mais que o acesso e o acolhimento estejam afirmados na AB, ainda é preciso ações integradas na produção de saúde, que gerem o envolvimento e a satisfação do usuário. Acredita-se que o fortalecimento da regionalização no Baixo Amazonas pode criar condições de suporte estrutural e organizacional para que os municípios possam atuar de forma mais integrada e resolutiva aos problemas dos usuários.

Colaboradores

Silva LAN (0000-0003-4287-5844)* e Lima JG (0000-0002-5576-0002)* contribuíram para a concepção, planejamento, análise, interpretação dos dados e aprovação da versão final do manuscrito. Harayama RM (0000-0002-7231-3589)* e Fernandes FP (0000-0002-4617-1919)* contribuíram para a interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

2. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública. 1990; 15(2):345-353.

3. Malta DC, Ferreira LM, Reis AT, et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. Saúde debate [internet]. 2000 [acesso em 2018 jan 21]; 24(56):21-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000146&pid=S0102-311X2008001300015000011&lng=en.

4. Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: A região de saúde como caminho. Saúde Soc [internet]. 2015 [acesso em 2018 jan 10]; 24(2):438-446. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000200438&script=sci_abstract&tlng=pt.

5. Fernandes FMB. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. Ciênc. Saúde Colet. 2017; 22(4):1311-1320.

6. Garnelo L, Sousa ABL, Silva CO. Regionalização em saúde no Amazonas: avanços e desafios. Ciênc. Saúde Colet. 2017; 22(4):1225-1234.

7. Viana ALD, Bousquat A, Pereira APCM, et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. Saúde Soc [internet].

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

2015 [acesso em 2018 jan 10]; 24(2):413-422. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200413.

8. Santos L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. Ciênc. Saúde Colet. 2017; 22(4):1281-1289.

9. Mendes A, Louvison MCP, Ianni AMZ, et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. Saúde Soc [internet]. 2015 [acesso em 2018 jan 15]; 24(2):423-437. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000200423&script=sci_abstract&tlng=pt.

10. Brasil. Ministério da Saúde. SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Dados de março referente ao ano de 2017 [internet]. 2017 [acesso em 2018 jan 10]. Disponível em: http://sage.saude.gov.br.

11. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Instrumento de avaliação externa paras as equipes de Atenção Básica – PMAQ-AB [internet]. 2013 [acesso em 2017 nov 22]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo.

12. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. Saúde debate [internet] 2018 [acesso em 2018 fev 15]. 42(esp1):52-66. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042018000500052&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

13. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. Saúde debate [internet]. 2014 [acesso em 2018 jan 12]; 38(esp):13-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000600013&script=sci_abstract&tlng=pt.

14. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(sup1):S100-S110.

15. Comes Y, Trindade JS, Shimizu HE, et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. Ciênc. Saúde Colet. 2016; 21(9):2749-2759.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Acolhimento a demanda espontânea n. 28. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. Volume 1.

17. Clementino FS, Gomes LB, Vianna RPT, et al. Acolhimento na Atenção Básica: Analise a partir da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Rev. Saúde Ciênc. 2015; 4(1):62-80.

18. Braz FAF. A importância do acolhimento aos usuários na Atenção Básica: uma assistência humanizada. [monografia]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013. 46 p.

19. Figueira MCS, Silva WP, Silva EM. Acesso aos serviços da Atenção Primária em Saúde: revisão integrativa da literatura. Rev Bras Enferm [internet]. 2018 [acesso em 2018 fev 20]; 71(3):1246-1257. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000301178&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

Recebido em 09/04/2019
Aprovado em 24/08/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Edital nº 08/2017 – Programa de Fomento a Trabalhos de Conclusão de Curso da Universidade Federal do Oeste do Pará (Ufopa)

Necessidades de saúde da população rural: como os profissionais de saúde podem contribuir?

Health needs of the rural population: how can health professionals contribute?

Ângela Roberta Alves Lima[1], Nathalia da Silva Dias[1], Luani Burkert Lopes[1], Rita Maria Heck[1]

DOI: 10.1590/0103-1104201912208

RESUMO A urgência de ampliar o saber acerca das condições de saúde, de vida e dos anseios das famílias rurais, bem como as ações que os profissionais de saúde estão realizando para contemplar a prevenção de doença e a promoção da saúde, fundamentou a realização dessa investigação, que buscou compreender o que é necessário para ter saúde na perspetiva da população rural e como os profissionais podem contribuir para esse processo. Pesquisa qualitativa realizada com 57 agricultores, que residiam em 25 municípios do extremo sul do Rio Grande do Sul. Utilizou como técnicas de coleta de dados a observação sistemática, o registro fotográfico, a coleta de plantas medicinais e a entrevista semiestruturada. Os dados revelaram que as expectativas das famílias rurais em relação às ações dos profissionais de saúde configuram-se como instauradoras de necessidades em saúde nesses territórios, de obter uma relação mais próxima com os serviços, de que suas experiências vividas sejam compartilhadas, reconhecidas e valorizadas. As necessidades concatenam-se com a construção de espaços de relação e encontro, nos quais sejam oportunizados compartilharem experiências, servindo de suporte para superar as dificuldades individuais enfrentadas.

PALAVRAS-CHAVE Saúde da população rural. Saúde pública. Participação da comunidade. Plantas medicinais. Agroquímicos.

ABSTRACT *The urgency to broaden the knowledge about the health conditions, life, and desires of rural families, as well as the actions that health professionals are taking to contemplate disease prevention and health promotion underpinned this research. It sought to understand what is needed to have health from the perspective of the rural population, and how professionals can contribute to this process. Qualitative research conducted with 57 farmers, who lived in 25 municipalities of the extreme south of Rio Grande do Sul. It used as data collection techniques systematic observation, photographic record, collection of medicinal plants and semi-structured interview. The data revealed that the expectations of rural families regarding the actions of health professionals are configured as establishing health needs in these territories, to obtain a closer relationship with the services, that their lived experiences are shared, recognized, and valued. The needs are concatenated with the construction of spaces of relationship and encounter, in which they have opportunities to share experiences, serving as support to overcome the individual difficulties faced.*

KEYWORDS *Rural health. Public health. Community participation. Plants medicinal. Agrochemicals.*

[1] Universidade Federal de Pelotas (UFPel) – Pelotas (RS), Brasil.
angelarobertalima@hotmail.com

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

Introdução

As populações rurais vivenciam, cotidianamente, desafios e obstáculos para acessarem os serviços de saúde, proporcionalmente mais complexos, se comparadas às urbanas. Contemporaneamente, as necessidades de saúde dessas populações seguem para uma proposição de cuidados já dispensados às demais. Ressalta-se a imprescindibilidade de direcionar ações e iniciativas que reconheçam as especificidades desses territórios; objetivando o acesso aos serviços de saúde; a redução de riscos decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas; a melhoria dos indicadores e da qualidade de vida, aproximando essas populações da integralidade do cuidado[1].

As diferentes experiências de vida, de trabalho e do processo saúde doença, no contexto rural, corroboram para uma visão ampliada de saúde, não limitada à ausência de doenças. Há uma compreensão crítica do contexto, que permite reconhecer as desigualdades sociais e mobilizar as lutas por seus ideais e necessidades[1].

Nessa perspectiva, a luta dos movimentos sociais do campo têm dado maior visibilidade a esse tema, aprovando, em 2011, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), que visa atender às necessidades de saúde, melhorar os indicadores e a qualidade de vida da população rural[2]. No entanto, destaca-se o fato de não se ter um conceito consistente para definir o rural, que usualmente é delineado pela localização e densidade populacional, tendo como principal parâmetro não ser urbano ou metropolitano, o que torna imprescindível reconceituá-lo, objetivando melhor representar esses territórios, ampliando a confiabilidade de censos e políticas públicas[3].

Entende-se que valorizar a integralidade do cuidado, olhando para o território, ouvindo as expressões populares, compreendendo os valores das pessoas e de suas necessidades de saúde, torna-se relevante nas ações dos profissionais de saúde que atuam nesse contexto. Essa construção contribui para alargar espaços dialógicos com as comunidades, inserindo e fortalecendo as ações de saúde, de promoção e prevenção.

Percebe-se a urgência de ampliar o saber no que tange às condições de saúde das famílias rurais, seus anseios, condições de vida e as ações que os profissionais de saúde estão realizando para contemplar a prevenção de doença e a promoção da saúde. Emergem, assim, gradativas denúncias de vulnerabilidade e exposição dessa população aos agrotóxicos e à migração. Temas que expõem contradições em relação ao modo de produção, despertando para a temática de investigar o que a população rural considera importante para ter saúde nesse território. Diante disso, este estudo busca compreender o que é necessário para ter saúde na perspetiva da população rural, e como os profissionais podem contribuir para esse processo.

Metodologia

Consiste em um recorte do banco de dados do projeto 'Autoatenção e uso de plantas medicinais no Bioma Pampa: perspectivas para o cuidado de enfermagem rural' desenvolvido pelo grupo de pesquisa Saúde Rural e Sustentabilidade da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), em parceria com a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa) Clima Temperado. O projeto recebeu a aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem da UFPel, protocolo 076/2012. Os participantes ingressaram na amostra ao assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Realizou-se um estudo qualitativo, com a utilização das seguintes técnicas de coleta de dados: observação sistemática[4], escolhida por permitir a coleta de informações do entorno físico e social do território; registro fotográfico; coleta de plantas medicinais e entrevista semiestruturada. As entrevistas foram gravadas em áudio, abordaram questões relacionadas com o contexto sociocultural,

sistema de cuidado popular e o uso das plantas no cuidado. Os participantes foram identificados pelas letras 'A' de agricultor, seguida pela ordem de realização da entrevista no município e pelas letras iniciais de cada município, a fim de garantir seu anonimato.

Os dados foram coletados de 2014 a 2016, a partir de 57 participantes indicados pela Secretaria de Desenvolvimento Primário do Município e pela Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural, por serem reconhecidos no contexto como conhecedores de práticas de cuidado em saúde.

O local de estudo foi o domicílio, na área rural dos municípios de Aceguá, Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Candiota, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Chuí, Cristal, Herval, Hulha Negra, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Rio Grande, Santana da Boa Vista, Santa Vitória do Palmar, São José do Norte, São Lourenço do Sul e Turuçu.

A análise seguiu os passos propostos por Minayo[5]. Após a transcrição, a organização e a tipificação do material recolhido no campo, analisaram-se, neste estudo, os dados oriundos das questões: o que é necessário para ter mais saúde no meio rural e como os profissionais de saúde podem contribuir? Procedeu-se à leitura atenta das respostas obtidas, que foram reorganizadas em dois grupos homogêneos: expectativas quanto à estrutura e organização dos serviços de saúde rural e expectativas quanto à capacidade e competência profissional.

Na sequência, as leituras horizontais de impregnação deram lugar a uma elaboração de subconjuntos: Necessidade de ampliar a rede de saúde rural com maior oferta de Unidades Básicas de Saúde e profissionais; Necessidade de abordar questões ligadas ao uso de agrotóxico e Necessidade de conhecer plantas medicinais e utilizar no cuidado. Neste artigo, discutiram-se as duas últimas categorias que abordam a expectativas quanto à atuação profissional.

Resultados e discussões

Os resultados serão apresentados em duas categorias na perspectiva de objetivar a compreensão, a saber: Necessidades de abordar questões ligadas ao uso de agrotóxico e Necessidade de conhecer plantas medicinais e utilizar no cuidado. Entretanto, considera-se essencial contextualizar o tempo e espaço dos participantes.

Apresentando o contexto socioeconômico dos participantes

Participaram deste estudo 57 pessoas, residentes em 25 municípios do extremo sul do Rio Grande (RS), com idades entre 32 e 86 anos, sendo 42 mulheres e 15 homens. Quanto ao grau de escolaridade, houve predomínio do ensino fundamental incompleto com 63%, sendo que 14% possuíam ensino fundamental completo; 7%, ensino médio completo; 3,5%, ensino médio incompleto; outros 3,5%, ensino superior completo e 9% eram analfabetos. Em relação à religião: 35 professaram serem católicos; 8, espíritas, 7, evangélicos e 7 não responderam.

A principal fonte de renda era proveniente da aposentadoria rural, seguida pela agricultura e pecuária, com uma variação de um a oito salários-mínimos. Esse panorama justifica-se dada a pouca extensão territorial das propriedades; a baixa disponibilidade de recursos financeiros; a assistência técnica e extensão rural insuficiente; a falta de regulamentação dos processos artesanais de produção de alimentos; a dificuldades de acesso ao mercado, entre outros, sendo essas questões reconhecidas como limitadoras do potencial de competitividade e desenvolvimento das pequenas propriedades rurais[6].

Esses participantes vivem no Bioma Pampa, paisagem associada à história, que forneceu a base para a cultura e a identidade do gaúcho e que corresponde a, aproximadamente, 176.496 quilômetros quadrados. No Brasil, restringe-se ao estado do Rio Grande do Sul, ocupando

63% do território, com uma área aproximada de 2% do território nacional, abrangendo a metade sul do estado[7].

Em toda a área de abrangência do Bioma Pampa, assim como nos demais biomas brasileiros, a atividade humana desenvolveu-se utilizando os recursos locais e os adaptando às atividades extrativistas e agropecuária. Nesse, a biodiversidade encontrada propiciou a utilização como pastagem natural ou ocupada com atividades agrícolas, principalmente o cultivo do arroz, seguido pela soja e pelo trigo, a partir da década de 1960[8]. Segundo dados do Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade[9], em se tratando de áreas de proteção integral, o Pampa e a Caatinga são os biomas que apresentam os piores indicadores de conservação devido às atividades impostas e ao pouco conhecimento dessa biodiversidade.

Nesse ínterim, considera-se que as populações desses territórios complexos desenvolveram uma riqueza étnico-cultural construída desde a colonização, entre disputas e conflitos enfrentados, atenuados, muitas vezes, pela habilidade de sobrevivência nesses amplos conjuntos de ecossistemas. Os quais, devido a essas características impostas pelo ambiente e pela dinâmica cultural, permitiram às famílias desenvolveram redes de apoio, saberes e práticas que refletem na sua forma de viver e de cuidar[10]. Infere-se que o respeito e a valorização desses saberes e práticas de saúde perpassam pela preservação dos biomas.

Observou-se que, no território estudado, as moradias não são apenas o local físico que delimita a intimidade e oferece segurança, mas um espaço no qual ocorrem as interações humanas e transcorre o cotidiano familiar de viver junto. Locais de resistência às imposições naturais e sociais[11]. Essas moradias eram divididas com a produção agropecuária, com animais domésticos, aves, equinos, bovinos e ovinos; em que ocorrem as experiências de cuidado, que determinam as expectativas de saúde das famílias rurais.

A região Sul é a segunda do País com maior número de municípios rurais, 26%[12]. Os municípios com predominância de população rural, no Brasil, compartilham problemas, como menor esperança de vida ao nascer, podendo chegar a 1,63 ano a menos do que nos municípios com maior população urbana[12]. A mortalidade infantil nesses territórios, também, é maior, chegando a uma diferença de 3,96 óbitos para cada mil nascidos vivos[12]. Destaca-se que índices como Índice de Desenvolvimento Humano (IDH); proporção de jovens com ensino fundamental completo; pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequado; domicílios com banheiro e água encanada, e o número de população de baixa renda, todos esses são piores em municípios com predominância da população rural do que os com população urbana[12], fazendo com que eles possuam similaridades que os aproximam, mesmo localizando-se em regiões geográficas distantes.

Necessidades de abordar questões ligadas ao uso de agrotóxico

A expectativa é que os profissionais de saúde abordem questões ligadas ao uso de agrotóxico, sendo que as sugestões nessa direção se deram por: realizarem palestras educativas, orientação sobre o malefício dos agrotóxicos à saúde e ao descarte correto das vasilhas, sendo citada por 17 dos participantes, tendo sido o item mais expressivo.

> *Os profissionais de saúde poderiam fazer palestras para reduzir os agrotóxicos.* A4SJN.

> *Interagir com a população, para ter menos agrotóxico.* A3AR.

> *[...] Um dos grandes exemplos seria a prevenção, o cuidado dos agrotóxicos, que a gente fala bastante né... mas talvez trazer umas pessoas especialistas pra falar isso aí né... Eu acredito que já melhora... é uma das coisas né...* A1C.

> *Menos agrotóxico e ser mais natural possível!* A2T.

Esse dado reflete a preocupação da população rural acerca da dificuldade de acesso à informação sobre os malefícios do uso de agrotóxicos, bem como o manejo correto das embalagens após o uso. Atribui-se esse dado à maior discussão do assunto na mídia e à intensificação do uso desses produtos na produção no País, bem como ao fato de essas famílias trabalharem e viverem em torno das plantações, em sua grande maioria de monocultura.

Estudos[13-16] identificaram que as populações que vivem em torno das plantações de monocultura têm recebido agrotóxicos por contiguidade em suas casas, pela água dos canais de irrigação; pelo ar, na pulverização aérea e por alimentos contaminados. Essas famílias veem suas vidas e projetos ameaçados pela força do agronegócio que as circundam, as contaminam e as expulsam do seu território, desconsiderando a cultura local e os espaços socialmente construídos em consonância com seu bioma. Nesses territórios, identifica-se a fragilidade das práticas de manejo tradicional e a vulnerabilidade da população, que busca no serviço de saúde apoio, assim com o almejado pelas famílias deste estudo.

No entanto, destaca-se que o Estado tem sido eficaz em apoiar o agronegócio, sua expansão e produção de impactos socioambientais; ao mesmo tempo que propaga a ideologia de responsabilização individual pelos riscos coletivos, tirando o foco da falta de controle dos agrotóxicos utilizados, o que favorece a utilização de produtos já banidos mundialmente; ao mesmo tempo que oferta uma política social incapaz de garantir os direitos dos cidadãos, principalmente, nos locais em que governos locais competem entre si para transformar as suas cidades ou regiões atrativas ao agronegócio[13-16].

Soma-se a isso, nesse momento, a aprovação do Projeto de Lei nº 6.299/02, que, entre outras prerrogativas, visa substituir o termo agrotóxico por defensivo fitossanitário, bem como passa a considerar necessário apenas avaliação de um órgão regulador, o Ministério da Agricultura, para a liberação de novos produtos; prerrogativa que, atualmente, tem a competência compartilhada entre três ministérios: Agricultura, Saúde e Meio Ambiente. Entende-se que a conjuntura e o modelo agrário da monocultura estão em consonância com o uso de agrotóxico, unindo esforços em uma clara tentativa de mascarar a nocividade desse modelo, afastando informações essenciais do consumidor, ao mesmo tempo que desconsidera os impactos à saúde e ao meio ambiente no processo de aprovação de novas substâncias, pontos considerados importantes aos participantes deste estudo, os quais relataram que, para terem mais saúde na área rural, faz-se necessário:

> *Conscientizar mais sobre o uso dos agrotóxicos, contaminação ambiental e das águas.* A2C.

> *Menos agrotóxico, água boa.* A1PA.

> *Tem muito veneno, água contaminada, contaminação ambiental e desmatamento.* A1AF.

Entende-se que o projeto de lei se constrói na contramão das reivindicações das comunidades rurais dedicadas à agroecologia e de alguns profissionais da acadêmica, que questionam a exigência de sucessivas provas quantitativas para que o risco dos agrotóxicos seja reconhecido como problema; ao mesmo tempo que sustentam que não há produtos seguros nem proteção em valores máximos de resíduos[17]. A literatura científica[13,15,17,18] aponta a nocividade desses biocidas; não sendo necessário contar mortos e adoecidos para compreender que é imprescindível controlar o uso e superar o modelo químico-dependente de produção de alimentos[19].

Estima-se que, para cada caso notificado de intoxicação por agrotóxicos, haja 50 outros que não aparecem nas estatísticas. Estudo identificou que 54% dos agricultores investigados relataram não procurar assistência quando apresentam sintomas agudos de intoxicação; e 43,3% lembravam de ter um episódio em sua vida[13]. Esse panorama é mais grave quando busca-se conhecer os efeitos crônicos

da exposição ocupacional ou ambiental, que são menos conhecidos e mais difíceis de estabelecer um nexo de relações com casos de cânceres, alterações da reprodução, quadros neurológicos centrais e periféricos, hepatopatias ou doenças hematológicas, respiratórias, renais, entre outras[14].

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem exercido uma ação tênue em termos da vigilância em saúde das populações expostas aos agrotóxicos. Evidencia-se a necessidade de facilitar o acesso aos serviços de saúde, considerando-se as especificidades dos espaços rurais; de capacitar os serviços para identificar e caracterizar a exposição ocupacional e ambiental; de estimular o desenvolvimento e universalizar o acesso à avaliação por biomarcadores, bem como de fomentar a produção de conhecimento sobre as exposições múltiplas e em baixas doses, já que, muito raramente, encontra-se a exposição a apenas um ingrediente ativo[16].

Quanto aos profissionais de saúde, destaca-se a importância de olharem para o território e ouvirem o que a população expressa ser suas necessidades de saúde, pois, de outro modo, corre-se o risco de atuarem sobre os programas propostos pelo Ministério da Saúde, sem atingirem as necessidades da população rural, contribuindo para perpetuação de problemas históricos dos territórios rurais, de invisibilidade e de não atendimentos de suas necessidades.

Diante do exposto, entende-se que são necessárias a sensibilização e a capacitação dos profissionais de saúde sobre o tema, bem como a inclusão de ações intersetoriais, com aproximação de outras políticas públicas e serviços de saúde, como o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, com vistas ao fortalecimento das ações de vigilância à saúde. Por conseguinte, ressalta-se a importância de atuar em conjunto com a comunidade, assumindo novos papéis e processos de trabalho, que permitam devolver a complexidade e tirar o status de natural da utilização de agrotóxico, revelando o que existia antes de sua introdução, resgatando o modo de viver e de produzir próprio de cada grupo cultural.

Nesse processo, o Estado está imbricado com a reprodução do capital, sendo os agricultores também vítimas do discurso da Revolução Verde, e que urge a necessidade de implementar alternativas como a agroecologia, que possibilita construção de um mundo mais solidário e verdadeiramente sustentável[15]. Para isso, há a necessidade de ampliar as ações de saúde local, centrando-as nas necessidades de saúde da comunidade, que é possível com o diálogo entre os serviços de saúde, os movimentos sociais e os trabalhadores rurais, e o trabalho interprofissional. Movimento que corroborará o rompimento da perspectiva da atuação focada nos agravos à saúde, passando a ser centrada no usuário e na comunidade[14].

Essa compreensão da saúde inclui a perspectiva intersetorial, em que a educação, o modo de produção, a interação social, a produção de alimentos com qualidade sejam temas de domínio dos profissionais de saúde em interface com a comunidade para assim fortalecer a inclusão de ações educativas de prevenção e promoção à saúde, com esclarecimentos sobre os riscos e danos dos usos dos agrotóxicos.

Necessidade de conhecer plantas medicinais e utilizar no cuidado

Os dados evidenciaram que as famílias de agricultores consideram necessário que os profissionais de saúde conheçam mais sobre plantas medicinais e utilizem no cuidado, para ter mais saúde no meio rural, conforme apontam as falas a seguir:

> *Precisa que os médicos conheçam as plantas.* A3MR.

> *Diálogo sobre planta.* A2PM.

> *Capacitação sobre plantas.* A1P.

> *Que os profissionais saibam reconhecer as plantas.* A1C.

Esse dado está em acordo com estudos

realizados com populações rurais que constataram a reivindicação de um modelo de atenção que atenda às suas necessidades de saúde, priorizem o modo de viver e produzir, dialogue com os seus saberes e práticas tradicionais[9-14].

As práticas de uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápico no território rural tem grande aceitação, o que reforça a importância da consolidação da PNSIPCFA, que reconhece a dívida histórica do Estado brasileiro com a saúde dessas populações; apresenta a necessidade de superação do modelo de desenvolvimento econômico e social, na busca de relações homem-natureza responsáveis e promotoras da saúde e a extensão de ações e serviços de saúde que atendam às populações respeitando suas especificidades[14].

Essas práticas têm como destaque o cuidado humanizado, a relação de respeito à natureza, a concepção holística de saúde e a solidariedade. Inúmeros saberes balizam o seu desenvolvimento, que tem origem na aprendizagem familiar, nas gerações que lhes antecederam, no acesso e socialização de saberes nos grupos de mulheres e no movimento social, bem como nas experiências diversas de vida[20].

No entanto, o conhecimento popular sobre o processo saúde-doença e suas diversas formas de manifestação, muitas vezes, não é valorizado pelos profissionais de saúde, não sendo sequer ouvido. Outro fator a se considerar é o reduzido número de profissionais de saúde que possuem conhecimento e capacitação para prescrever plantas medicinais e medicamento fitoterápicos[21].

Para que as plantas medicinais possam fazer parte do arsenal terapêutico do profissional, recomenda-se investir na formação que contribua para a adoção de uma postura de interação com as pessoas, de reconhecimento do seu saber acerca das plantas medicinais e do cuidado[21]; além de priorizar outras formas de relacionar-se com a população, que inclui escuta, vínculo, troca de saberes e práticas, respeito ao conhecimento popular, interação e envolvimento dos profissionais de saúde e comunidade.

Estudo[21] de avaliação de serviços, no qual a fitoterapia já foi implementada, identificou maior participação e engajamento de usuários em atividades como palestras, oficinas e construção de canteiros. Esse comportamento foi atribuído ao envolvido nas atividades, no reconhecimento de suas práticas e saberes e por serem chamados a participar de atividades em que se sentem capazes de interagir, fato que não é recorrente no dia a dia dos serviços que fazem uso das medicações alopáticas.

A inclusão de plantas medicinais e da fitoterapia no serviço de saúde colabora para o cuidado mais autônomo, participativo e emancipador; sua consolidação implica a mudança do modelo assistencial, a adoção de ações de gestão e de planejamento, visando organizar os serviços, capacitar profissionais.

Considerações finais

Nesses territórios, as expectativas das famílias rurais em relação às ações dos profissionais de saúde configuram-se como instauradoras de necessidades em saúde: de obter uma relação mais próxima com os serviços, e de que suas experiências vividas sejam compartilhadas, reconhecidas e valorizadas. As necessidades concatenam-se com a construção de espaços de relação e encontro, nos quais sejam oportunizados compartilhar experiências, servindo de suporte para superar as dificuldades individuais enfrentadas.

O aprendizado e a troca de experiências, a partir de uma relação intersubjetiva, que permita a negociação e a liberdade de ação, têm sido apontados como possibilidade balizadora da atuação profissional, que contemplem as necessidades de saúde das comunidades rurais e contribuam para a consolidação da PNSIPCFA e Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).

As atividades educativas requerem que as comunidades rurais participem ativamente desde o planejamento das ações até a tomada de decisões sobre as necessidades de saúde e utilização dos recursos, bem como, colaborem para a redução da dependência de cuidado curativo e da alta tecnologia.

Essa perspectiva demanda que os profissionais de saúde contribuam para o empoderamento da população rural, de forma que possam assumir maior responsabilidade na resolução dos problemas de saúde dos indivíduos e comunidade.

Colaboradores

Lima ARA (0000-0003-1328-5570)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Dias NS (0000-0002-1368-3272)* e Lopes LB (0000-0002-0306-9180)* contribuíram para o planejamento, análise e interpretação dos dados; e aprovação da versão final do manuscrito. Heck RM (0000-0001-6317-3513)* contribuiu para a concepção, revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Pontes AGV, Rigotto RM, Silva JV. Necessidades de saúde de camponeses em conflito ambiental frente à instalação de Perímetros Irrigados. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2018 [acesso em 2019 mar 2]; 23(5):1375-1386. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n5/1413-8123-csc-23-05-1375.pdf.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e Floresta. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. 52 p.

3. Gomes I. O que é rural? Contribuições ao debate. Bol. geogr [internet]. 2013 [acesso em 2019 mar 2]; 31(3):81-95. Disponível em: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/BolGeogr/article/view/19007.

4. Freitas ED, Camargos VP, Xavier CC, et al. Instrumento para condução de observação social sistemática: métodos e resultados da concordância interobservadores. Cad. Saúde Pública [internet]. 2013 [acesso em 2019 ago 17]; 29(10):2093-2104. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a25v29n10.pdf.

5. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2012

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

[acesso em 2019 mar 2]; 17(3):621-626. Disponível em: https://social.stoa.usp.br/articles/0028/5691/Minayo_MCS_2012.pdf.

6. Bezerra GJ, Schlindwein MM. Agricultura familiar como geração de renda e desenvolvimento local: uma análise para Dourados, MS, Brasil. Interações estud. pesqui. psicol. [internet]. 2017 [acesso em 2019 mar 2]; 18(1):3-15. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/inter/v18n1/1518-7012--inter-18-01-0003.pdf.

7. Mazurana J, Dias JE, Laureano LC. Povos e comunidades tradicionais do Pampa. Porto Alegre: Fundação Luterana de Diaconia; 2016.

8. Echer R, Cruz JAW, Estrela CC, et al. Usos da terra e ameaças para a conservação da biodiversidade no bioma Pampa, Rio Grande do Sul. Revista Thema [internet]. 2015 [acesso em 2019 mar 2]; 12(02):4-13. Disponível em: http://revistathema.ifsul.edu.br/index.php/thema/article/view/318.

9. Brasil. Ministério do Meio Ambiente, Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade [internet]. Brasília, DF: Ministério do Meio Ambiente; [s.d.] [acesso em 2019 ago16]. Disponível em: http://www.icmbio.gov.br/portal/.

10. Heck RM. Plantas medicinais do Bioma Pampa no cuidado em saúde. Brasília, DF: Embrapa; 2017.

11. Nitschke RG. Uma viagem pelo mundo imaginal de ser família saudável no quotidiano em tempos pós--modernos: a descoberta dos laços de afeto como caminho. [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1999. 478 p.

12. Soares RAS, Moraes RM, Vianna RPT, et al. Determinantes Socioambientais e Saúde: o Brasil Rural versus o Brasil Urbano. Tempus [internet]. 2015 [acesso em 2019 mar 2]; 9(2):221-235. Disponível em: file:///C:/Users/angel/Downloads/109-1-PB%20(1).pdf.

13. Rigotto RM. Agrotóxicos, trabalho e saúde: vulnerabilidade e resistência no contexto da modernização agrícola no baixo Jaguaribe/CE. Fortaleza: Edições UFC; 2011.

14. Carneiro FF, Augusto LGS, Rigotto RM, et al. Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. São Paulo: EPSJV; 2015.

15. Rigotto RM, Aguiar ACP. Por que morreu VMS? Sentinelas do des-envolvimento sob o enfoque socioambiental crítico da determinação social da saúde. Saúde debate [internet]. 2017 [acesso em 2019 mar 2]; 41(92):92-109. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103--11042017000100092&script=sci_abstract&tlng=pt.

16. Silva MLV, Rigotto RM, Rocha MM. Agora é uma riqueza medonha e todo mundo é doente?: repercussões da modernização agrícola sobre a saúde de mulheres camponesas na Chapada do Apodi/CE. Retratos de Assentamentos. 2015; 8(1):67-90.

17. Viero CM, Camponogara S, Cezar-Vaz MR, et al. Sociedade de risco: o uso dos agrotóxicos e implicações na saúde do trabalhador rural. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. [internet]. 2016 [acesso em 2019 mar 2]; 20(1):99-105. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127744318014.

18. Belchior DCV, Saraiva AS, López AMC, et al. Impactos de agrotóxicos sobre o meio ambiente e a saúde humana. Cad. Ciên. Tecnol. [internet]. 2017 [acesso em 2019 ago 17]; 34(1):135-151. Disponível em: http://seer.sct.embrapa.br/index.php/cct/article/view/26296/13929.

19. Ferreira MJM, Rigotto RM. Contribuições epistemológicas/metodológicas para o fortalecimento de uma (cons)ciência emancipadora. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2014 [acesso em 2019 mar 2]; 19(10):4103-4111. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232014001004103&script=sci_abstract&tlng=pt.

20. Rückert B, Cunha DM, Modena CM. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. Interface (Botucatu) [internet]. 2018 [acesso em 2019 mar 2]; 22(66):903-914. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.

php?script=sci_abstract&pid=S1414328320180050003102&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

21. Figueredo CA, Gurgel IGD, Gurgel Junior GD. A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. Physis [internet]. 2014 [acesso em 2019 mar 2]; 24(2):381-400. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000200004.

Recebido em 13/04/2019
Aprovado em 24/08/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Contexto de trabalho e satisfação profissional de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família

Context of work and professional satisfaction of nurses who work in the Family Health Strategy

Maria Mônica de Oliveira[1], Dixis Figueroa Pedraza[1,2]

DOI: 10.1590/0103-1104201912209

RESUMO A pesquisa objetivou avaliar o contexto de trabalho e a satisfação profissional de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família no estado da Paraíba, estabelecendo uma análise comparativa entre equipes convencionais e do Programa Mais Médicos (PMM). Trata-se de um estudo transversal realizado com 50 enfermeiros de 34 municípios representativos de todas as gerências regionais de saúde do estado. Obtiveram-se informações quanto ao perfil dos profissionais, estrutura das unidades de saúde, contexto de trabalho e satisfação profissional. Para o contexto de trabalho, utilizou-se a Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho, enquanto para apreender a satisfação profissional, foram utilizadas perguntas adaptadas das dimensões satisfação e remuneração da metodologia Great Place to Work. Em sua totalidade, os domínios concernentes à estrutura das unidades de saúde, ao contexto de trabalho e à satisfação profissional auferiram avaliações satisfatórias. Entretanto, constataram-se deficiências, principalmente na organização do trabalho. Não houve diferenças ao se comparar equipes convencionais e do PMM. Correlações importantes e significativas foram observadas entre o contexto de trabalho e suas subdimensões com a satisfação profissional. Esta pesquisa evidencia condições críticas de organização do trabalho que influenciam negativamente a satisfação profissional, com problemas na gestão do processo de trabalho que focam o aumento da produtividade.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Condições de trabalho. Satisfação no emprego.

ABSTRACT *The research aimed to evaluate the work context and the professional satisfaction of nurses who work in the Family Health Strategy in the State of Paraíba establishing a comparative analysis between conventional teams and those of the More Doctors Program. This is a cross-sectional study carried out with 50 nurses from 34 municipalities representing all the regional health managements in the State. Information was obtained on the profile of professionals, structure of health units, work context, and professional satisfaction. The Work Context Assessment Scale was used for the context of work, while for the purpose of apprehending professional satisfaction, questions adapted from the satisfaction and remuneration dimensions of the Great Place to Work methodology were used. In their totality, the domains concerning the structure of the health units, the work context and the professional satisfaction have received satisfactory evaluations. However, there were deficiencies, mainly in the organization of work. There were no differences when comparing*

[1] Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Campina Grande (PB), Brasil. *monicaenf17@gmail.com*

[2] Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (Renasf) – Natal (RN), Brasil.

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

conventional and More Doctors Program teams. Important and significant correlations were observed between the work context and its sub-dimensions with job satisfaction. This research shows critical conditions of work organization that negatively influence professional satisfaction, with problems in the management of the work process that focus on increasing productivity.

KEYWORDS *Primary Health Care. Family Health Strategy. Working conditions. Job satisfaction.*

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se elemento essencial de um processo continuado de cuida–do integral ao indivíduo, no contexto da família e da comunidade. Configura-se também como base e importante estratégia para a reorientação das práticas profissionais, da reorganização dos serviços e da ampliação da efetividade em todos os demais níveis dos sistemas de saúde[1-4].

No Brasil, no intuito de ampliar a cobertura e o acesso à população aos serviços de saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) estabelece-se como modelo de reordenação da atenção à saúde conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)[1].

Compreende-se que o modelo de assistência proposto na ESF requer condições estruturais mínimas para a execução das ações que ultrapassem o modelo biomédico e que contribuam para a equidade em saúde. A estrutura adequada, a organização das ações consoantes com os princípios do SUS e o suporte administrativo constituem pontos centrais na prestação dos serviços pelas equipes de saúde[4,5].

Os sistemas de saúde devem oferecer serviços eficazes, seguros e eficientes[6]. Nesse contexto, para efetivação da qualidade da assistência oferecida ao usuário e da garantia da promoção à saúde, é fundamental que o ambiente de trabalho possibilite a integração da equipe multidisciplinar, como também favoreça qualidade de vida, motivação, satisfação e possibilidade de desenvolvimento ao profissional de saúde[7,8]. Nesse sentido, reitera-se que o serviço prestado pelas equipes de saúde depende proporcionalmente do suporte administrativo, da adequação de estrutura e da organização das ações em consonância com os princípios do SUS[9].

As características do processo de trabalho no modelo da ESF têm implicações na satisfação/insatisfação dos profissionais de saúde, a qual condiciona diretamente a qualidade das ações em saúde direcionadas à população[6,10]. A combinação de fatores organizacionais, estruturais e financeiros, tais como dificuldades gerenciais, burocracia excessiva, sobrecarga de trabalho, precariedade das condições de trabalho, deficiências estruturais, falta de equipamentos adequados, baixos salários e ausência de uma política de educação continuada repercute consubstancialmente na insatisfação dos profissionais das equipes de saúde da família e coloca em discussão questões sobre a qualificação dos profissionais, a resolubilidade dos serviços e a necessidade de monitorar e avaliar a APS[2,5,6,11]. Ainda, essas condições podem resultar em problemas de saúde nos próprios trabalhadores que prestam serviços de saúde[11,12].

Os profissionais da APS constituem um enorme contingente de força de trabalho no sistema de saúde brasileiro; e a enfermagem está amplamente inserida nesta área de atuação. A ESF tem no enfermeiro um importante membro da equipe básica multidisciplinar. No que se refere ao contexto de trabalho, esse profissional destaca-se ao desempenhar papel de liderança ampliada, incorporando-se funções importantes em práticas gerenciais,

assistenciais, e no entendimento dos fatores interferentes no processo saúde-doença, a fim de suprir as demandas populacionais[8,13,14].

Considerando ainda que, para o fortalecimento da APS, torna-se primordial a utilização de mecanismos que permitam monitorar as condições relacionadas com o processo de trabalho[9], o presente estudo tem como objetivo avaliar o contexto de trabalho e a satisfação profissional de enfermeiros que atuam na ESF no estado da Paraíba, estabelecendo uma análise comparativa entre equipes convencionais e do Programa Mais Médicos (PMM).

Métodos

Trata-se de um estudo transversal realizado com uma amostra de 50 enfermeiros, de um total de 62 previstos, que atuam em equipes da ESF, selecionada aleatoriamente, de 34 municípios com população inferior a 30 mil habitantes, representativos de todas as gerências regionais de saúde do estado da Paraíba.

Para a coleta de dados utilizou-se um questionário estruturado previamente testado que foi registrado no FormSUS (http://siteformsus.datasus.gov.br/FORMSUS/index.php), enviado via *e-mail*, com *link* de acesso, acompanhado de convite para participar da pesquisa, orientações, esclarecimentos e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram obtidas informações em quatro âmbitos: perfil dos profissionais (características demográficas, capacitação em APS, características trabalhistas), estrutura das unidades de saúde, contexto de trabalho e satisfação profissional.

Sexo, idade, convivência com companheiro(a) e número de filhos foram as características demográficas consideradas. A capacitação em APS baseou-se na informação sobre a realização de pós-graduação ou residência em saúde pública/saúde coletiva/saúde da família/medicina de família/saúde materno-infantil e de em algum curso ou treinamento em APS/ESF. As características trabalhistas foram descritas considerando o tempo de atuação na equipe de saúde atual e no tipo de vínculo.

A estrutura das unidades de saúde considerou três subdimensões: i. disponibilidade de recursos humanos (serviços ininterruptos do médico, enfermeiro e auxiliar ou técnico de enfermagem) e espaços físicos (recepção, sanitário e depósito, consultório próprio, sala de reuniões e atividades de educação, sala exclusiva para vacinação, sala exclusiva para curativos e observação, copa/cozinha); ii. disponibilidade de equipamentos, acessórios de informática/telefonia e insumos (geladeira, antropômetro, estadiômetro ou fita métrica, balança infantil, balança antropométrica, computador, acesso à internet, linha telefônica, Caderneta de Saúde da Criança, transporte); e iii. disponibilidade de vacinas, medicamentos essenciais e suplementos (vacinas do calendário básico de imunização da criança, medicamentos básicos indicados nos tratamentos das parasitoses mais frequentes, antibióticos básicos indicados nos tratamentos das doenças infecciosas mais frequentes, medicamentos para o tratamento das doenças do trato gastrointestinal, medicamentos inalatórios para a crise asmática, antitérmicos, anti-inflamatórios, sais de reidratação oral, sulfato ferroso, suplemento de Vitamina A). Atributos com respostas negativas receberam pontuação=0,5, e positivas, pontuação=0,1; podendo, assim, variar de 1 a 5 a avaliação de cada uma das subdimensões da estrutura. A avaliação geral da estrutura das unidades de saúde foi baseada na média das suas subdimensões.

O contexto de trabalho compreendeu informações de organização do trabalho, relações socioprofissionais e condições de trabalho, obtidas utilizando a Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho (EACT), a qual forma parte do instrumento denominado Inventário sobre Trabalho e Risco de Adoecimento, validado previamente[15]. A EACT é uma escala do tipo Likert de cinco pontos (valor 1=nunca, 2=raramente, 3=às vezes, 4=frequentemente e 5=sempre) que se referem à frequência

de ocorrência de determinados fenômenos, podendo variar de 1 a 5 cada atributo do contexto de trabalho. A avaliação de cada subdimensão teve por base a média dos seus atributos, bem como o contexto de trabalho derivou da média das três subdimensões.

Para apreender a satisfação profissional foram utilizadas perguntas adaptadas das dimensões satisfação e remuneração da metodologia Great Place to Work para Pesquisa de Clima Organizacional (Pesquisa de Clima Organizacional. Disponível em: http://www.greatplacetowork.com.br/pesquisa-e-benchmark/pesquisa-de-clima-organizacional.htm. Acesso em: 18 set 2018). Perguntou-se: 1. Você está satisfeito com suas atividades profissionais e considera que seu trabalho contribui para o sucesso da sua equipe? 2. Você indicaria sua unidade de saúde para um processo seletivo de um amigo ou conhecido? 3. Você indicaria sua unidade de saúde para alguém da sua família ou amigo utilizar? 4. Você considera justo seu salário? 5. Você está satisfeito com a forma pela qual sua equipe contribui para a sociedade? As alternativas de respostas usadas foram 'sim' e 'não'. Cada resposta negativa recebeu pontuação=1,0, e positiva, pontuação=0,2; podendo, assim, variar de 1 a 5 a avaliação geral da satisfação profissional.

A classificação da estrutura, contexto de trabalho e satisfação profissional obedeceu às recomendações para o contexto de trabalho, considerando este o eixo central do presente estudo: acima de 3,7 (grave), entre 2,3 e 3,69 (crítica) e abaixo de 2,29 (satisfatória)[15].

Os dados coletados foram organizados em planilhas eletrônicas e digitados em dupla entrada em um banco de dados customizado com verificações de consistência e restrições de intervalo. As inconsistências entre digitadores foram verificadas e retificadas por meio de nova consulta aos respectivos questionários.

Diferenças segundo o tipo de equipe (convencional ou do PMM) para as variáveis do perfil dos profissionais foram analisadas usando o teste de qui-quadrado ou Exato de Fisher. Foram calculadas as médias (±DP) das pontuações relacionadas com a estrutura das unidades de saúde, contexto de trabalho e satisfação profissional, estabelecendo-se diferenças segundo o tipo de equipe por meio do teste t-student. Analisou-se a correlação das avaliações da estrutura das unidades de saúde e do contexto de trabalho com a satisfação profissional por meio do coeficiente de correlação de Pearson. A normalidade dos dados foi aferida por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. Em todas as análises, o nível de significância admitido foi de 5%. Utilizou-se o *software* Stata v.12.0.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, com o protocolo número 71609317.9.0000.5187. Todos os participantes da pesquisa assinaram o TCLE, como condição necessária à participação no estudo.

Resultados

De acordo com a *tabela 1*, a maioria dos enfermeiros entrevistados é do sexo feminino (88%), está na faixa etária de idade entre 20 e 39 anos (70%), convive com companheiro(a) (68%) e não tem filhos (76%). Quanto à capacitação em APS, 26 dos 50 enfermeiros relataram possuir pós-graduação ou residência em saúde pública/saúde coletiva/saúde da família/medicina de família/saúde materno-infantil, e 37 que já fizeram algum curso ou treinamento em APS/ESF. Com relação às características trabalhistas, constatou-se que menos da metade dos profissionais entrevistados atuam na equipe de saúde há mais de dois anos e que são concursados. Observa-se essa caracterização tanto nas equipes convencionais como nas do PMM e sem diferenças entres elas.

Tabela 1. Características demográficas, da formação e trabalhistas de enfermeiros da ESF da Paraíba, Brasil, 2018

Variáveis	Total de equipes (N=50)	Equipes convencionais (N=26)	Equipes do PMM (N=24)	p-valor
	n	n	n	
Características demográficas				
Sexo				0,329
Feminino	44	24	20	
Masculino	6	2	4	
Idade				0,459
20 a 39	35	17	18	
40 a 49	15	9	6	
Convivência com companheiro(a) (sim)	34	17	17	0,680
Filhos (sim)	12	8	4	0,243
Características da formação				
Pós-graduação ou residência em saúde pública/saúde coletiva/saúde da família/medicina de família/saúde materno-infantil (sim)	26	14	12	0,786
Curso ou treinamento em APS/ESF (sim)	37	18	19	0,424
Características trabalhistas				
Tempo de atuação na equipe de saúde atual (dois anos ou mais)	23	10	13	0,266
Tipo de vínculo (concursado)	22	10	12	0,412

Fonte: Elaboração própria.

PMM: Programa Mais Médicos; p-valor: nível de significância.

Os resultados apresentados na *tabela 2*, concernentes à avaliação da estrutura das unidades de saúde, do contexto de trabalho e da satisfação profissional, mostram que a estrutura foi avaliada como satisfatória tanto no total de equipes (média 1,63) quanto nas convencionais (média 1,60) e nas do PMM (média 1,66). Foram positivamente avaliadas as três subdimensões relacionadas com a estrutura das unidades de saúde, tanto nas equipes i. convencionais como as do ii. PMM: recursos humanos e espaços físicos (médias i. 1,60; ii. 1,65); equipamentos, acessórios de informática/telefonia e insumos (médias i. 1,66; ii. 2,01); e vacinas, medicamentos essenciais e suplementos (médias i. 1,55; ii. 1,33). A disponibilidade de linha telefônica foi o item com pior avaliação, seguido de acesso à internet. As equipes do PMM tiveram médias maiores do que as equipes convencionais nas variáveis serviços ininterruptos do enfermeiro e disponibilidade de transporte, bem como para a subdimensão disponibilidade de equipamentos, acessórios de informática/telefonia e insumos.

Tabela 2. Avaliação da estrutura das unidades de saúde, do contexto de trabalho e da satisfação profissional por enfermeiros da ESF da Paraíba, Brasil, 2018

Variáveis	Média (Desvio padrão)			p-valor
	Total de equipes	Equipes convencionais	Equipes do PMM	
ESTRUTURA				
Recursos humanos e espaços físicos				
Serviços ininterruptos do médico	0,19 (0,17)	0,19 (0,17)	0,20 (0,17)	0,438
Serviços ininterruptos do enfermeiro	0,17 (0,15)	0,13 (0,10)	0,21 (0,18)	0,024
Serviços ininterruptos do auxiliar ou técnico de enfermagem	0,18 (0,16)	0,14 (0,13)	0,21 (0,18)	0,062
Espaço exclusivo para a recepção e espera	0,11 (0,07)	0,13 (0,10)	0,10 (1,42)	0,913
Sanitário e depósito	0,13 (0,10)	0,16 (0,14)	0,10 (1,42)	0,976
Consultório próprio (não compartilhado com outra equipe)	0,10 (0,05)	0,11 (0,07)	0,11 (1,42)	0,829
Sala para realização de reuniões e atividades de educação	0,22 (0,18)	0,23 (0,19)	0,21 (0,18)	0,656
Sala exclusiva para vacinação	0,18 (0,16)	0,19 (0,17)	0,18 (0,16)	0,574
Sala exclusiva para curativos e observação	0,15 (0,14)	0,16 (0,14)	0,15 (0,13)	0,612
Copa/cozinha	0,14 (0,13)	0,13 (0,10)	0,16 (0,15)	0,169
Subtotal	**1,62 (0,61)**	**1,60 (0,62)**	**1,65 (0,61)**	**0,387**
Equipamentos, acessórios de informática/telefonia e insumos				
Geladeira	0,19 (0,17)	0,19 (0,17)	0,20 (0,17)	0,438
Antropômetro	0,14 (0,13)	0,14 (0,13)	0,15 (0,13)	0,459
Estadiômetro ou fita métrica	0,10 (0,05)	0,11 (0,07)	0,10 (1,42)	0,829
Balança infantil	0,11 (0,07)	0,10 (0,00)	0,10 (1,42)	0,500
Balança antropométrica	0,11 (0,07)	0,10 (0,00)	0,13 (0,11)	0,069
Computador	0,18 (0,16)	0,14 (0,13)	0,21 (0,18)	0,062
Acesso à internet	0,23 (0,19)	0,20 (0,18)	0,26 (0,20)	0,140
Linha telefônica	0,40 (0,17)	0,37 (0,18)	0,43 (0,15)	0,126
Caderneta de Saúde da Criança	0,14 (0,13)	0,13 (0,10)	0,16 (0,15)	0,169
Transporte	0,19 (0,17)	0,14 (0,13)	0,25 (0,19)	0,016
Subtotal	**1,83 (0,54)**	**1,66 (0,55)**	**2,01 (0,48)**	**0,010**
Vacinas, medicamentos essenciais e suplementos				
Vacinas do calendário básico de imunização da criança	0,14 (0,12)	0,13 (0,10)	0,15 (0,13)	0,290
Medicamentos básicos indicados nos tratamentos das parasitoses mais frequentes	0,15 (0,14)	0,17 (0,16)	0,13 (0,11)	0,861
Antibióticos básicos indicados nos tratamentos das doenças infecciosas mais frequentes	0,14 (0,13)	0,16 (0,14)	0,13 (0,11)	0,773
Medicamentos para o tratamento das doenças do trato gastrointestinal	0,14 (0,13)	0,16 (0,14)	0,13 (0,11)	0,773
Medicamentos inalatórios para a crise asmática	0,14 (0,12)	0,14 (0,13)	0,13 (0,11)	0,643
Antitérmicos	0,10 (0,05)	0,11 (0,07)	0,10 (1,42)	0,829
Anti-inflamatórios	0,13 (0,10)	0,14 (0,13)	0,11 (0,08)	0,826
Sais de reidratação oral	0,14 (0,13)	0,16 (0.14)	0,13 (0,11)	0,773
Sulfato ferroso	0,16 (0,14)	0,19 (0,17)	0,13 (0,11)	0,919

Tabela 2. (cont.)

Suplemento de Vitamina A	0,16 (0,14)	0,16 (0,14)	0,16 (0,15)	0,452
Subtotal	**1,44 (0,73)**	**1,55 (0,86)**	**1,33 (0,57)**	**0,851**
Total – Estrutura	**1,63 (0,45)**	**1,60 (0,51)**	**1,66 (0,38)**	**0,318**
CONTEXTO DE TRABALHO				
Organização do trabalho				
Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho	3,16 (1,21)	3,11 (1,24)	3,20 (1,21)	0,395
O ritmo do trabalho é excessivo	3,12 (1,13)	3,13 (1,13)	3,10 (1,15)	0,582
As tarefas são cumpridas sob pressão de prazos	2,68 (1,44)	2,65 (1,49)	2,70 (1,42)	0,448
Existe forte cobrança por resultados	3,02 (1,42)	2,88 (1,36)	3,16 (1,49)	0,244
As normas para execução das tarefas são rígidas	2,68 (1,36)	2,57 (1,17)	2,79 (1,55)	0,291
O número de pessoas é insuficiente para realizar as tarefas	2,28 (1,42)	2,19 (1,44)	2,37 (1,43)	0,328
Os resultados esperados estão fora da realidade	2,28 (1,12)	2,46 (1,27)	2,08 (0,92)	0,880
Existe fiscalização do desempenho	3,58 (1,26)	3,53 (1,27)	3,62 (1,27)	0,405
Existe divisão entre quem planeja e quem executa	2,68 (1,42)	2,50 (1,30)	2,87 (1,54)	0,178
As tarefas executadas sofrem descontinuidade	2,38 (0,98)	2,42 (0,98)	2,33 (1,00)	0,624
Subtotal	**2,77 (0,65)**	**2,75 (0,62)**	**2,80 (0,70)**	**0,345**
Condições de trabalho				
As condições de trabalho são precárias	2,12 (1,18)	1,92 (1,12)	2,33 (1,23)	0,113
O ambiente físico é desconfortável	1,76 (1,17)	1,73 (1,25)	1,79 (1,10)	0,428
Existe muito barulho no ambiente de trabalho	2,48 (1,18)	2,46 (1,02)	2,50 (1,35)	0,454
O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado	1,80 (0,96)	1,88 (0,99)	1,70 (0,95)	0,737
O posto de trabalho é inadequado para a realização das tarefas	1,78 (1,07)	1,65 (1,01)	1,91 (1,13)	0,196
As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas	1,84 (1,16)	1,84 (1,12)	1,83 (1,23)	0,515
Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas	1,94 (1,01)	2,00 (1,05)	1,87 (0,99)	0,665
Os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários	1,70 (0,90)	1,57 (0,94)	1,83 (0,86)	0,162
O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado	1,78 (1,01)	1,57 (0,85)	2,00 (1,14)	0,071
O material de consumo é insuficiente	2,06 (1,09)	1,96 (1,07)	2,16 (1,12)	0,257
Subtotal	**1,92 (0,71)**	**1,86 (0,72)**	**1,99 (0,71)**	**0,256**
Relações socioprofissionais				
As tarefas são claramente definidas	4,16 (1,23)	4,19 (1,13)	4,12 (1,36)	0,575
A autonomia é inexistente	2,12 (1,40)	2,23 (1,39)	2,00 (1,44)	0,715
A distribuição das tarefas é injusta	1,84 (1,14)	1,76 (1,03)	1,91 (1,28)	0,327
Os funcionários são excluídos das decisões	1,76 (1,02)	1,84 (1,04)	1,66 (1,00)	0,729
Existem disputas profissionais no local de trabalho	1,64 (1,02)	1,57 (0,94)	1,70 (1,12)	0,327
As informações que precisa para executar suas tarefas são de difícil acesso	1,84 (1,20)	1,57 (0,90)	2,12 (1,42)	0,051
Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados	1,58 (0,88)	1,38 (0,57)	1,79 (1,10)	0,053
Falta integração no ambiente de trabalho	1,68 (1,03)	1,57 (0,94)	1,79 (1,14)	0,235

Tabela 2. (cont.)

A comunicação entre os funcionários é insatisfatória	1,74 (1,06)	1,76 (1,03)	1,70 (1,12)	0,578
Falta apoio das chefias para o seu desenvolvimento profissional	2,24 (1,30)	2,07 (1,26)	2,41 (1,34)	0,181
Subtotal	**2,06 (0,65)**	**2,00 (0,51)**	**2,12 (0,79)**	**0,254**
Total - Contexto de Trabalho	**2,23 (0,54)**	**2,20 (0,50)**	**2,28 (0,59)**	**0,237**
SATISFAÇÃO				
Satisfação com as atividades profissionais, sentindo que seu trabalho contribui para o sucesso da equipe	0,26 (0,21)	0,23 (0,15)	0,30 (0,27)	0,134
Indicaria a equipe de saúde para um processo seletivo de um amigo ou conhecido	0,23 (0,15)	0,23 (0,15)	0,23 (0,16)	0,477
Indicaria a equipe de saúde para alguém da família ou amigo utilizar	0,21 (0,11)	0,20 (0,00)	0,23 (0,16)	0,151
Salário justo pelo trabalho	0,84 (0,32)	0,78 (0,36)	0,90 (0,27)	0,105
Satisfação com a forma pela qual a equipe de saúde contribui para a comunidade/sociedade	0,34 (0,31)	0,32 (0,29)	0,36 (0,33)	0,312
Total – Satisfação	**1,89 (0,69)**	**1,76 (0,57)**	**2,03 (0,79)**	**0,092**

Fonte: Elaboração própria.

PMM: Programa Mais Médicos; p: nível de significância.

Categorias de classificação (aplicáveis para as subdimensões da estrutura, atributos e subdimensões do contexto de trabalho, e as três dimensões): > 3,7 (cenário grave), 2,3 – 3,69 (cenário crítico), < 2,29 (cenário satisfatório).

Verificou-se que, na sua totalidade, o contexto de trabalho foi avaliado como satisfatório no total de equipes (média 2,23), nas convencionais (média 2,20) e nas do PMM (média 2,28). No que se refere à organização do trabalho, a falta de pessoal para a realização das tarefas foi avaliada criticamente nas equipes do PMM (média 2,35); enquanto nas equipes convencionais (média 2,19), teve avaliação positiva. O inverso foi observado para 'os resultados esperados estão fora da realidade', que foi avaliado positivamente nas equipes do PMM (média 2,08) e como crítico nas equipes convencionais (média 2,46). Avaliaram-se como críticos em ambos os tipos de equipes (i. convencional; ii. PMM) a existência de tempo para realizar pausas de descanso durante o trabalho (médias i. 3,11; ii. 3,20), o ritmo de trabalho (médias i. 3,13; ii. 3,10), a pressão em termos de prazos para a realização do trabalho (médias i. 2,65; ii. 2,70), a cobrança por resultados (médias i. 2,88; ii. 3,16) e a divisão de trabalho entre planejadores e executores (médias i. 2,50; ii. 2,87), caracterizadas como estratégias de gestão voltadas para o aumento da produtividade. Observa-se, ainda, que existem problemas na gestão do processo de trabalho; assim como foram avaliadas como críticas a rigidez das normas para a execução das tarefas (médias i. 2,57; ii. 2,79), a descontinuidade na execução destas (médias i. 2,42; ii. 2,33) e a fiscalização de desempenho no trabalho (médias i. 3,53; ii. 3,62). No geral, a organização do trabalho foi avaliada com situação crítica no total de equipes (média 2,77), nas equipes convencionais (média 2,75) e do PMM (média 2,80).

As condições de trabalho foram avaliadas como críticas, no que se refere à existência de barulho no ambiente de trabalho, no total de equipes (média 2,48), nas equipes convencionais (média 2,46) e nas equipes do PMM (média 2,50). A precariedade das condições de trabalho também foi avaliada como crítica nas equipes do PMM (média 2,33). Todavia, foram positivamente avaliados nas equipes convencionais e do PMM os outros atributos sobre as condições de trabalho. Em sua

totalidade, essa subdimensão obteve avaliação positiva no total de equipes (média 1,92), nas equipes convencionais (média 1,86) e do PMM (média 1,99).

Foi avaliada como grave, nas relações socioprofissionais, a falta de clareza na definição das tarefas, no total de equipes (média 4,16), nas equipes convencionais (média 4,19) e do PMM (média 4,12). Verificou-se também que a falta de apoio das chefias para o desenvolvimento profissional foi avaliada como crítica nas equipes do PMM (média 2,41). Foram positivamente avaliados nas equipes convencionais e do PMM os outros atributos relacionados com esta subdimensão, a qual obteve avaliação positiva no total de equipes (média 2,06), nas equipes convencionais (média 2,00) e do PMM (média 2,12).

A satisfação profissional foi avaliada como satisfatória no total de equipes (média 1,89), nas convencionais (média 1,76) e nas do PMM (média 2,03). Dos itens considerados, a maior insatisfação foi em relação ao salário. Da mesma forma que para a estrutura e para o contexto de trabalho, não houve diferenças nas médias de satisfação ao se comparar equipes convencionais e do PMM.

As subdimensões do contexto de trabalho mostraram correlações importantes e significativas com a satisfação profissional tanto no total de equipes quanto nas convencionais e do PMM. A correlação mais forte foi para as relações socioprofissionais. Resultado similar foi encontrado quando considerado o contexto de trabalho como dimensão, que apresentou correlação de 0,670 (p=0,0000) com a satisfação profissional para o total de equipes; 0,736 (p=0,0000) no caso dos profissionais das equipes convencionais e 0,623 (p=0,001) em enfermeiros trabalhando inseridos nas equipes do PMM *(tabela 3)*.

Tabela 3. Correlação entre os escores da avaliação da estrutura das unidades de saúde e do contexto de trabalho com a satisfação profissional de enfermeiros da ESF da Paraíba, Brasil, 2018

Subdimensão / Dimensão	SATISFAÇÃO PROFISSIONAL					
	Total de equipes		Equipes convencionais		Equipes do PMM	
	r	p-valor	r	p-valor	r	p-valor
Recursos humanos e espaços físicos	0,178	0,215	0,304	0,132	0,107	0,525
Equipamentos, acessórios de informática/telefonia e insumos	0,179	0,211	0,147	0,475	0,115	0,492
Vacinas, medicamentos essenciais e suplementos	0,181	0,209	0,242	0,234	0,218	0,305
Estrutura	0,249	0,080	0,308	0,125	0,196	0,352
Organização do trabalho	0,463	0,0007	0,512	0,006	0,426	0,037
Condições de trabalho	0,544	0,0000	0,613	0,0009	0,492	0,014
Relações socioprofissionais	0,608	0,0000	0,654	0,0003	0,579	0,003
Contexto de Trabalho	0,670	0,0000	0,736	0,0000	0,623	0,001

Fonte: Elaboração própria.

PMM: Programa Mais Médicos; r: coeficiente de correlação de Pearson; p-valor: nível de significância.

Discussão

Ao analisar o perfil dos enfermeiros deste estudo, quanto ao sexo, evidenciou-se uma amostra majoritariamente feminina. Essa caracterização reproduz o panorama histórico dessa profissão, exercida nos seus primórdios quase que exclusivamente por mulheres, além de confirmar a forte tendência de feminilização da força de trabalho na APS, comprovada em várias pesquisas[8,13,14,16,17]. Quanto à faixa etária dos profissionais, percebe-se que, assim como o encontrado, outros autores declararam ser, na sua maioria, adultos jovens os profissionais que atuam na APS[8,10,14]. No que se refere à situação conjugal, estudo realizado no interior de Minas Gerais identificou que a maioria dos profissionais de enfermagem vinculados à ESF era casadas ou em união estável[8], resultados semelhantes aos dados da presente pesquisa.

No presente estudo, apesar de ter sido observada discreta preponderância de profissionais que possuem pós-graduação ou residência em saúde pública/saúde coletiva/saúde da família/medicina de família/saúde materno-infantil e que fizeram algum curso ou treinamento em APS/ESF, alguns deles ainda carecem dessa formação, o que pode comprometer o desempenho da APS, sobretudo no conjunto de atributos essenciais[1,3,18]. Assim, levando em consideração a diversidade de ações e conhecimento técnico específico que competem ao profissional de enfermagem ao atuar na ESF, torna-se fundamental que os serviços desenvolvam programas de educação permanente e continuada para todos os profissionais[19]. Nesse sentido, salienta-se que diversas estratégias têm sido formuladas e incentivadas pelo Ministério da Saúde para promover a capacitação profissional e qualificar a atenção à saúde, como a Política de Educação Permanente do SUS[20]. Enquanto, neste estudo, 52% e 74% dos enfermeiros possuíam pós-graduação ou residência e capacitação, relacionada com a APS, respectivamente, pesquisa realizada na região noroeste de Goiânia evidenciou que 71,4% dos enfermeiros tinham especialização e que 86,4% haviam participado em cursos[18]. Essa disparidade pode estar relacionada com o fato de que é nos grandes centros urbanos que se localizam os principais polos de formação em saúde, possibilitando aos profissionais que atuam nessas cidades um maior acesso a cursos[21].

Concernente às características trabalhistas, resultados similares aos encontrados neste estudo foram evidenciados anteriormente por autores que retrataram que uma minoria dos profissionais ingressa na ESF por meio de concurso público[11,22] e tem vínculo de dois anos ou mais com a equipe[16,22]. Ressalta-se que esse cenário é prejudicial, pois o concurso ou processo seletivo públicos são apontados como a única maneira legal de desprecarização do trabalho no SUS; e a rotatividade de profissionais e a instabilidade dos contratos incidem negativamente no estabelecimento de vínculo com a população, o que pode prejudicar a efetividade da assistência e a continuidade do cuidado[22].

Em consonância com os resultados positivos encontrados na avaliação da dimensão da estrutura das unidades de saúde no presente estudo, a literatura relata que municípios de pequeno porte apresentam melhores condições neste quesito[23,24]. Coincidindo com os achados encontrados, outras pesquisas também destacaram como principais problemas de estrutura a carência em itens como linha telefônica, equipamentos de informática, acesso à internet e veículo para realizar atividades fora das unidades[5,22]. A insuficiência da disponibilidade de equipamentos e acesso à internet igualmente foi ressaltada com base em dados nacionais, destacando desigualdades regionais que apontam a região Nordeste entre as que apresentam os piores resultados[4]. Fragilidades desse tipo podem interferir negativamente na continuidade do atendimento e nos atributos da APS, bem como limitam o potencial dos serviços para a consolidação da ESF[3,5]. Essas deficiências têm sido reconhecidas pelo Governo Federal, reforçando-se a necessidade de garantir boa estrutura das unidades de saúde como requisito para

prover condições adequadas de trabalho e de práticas profissionais, com ações como a construção ou reforma de unidades básicas de saúde (Requalifica UBS)[25-27] e de um plano nacional para instalar internet banda larga em 12 mil unidades (Plano Nacional Banda Larga. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php?conteudo=banda_larga. Acesso em: 3 dez 2018).

Estudos similares realizados com profissionais de enfermagem vinculados à APS em municípios do interior de Minas Gerais[8] e do Rio Grande do Sul[28] verificaram que a organização do trabalho foi a dimensão do contexto de trabalho com pior avaliação[8], o que ficou corroborado nesse estudo. Diante desses dados, sinalizam-se táticas de gestão com ênfase na produção, ou seja, apontam para a capacidade de o profissional produzir com rendimento, com base em situações de cobrança por resultados, ritmo de trabalho excessivo e pressão que caracterizam modelos antidemocráticos de gestão do trabalho[8]. Tais práticas desestimulam os profissionais e apontam para a necessidade de estratégias que promovam o bem-estar geral e do trabalho, essencial para um processo produtivo eficaz[8,29].

A subdimensão condições de trabalho foi avaliada positivamente pelos profissionais que participaram desta pesquisa, com média 1,92±0,71, correspondente a um cenário satisfatório, que indica situação melhor à encontrada em um município mineiro cuja média 2,75±0,82 foi ilustrativa de um cenário crítico[8]. A avaliação negativa para a existência de barulho no ambiente de trabalho[28] e para a precariedade das condições de trabalho, por exemplo, cadeiras e mesas quebradas, ambientes pouco iluminados, salas interditadas[11], encontra respaldo em observações anteriores da ESF em outras localidades do País. Uma pesquisa de revisão sistemática centrada no contexto de trabalho dos profissionais de enfermagem no Chile também apontou, entre outras características, precárias condições laborais[30]. Oferecer aos profissionais de saúde boas condições de trabalho é crucial para o exercício pleno das atividades e adequada carga de trabalho, pois possibilita que o conhecimento e a experiência sejam devidamente aplicados[14,17]. Além disso, sugere-se sua importância em relação ao cansaço e ao estresse profissionais[11]. Nessa conjuntura, entende-se que as condições de trabalho devem possibilitar a adaptação e o acolhimento do indivíduo como pessoa e profissional, e, assim, proporcionar um incremento efetivo à produtividade[7]. Deve ser ressaltado que, em específico, os achados do presente estudo apresentam coerência nas avaliações positivas de estrutura e condições de trabalho, uma vez que esta última característica se refere à qualidade do ambiente de trabalho, equipamentos e materiais disponíveis para realizar as atividades laborais.

As relações socioprofissionais nas equipes de ESF no estudo obtiveram avaliação dominantemente positiva, melhor à constatada em outra realidade do País[8]. Entretanto, a clareza na definição das atividades e o apoio da chefia para o desenvolvimento profissional não tiveram avaliações tão positivas, o que também diverge de resultados prévios que apontaram contextos favoráveis para esses aspectos em unidades básicas de um município do interior do estado do Rio Grande do Sul[28] e de 271 municípios catarinenses[9] respectivamente. Em relação ao suporte oferecido pelas instâncias superiores, cabe destacar que vários estudos também relataram avaliações negativas[21,28,31]. É conveniente ressaltar que podem contribuir positivamente para os aspectos organizativos relacionados com a acepção de tarefas; com a disponibilidade de protocolos e de programas de assistência[28]; com a interação dos profissionais em cargos de direção com aqueles responsáveis pela prestação dos serviços de saúde, por meio da qualificação de gestores em ações de educação permanente[18,20,21], e com as relações entre os profissionais com trabalho cooperativo, afetuoso e em equipe[8,32].

O nível de satisfação positivo dos profissionais de saúde da APS do presente estudo assemelha-se aos resultados encontrados tanto em pesquisas prévias desenvolvidas no Brasil[14,33] quanto em outros países[6,34]. Apesar

de algumas condições do trabalho não serem tão favoráveis, segundo a avaliação dos profissionais, o grau de satisfação positivo destes pode envolver aspectos relacionados com o comprometimento com as responsabilidades laborais e com a afinidade com a profissão, capazes de gerar perspectivas de enfrentamento mesmo diante de contextos adversos[17,32], os quais ficaram fora do alcance deste estudo. Contudo, a insatisfação com a remuneração vem sendo destacada na literatura, inclusive entre os profissionais de enfermagem[8,12,13,17,31], confirmando-se também em revisão literária recente[35] e na atual pesquisa. A satisfação dos profissionais de saúde é importante para a continuidade e melhoria dos serviços prestados, responsivos às necessidades de saúde da população, bem como ao contentamento dos usuários com o atendimento recebido[6,34].

No geral, na presente pesquisa, não foram verificadas diferenças de estrutura, contexto de trabalho e satisfação profissional ao se comparar equipes convencionais e do PMM. Até onde é conhecimento dos autores, este é primeiro estudo com tais análises. Entretanto, outros pesquisadores revelaram, de forma semelhante, que não foram observadas diferenças em aspectos de estrutura, processo e resultados, auferidos por meio do Primary Care Assessment Tool, ao avaliar a assistência oferecida por equipes convencionais e do PMM em município do estado do Paraná[2]. Assim, por meio desses resultados é possível inferir que as condições de trabalho permanecem questionáveis tanto nas equipes de saúde convencionais quanto nas do PMM, apesar de o Programa representar a estratégia de maior êxito no Brasil para provimento de médicos e ter como um dos seus eixos a estruturação das unidades básicas de saúde[36].

As correlações identificadas neste estudo entre o contexto de trabalho, e suas subdimensões, com a satisfação profissional assemelham-se aos achados de outras pesquisas[6,32,34]. Essas relações encontram base na influência das condições laborais, e do processo de organização e gestão na satisfação no trabalho[12,14,17.] Nesse contexto, a satisfação profissional pode ser favorecida por meio de melhorias em aspectos específicos do trabalho (treinamento, remuneração, carga laboral), de gestão (autonomia, reconhecimento, oportunidade de desenvolvimento) e nas relações interpessoais[6,34,35].

O uso de questionário eletrônico nesta pesquisa possibilitou a obtenção de dados a baixo custo e com uniformidade da mensuração. O índice de resposta de 80,6% foi similar ao de estudo desenvolvido com profissionais da APS em Navarra, Espanha, de 77,5%[6]. Considerando que estudos similares dificilmente superam os 50% de participação[6], a taxa de adesão obtida foi satisfatória e garante consistência interna dos resultados. Entre as ações que foram implementadas na tentativa de elevar o índice de resposta, algumas podem ser destacadas: identificação dos responsáveis pela pesquisa, explicações claras sobre a pesquisa e sua relevância, utilização de um questionário objetivo e sintético, elaboração do questionário em formato agradável, remissão do questionário várias vezes de forma personalizada, gestão na entrega e recolhida do questionário, contato contínuo e uso de formas diversas de comunicação solicitando a cooperação.

Como possível limitação, deve ser considerada a subjetividade dos instrumentos de avaliação do contexto de trabalho e da satisfação profissional. Destaca-se, ainda, a possibilidade de viés de informação, decorrente das respostas obtidas exclusivamente de profissionais de saúde.

Conclusões

Esta pesquisa evidencia, na percepção de enfermeiros, avaliações satisfatórias para a estrutura das unidades de saúde, o contexto de trabalho e a satisfação profissional, incluindo aspectos importantes da qualidade dos serviços de saúde que devem ser fortalecidos e ampliados. Entretanto, destacaram-se condições críticas de organização do trabalho que influenciam negativamente a satisfação profissional, com problemas na gestão do

processo de trabalho que focam o aumento da produtividade e podem repercutir negativamente no desenvolvimento das atividades laborais dos profissionais de enfermagem que atuam na ESF. Essa conjuntura aponta a necessidade de adoção de modelos de gestão mais democráticos que utilizem estratégias de promoção do bem-estar do trabalho que estimulem os profissionais e contribuam com eficácia para o processo produtivo. Os achados mostrados envolvem questões subjetivas dos enfermeiros que podem não representar a realidade de outros profissionais de saúde.

Colaboradores

Oliveira MM (0000-0002-2775-4318)* contribuiu para a análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Figueroa Pedraza D (0000-0002-5394-828X)* contribuiu para a concepção e planejamento, análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Lima EFA, Sousa AI, Leite FMC, et al. Avaliação da Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos profissionais de saúde. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2016; 20(2):275-280.

2. Carrer A, Toso BRGO, Guimarães ATB, et al. Efetividade da Estratégia Saúde da Família em unidades com e sem Programa Mais Médicos em município no oeste do Paraná, Brasil. Ciên. Saúde Colet. 2016; 21(9):2849-2860.

3. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. Cad. Saúde Pública. 2015; 31(9):1941-1952.

4. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. Cad. Saúde Pública. 2017; 33(8):1-14.

5. Moreira KS, Lima CA, Vieira MA, et al. Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na Atenção Básica. Cogitare enferm. 2017; 22(2):1-10.

6. Pérez-Ciordia I, Guillén-Grima F, Brugos A, et al. Satisfacción laboral y factores de mejora en profesionales de atención primaria. An. sist. sanit. Navar. 2013; 36(2):253-262.

7. Chaves JA, Guimarães MGV. Equipe de enfermagem: análise do clima organizacional no centro cirúrgico do hospital universitário Getúlio Vargas. Somanlu. 2015; 15(2):78-98.

8. Marques ALN, Guimarães MBF, Duarte JMG, et al. Qualidade de vida e contexto de trabalho de profis-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

sionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. Rev. RENE. 2015; 16(5):672-681.

9. Fontana KC, Lacerda JT, Machado PMO. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. Saúde debate. 2016; 40(110):64-80.

10. Trindade LL, Pires DEP, Amestoy SC, et al. Trabalho na Estratégia da Saúde da Família: implicações nas cargas de trabalho de seus profissionais. Cogitare enferm. 2014; 19(3):528-535.

11. Maciel RHMO, Santos JBF, Rodrigues RL. Condições de trabalho dos trabalhadores da saúde: um enfoque sobre os técnicos e auxiliares de nível médio. Rev. bras. saúde ocup. 2015; 40(131):75-87.

12. Forte ECN, Pires DEP. Enfermeiras na atenção básica: entre a satisfação e a insatisfação no trabalho. Trab. educ. saúde. 2017; 15(3):709-724.

13. Figueroa Pedraza D, Queiroz D, Sales MC, et al. Caracterização do trabalho de enfermeiros e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Atenção Primária. ABCS health sci. 2018; 43(2):77-83.

14. Tambasco LP. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. Saúde debate. 2017; 41(esp):140-151.

15. Mendes AM. Psicodinâmica do trabalho: teoria método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.

16. Ferreira Neto JL, Oliveira GL, Viana NO, et al. Integralidade, condições de oferta de serviços e processo de trabalho de Equipes de Saúde da Família em Belo Horizonte. Saúde debate. 2016; 40(111):179-192.

17. Pires DEP, Machado RR, Soratto J, et al. Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. Rev. Latino-Am. Enferm. 2016; 24(esp):1-9.

18. Oliveira MPR, Menezes IHCF, Sousa LM, et al. Formação e qualificação de profissionais de saúde: fatores associados à qualidade da Atenção Primária. Rev. bras. educ. med. 2016; 40(4):547-559.

19. Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRFG. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Rev. bras. enferm. 2018; 71(supl1):752-757.

20. Cavalcanti PCS, Oliveira Neto, AV, Sousa MF. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? Saúde debate. 2015; 39(105):323-336.

21. Mattos LB, Dahmer A, Magalhães CR. Contribuição do curso de especialização em Atenção Primária à Saúde à prática de profissionais da saúde. ABCS Health Sci. 2015; 40(3):184-189.

22. Alvarenga EC, Oliveira PTR, Pinheiro HHC, et al. Condições de trabalho de Equipes de Saúde da Família do Pará. Rev. NUFEN. 2018; 10(1):58-72.

23. Pimentel FC, Albuquerque PC, Souza WV. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. Saúde debate. 2015; 39(104):88-101.

24. Cardoso AVL, Chain APN, Mendes RIP, et al. Avaliação da gestão da Estratégia Saúde da Família por meio do instrumento Avaliação para Melhoria da Qualidade em municípios de Minas Gerais, Brasil. Ciênc. Saúde Colet. 2015; 20(4):267-284.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 339, de 4 de março de 2013. Redefine o Componente Ampliação do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Diário Oficial da União. 5 Mar 2013.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 340, de 4 de março de 2013. Redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Diário Oficial da União. 5 Mar 2013.

27. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 341, de 4 de março de 2013. Redefine o Componente Reforma do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Diário Oficial da União. 5 Mar 2013.

28. Maissiat GS, Laurtet L, Pai DD, et al. Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. Rev. gaúcha enferm. 2015; 36(2):42-49.

29. Sulti ADC, Lima RCD, Freitas PSS, et al. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2015; 39(104):172-182.

30. Canales-Vergara M, Valenzuela-Suazo S, Paravic-Klijn T. Condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería en Chile. Enferm. univ. 2016; 13(3):178-186.

31. Soratto J, Pires DEP, Trindade LL, et al. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. Texto & contexto enferm. 2017; 26(3):1-11.

32. Soratto J, Fernandes SC, Martins CF, et al. Aspectos geradores de satisfação e insatisfação dos profissionais da estratégia saúde da família de um município de pequeno porte da região sul do Brasil. Rev. CEFAC. 2018; 20(1):69-78.

33. Lorenz VR, Guirardello EB. O ambiente da prática profissional e Burnout em enfermeiros na atenção básica. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014; 22(6):926-933.

34. Dixit J, Goel S, Sharma V. A comparative study on the level of satisfaction among regular and contractual health-care workers in a Northern city of India. J. Family Med. Prim. Care. 2017; 6(2):416-423.

35. Halcomb E, Smyth E, Mcnnes S. Job satisfaction and career intentions of registered nurses in primary health care: an integrative review. BMC Fam. Pract. 2018; 19(1):136-149.

36. Mourão Netto JJ, Rodrigues ARM, Aragão OC, et al. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. Rev. panam. salud pública. 2018; 42(e):1-7.

Recebido em 02/01/2019
Aprovado em 10/05/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Sistema e-SUS AB: percepções dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família

The e-SUS AB system: perceptions of the nurses of the Family Health Strategy

Jaianne Ricarte de Araújo[1], David Correia de Araújo Filho[1], Lucas Dias Soares Machado[1], Rosa Maria Grangeiro Martins[2], Rachel de Sá Barreto Luna Callou Cruz[1]

DOI:10.1590/0103-1104201912210

RESUMO O presente estudo teve por objetivo compreender a percepção dos enfermeiros quanto ao uso do sistema e-SUS AB no seu contexto de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF). No tocante aos aspectos metodológicos, é uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, realizada na cidade de Crato, Ceará. Participaram do estudo 18 enfermeiros que se enquadraram nos critérios de inclusão de estarem vinculados à ESF do município e que fizeram uso do sistema há pelo menos um mês. Os resultados obtidos a partir dos relatos dos participantes foram categorizados em: Processo de introdução e preparação dos profissionais para manuseio do sistema e-SUS AB; Potencialidades e desafios encontrados pelos enfermeiros diante do uso do sistema e-SUS AB; e Sentimentos dos enfermeiros em relação ao sistema e-SUS AB. Conclui-se que a utilização desse sistema, segundo as percepções dos enfermeiros, pode se constituir como uma ferramenta importante dentro do contexto da ESF, contribuindo para otimização dos processos de trabalho. Entretanto, ainda existem aspectos e concepções que dificultam a completa incorporação dessa tecnologia.

PALAVRAS-CHAVE Sistemas de Informação em Saúde. Enfermagem. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *The present study aims to understand the nurses' perceptions regarding the use of the e-SUS AB system in their work context of the Family Health Strategy (FHS). Regarding the methodological aspects, it is an exploratory and descriptive research, with a qualitative approach, carried out in the city of Crato, Ceará. There were 18 nurses participating in the study, who met the inclusion criteria of being linked to the city's FHS and who had used the system for at least one month. The results obtained from the reports of the participants were categorized as: Process of introduction and preparation of professionals to handle the e-SUS AB system; Potentialities and challenges encountered by nurses regarding the use of the e-SUS AB system; and Nurses' feelings regarding the e-SUS system. It is concluded that the use of this system, according to the nurses' perceptions, can constitute an important tool within the context of the FHS, contributing to the optimization of the work processes. However, there are still aspects and conceptions that hinder the complete incorporation of that technology.*

KEYWORDS *Health Information Systems. Nursing. Family Health Strategy. Primary Health Care.*

[1] Universidade Regional do Cariri (Urca) – Crato (CE), Brasil.
jaianne.ra@hotmail.com

[2] Secretaria Municipal da Saúde – Milagres (CE), Brasil.

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

Introdução

No Brasil, os sistemas de informação foram inseridos no contexto da saúde antes mesmo da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente, os objetivos dessas tecnologias estavam voltados para tomada de decisão dos governos federal e/ou estadual; os municípios assumiam apenas a função de coletar os dados, e, frequentemente, ocorria a subutilização das informações[1].

Em 1996, a partir da Norma Operacional Básica do SUS, cresceram a autonomia e a responsabilidade dos municípios perante o poder decisório das ações em seu território. O cumprimento desse novo papel aumentou a necessidade da produção de informações confiáveis e disponíveis de maneira mais célere para subsidiar profissionais e gestores[2].

Com o trabalho desenvolvido pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e por sua acentuada expansão, a discussão em torno do excesso de dados por elas coletadas impulsionou a necessidade da criação de um sistema que abrigasse e transformasse esses dados em fonte de informação e, assim, direcionasse de forma mais factual as ações de saúde[3].

Foi criado então, em 1998, o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), cujo propósito foi de se tornar o instrumento gerencial dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS) locais. Para isso, teve que incorporar conceitos, como território, problema e responsabilidade sanitária, afinados com a proposta de reorganização dos serviços de saúde do SUS, a partir da Atenção Básica (AB), distinguindo-se dos demais SIS existentes até então no País[4].

No entanto, com o avanço das tecnologias, bem como do SUS, o sistema Siab tornou-se obsoleto, apontando para a necessidade de melhoria estrutural relacionada com a unificação dos dados, com a informatização do sistema e com a inclusão de outras áreas da AB no cadastro de informações[5].

Desse modo, em 2013, foi instituído pelo Departamento da Atenção Básica (DAB) o sistema e-SUS AB, com a proposta de informatizar, qualificar, unificar e viabilizar as informações coletadas nas próprias unidades de saúde, que, por sua vez, receberam os computadores com o sistema devidamente instalado. A estratégia faz referência ao processo de informatização qualificada em busca de um SUS eletrônico, contando agora com dois *softwares*: Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)[6].

O PEC, no que lhe concerne, permite a construção de um banco de dados com todas as informações pessoais e clínicas do paciente, que devem ser armazenadas no sistema durante o atendimento, tendo como principal objetivo informatizar o fluxo do cidadão no serviço[7]. Essa ferramenta compreende-se como uma das complexas readequações dos processos de trabalho, pois passa a ser mais um instrumento utilizado diariamente pelos profissionais de saúde, entre eles, o enfermeiro.

Vale ressaltar que o processo de trabalho na ESF é entendido como um conjunto de ações coordenadas, desenvolvidas pelos trabalhadores, em que indivíduos, famílias e grupos sociais compõem o objeto central. Já os saberes e métodos, aliados às combinações tecnológicas, representam os instrumentos que originam a atenção em saúde[8].

O enfermeiro, no que lhe diz respeito, desempenha um papel de destaque em meio aos processos de trabalho em muitos cenários da saúde, especialmente no âmbito da ESF, no que se refere às ações de gerenciamento, planejamento e promoção da saúde, inclusive em relação ao uso dos SIS. Contudo, a transição de um modelo de sistematização pode gerar impacto direto nos processos de trabalho desses profissionais, implicando a necessidade da incorporação de novas práticas a partir de uma nova metodologia[9,10].

Destarte, compreendendo a importância da atuação do profissional de enfermagem na AB e a recente introdução desse novo sistema de informação, o presente estudo objetivou compreender a percepção dos enfermeiros quanto ao uso do sistema e-SUS AB no seu contexto de trabalho na ESF.

Material e métodos

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, estruturado conforme sugestões do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Coreq), para maior confiabilidade e transparência de sua condução[11].

O cenário da pesquisa foi a cidade de Crato, Ceará. Observa-se que o critério de escolha do município se deu pelo fato de este ser *locus* de atuação da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva de uma universidade no interior cearense, da qual a pesquisadora é residente, facilitando a acessibilidade às unidades em que o uso do sistema e-SUS AB já era uma realidade, vivenciado por uma das pesquisadoras, conforme demanda percebida no processo de trabalho.

O município conta atualmente com 41 equipes da ESF, distribuídas em 32 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 19 na sede urbana e 13 na zona rural[12], das quais, até a finalização da coleta de dados, 30 equipes da ESF possuíam os dois *softwares* PEC e CDS que compõem o sistema, o restante (11) fizeram uso apenas do CDS, alimentado com base no preenchimento de fichas manuais.

Participaram da pesquisa 18 enfermeiros que se enquadraram nos critérios de inclusão de estarem vinculados a alguma das equipes da ESF e que fizeram uso do sistema e-SUS AB no seu contexto de trabalho por pelo menos um mês. Utilizou-se, ainda, o critério de saturação das respostas para delimitação dos participantes que, segundo Polit e Beck[13], consiste em amostrar até que não sejam obtidas novas informações, evitando, dessa forma, possíveis redundâncias.

Os dados foram coletados durante os meses de janeiro e fevereiro de 2019, nas próprias UBS, por meio de uma entrevista semiestruturada, que teve uma duração média de 11 minutos por entrevistado. O instrumento continha perguntas norteadoras referentes ao processo de implantação, existência de capacitações prévias, desafios, potencialidades, bem como os sentimentos desses profissionais ante o manuseio dessa nova tecnologia. Para garantir a confidencialidade dos participantes, foram utilizados pseudônimos discriminados pela letra 'E' (enfermeiro), seguidos por um número de ordem, de 1 a 18, de acordo com a sequência das entrevistas.

A análise dos dados foi feita de acordo com a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Minayo (2014)[14], cronologicamente compreendidos nas seguintes etapas: pré-análise, na qual foi organizado o material a ser analisado por meio de uma leitura, buscando maior contato com o assunto; exploração do material por meio da técnica de 'colorimetria', em que foram destacadas as falas que possuíam semelhanças e distinções sobre a mesma pergunta norteadora, sendo identificadas mediante a utilização de diferentes cores.

Em seguida, foram definidas as categorias empíricas que abrangiam elementos e aspectos com características comuns ou que se relacionavam entre si conforme sua pertinência e presença do tema, apontando estrutura de relevância para o objetivo proposto na pesquisa. Por fim, realizou-se a discussão/tratamento dos resultados e a interpretação, buscando desvendar o conteúdo subjacente ao que estava sendo manifesto, estabelecendo articulações entre os dados e a literatura pertinente.

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri – Ceará, obtendo parecer favorável para sua realização, conforme número do protocolo: 3.139.513, de 10 de fevereiro de 2019. Para aplicação do instrumento e técnicas da pesquisa, foi entregue aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura e assinatura, ficando uma via com o pesquisador e outra com entrevistado. Vale ressaltar que foram adotadas todas as diretrizes e normas regulamentadoras contidas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde[15].

Resultados e discussão

Caracterização dos participantes da pesquisa

Dos 18 profissionais de enfermagem que participaram do presente estudo, todos eram do sexo feminino. A maioria era casada (n=12), pertencia à religião católica (n=12), tinha renda mensal de quatro salários-mínimos (n=10) e se autodeclararam pardas (n=10).

No tocante à faixa etária e à titulação, as entrevistadas tinham idade média de 43 anos, e boa parte possuía o título de pós-graduação (n=14), aparecendo ainda uma pequena parcela de mestras e doutoras. Em relação ao vínculo empregatício das participantes, a forma de contratação mais presente foi por meio concurso público, e quase todas possuem tempo de atuação superior a 10 anos na área de enfermagem.

Mediante os relatos das participantes, emergiram as seguintes categorias: Processo de introdução e preparação dos profissionais para manuseio do sistema e-SUS AB; Potencialidades e desafios encontrados pelos enfermeiros diante do uso do sistema e-SUS AB; e Sentimentos dos enfermeiros em relação ao sistema e-SUS AB.

Processo de introdução e preparação dos profissionais para manuseio do sistema e-SUS AB

A implantação do e-SUS AB representa um importante avanço na qualificação e no uso da informação registrada durante as ações de saúde desenvolvidas na AB. Porém, como em todo momento de mudança, há um período inicial mais crítico até que os novos processos e instrumentos utilizados sejam incorporados na rotina dos profissionais das equipes de saúde[5]. Foi possível perceber, por meio dos discursos da maioria das participantes, que esse momento inicial foi mais complicado, gerando receio e surgimento de muitas dúvidas, porque, além de ser algo novo, elas referem que a implementação se deu de maneira abrupta.

> *O processo de implantação foi conturbado, como todo processo, porque era tudo novo e foi tudo muito rápido [...].* (E3).

> *Muitas dúvidas surgiram depois da implantação por conta que a gente não conhecia o sistema, como também foi 'jogado de goela abaixo' [...].* (E12).

Todavia, uma parcela menor e não menos importante relatou não ter sentido tanta dificuldade nesse início, que até previam um certo grau de complexidade, porém, após o manuseio, conseguiram lidar facilmente. Essas questões podem estar diretamente ligadas com a capacidade individual de cada um, pelo fato de existirem pessoas que conseguem se adaptar ao novo, e outras que demandam um pouco mais de tempo.

No entanto, o presente estudo aponta que existiu uma forte relação entre a dificuldade inicial identificada pela maioria delas com a forma que foram preparadas para receber esse novo instrumento.

> *Foi um pouco confuso, porque a gente não teve um treinamento completo [...].* (E5).

> *De dificuldade inicial foi exatamente a falta de orientação mais complexa do processo, foi uma coisa assim muito rápida, mas que a gente teve que aprender mexendo, encontrando e com dificuldade [...].* (E10).

É preciso salientar que, no contexto em questão, ao se referirem sobre a existência dessas capacitações prévias e de que forma ocorreram, a maior parcela das participantes do estudo (n=17) relatou ter havido treinamento, entretanto consideraram esse processo ineficaz. Boa parte delas narrou que foi apenas um encontro breve, que não contemplou todas as informações necessárias para utilização dessa nova ferramenta e que elas foram aprendendo, de fato, no cotidiano de trabalho.

Teve, mas muito solta, uma pessoa só para ensinar... a gente foi aprendendo 'na marra' [...]. (E5).

Teve uma breve capacitação rápida, muito rápida, que na verdade a gente foi aprendendo olhando, visualizando o próprio sistema [...]. (E10).

Além disso, vale destacar que, em virtude da fragilidade do processo preparatório vislumbrado pelas enfermeiras envolvidas, algumas sequer consideraram que houve capacitação, devido à forma como se deu e por ter sido um momento pontual.

Pesquisas relacionadas com o e-SUS AB enfatizam que, para trabalhar com esse novo sistema, os profissionais de saúde devem estar alinhados e precisam ser qualificados por capacitadores que estejam envolvidos no processo de implantação, preparando-os e sensibilizando-os sobre a importância de ter um sistema on-line, para que este seja alimentado adequadamente. Os profissionais devem ser orientados sobre os novos conceitos, terminologias, funcionalidades e suporte do sistema, de maneira que se sintam preparados para utilização e manuseio dessas novas tecnologias[16,17].

Um estudo realizado em Sobral (CE), em 2017, também retratou sobre o processo de implantação do sistema e-SUS AB, com base nos discursos dos enfermeiros (gerentes e assistenciais) e dos agentes comunitários de saúde. A pesquisa mostrou que os profissionais que tiveram capacitações por meio de oficinas semanais se apropriaram de todo o conhecimento necessário para manejar a nova ferramenta, e que foi de extrema importância a iniciativa, em atentar para essa necessidade, já que alguns não estavam aptos a operar inovações tecnológicas[18].

No presente estudo, a falta de preparo, de apoio e de supervisão no manuseio dos SIS dificultou o processo de incorporação dessas ferramentas, pois o que pôde-se perceber é que cada uma foi aprendendo no cotidiano, do seu jeito e de acordo com sua aptidão prévia. Além do mais, no que diz respeito à habilidade e manejo com informática, embora boa parte tenha relatado aceitação satisfatória ou que simplesmente se adaptaram bem com o passar do tempo, ainda se verificou que algumas delas não se sentem preparadas com essa tecnologia, por não haver tanta proximidade com computador, principalmente aquelas com mais idade, como evidenciam os discursos abaixo:

Aqui a dificuldade era essa, porque tinha gente que não sabia nem onde era o botão de ligar o computador, quem dirá estar teclando, digitando [...]. (E1).

[...], mas como eu não tinha tanto contato, tive mais dificuldade, até questão de idade, sou mais velha não mexo tanto com computador. (E5).

Ainda hoje eu tenho dificuldade, principalmente porque eu não sou alguém 'dada' a essa parte da informática... eu não tenho realmente essa destreza em utilizar o sistema [...]. (E18).

Alves et al.[10] destacam que é importante capacitar os profissionais de saúde da AB, de acordo com suas necessidades para a utilização do e-SUS AB, sejam essas dificuldades básicas ou mais complexas, a fim de evitar erros que se tornem obstáculos no manuseio do sistema, pois o processo de informatização é contínuo e gradativo, devendo proporcionar aos profissionais uma atuação mais resolutiva.

A introdução de uma nova tecnologia no cotidiano de trabalho, ao mesmo tempo que fez referência a um processo de inovação das práticas em saúde, por se tratar de uma ferramenta tecnológica, também trouxe consigo diversos desafios, por requerer adaptação e preparação profissional no que concerne à aquisição de novos conhecimentos, envolvendo fatores inerentes a cada um e ao contexto que estavam inseridos.

Potencialidades e desafios encontrados pelos enfermeiros diante do uso do sistema e-SUS AB

Pontuam-se nesta categoria as potencialidades e os desafios identificados pelas profissionais

de enfermagem mediante a utilização do e-SUS AB como uma ferramenta de trabalho. Mesmo tendo sido difícil o processo inicial, elas mencionaram muitos pontos positivos do sistema. Um dos quesitos citados como facilidade foi o *layout*, que era autoexplicativo e de fácil entendimento. Além disso, ele foi classificado como um sistema completo, que possui campos que contemplavam a AB e atendiam aos programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

> *Ele era completo [...] você tinha a possibilidade de anotar, registar de forma organizada tudo o que era pertinente ao usuário, dentro dos programas [...].* (E1).

> *[...], todos os marcadores de nutrição, PSE* [Programa Saúde na Escola]*, tudo que contempla a atenção básica [...], já estava tudo intercalado dentro dele.* (E6).

Aponta-se que as enfermeiras reconheciam algumas das principais finalidades do sistema e-SUS AB. A primeira delas é que se trata de uma tecnologia de fácil execução, autoexplicativa e, ao mesmo tempo, capaz de fazer a integração dos sistemas de informação que compõem as Redes de Atenção à Saúde (RAS) em um só dispositivo. Esse pensamento alinha-se ao plano estratégico do e-SUS AB no Brasil, pois ele tem o intuito de desenvolver, reestruturar e garantir a integração entre os sistemas de informação, nos vários níveis de atenção, diminuindo a fragmentação dos dados[5].

Corrobora-se, então, os resultados de uma pesquisa narrativa que objetivou descrever os avanços e os desafios na implantação do e-SUS AB no processo de trabalho dos profissionais de saúde da AB, por meio da análise de documentos do Ministério da Saúde e de outras publicações referentes à temática, em que também foi identificado como aspecto positivo do e-SUS AB o fato de ele ser utilizado por diversos profissionais, em vários pontos da atenção. Essa integração foi citada como um benefício para os usuários e profissionais que compõe as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), equipe de consultório na rua, equipes da atenção domiciliar, no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE), entre outros[10].

Outra facilidade mencionada foi a questão da agenda eletrônica, que possibilitava a organização do fluxo, pois os pacientes eram agendados pelo próprio funcionário durante o atendimento, além de ser possível reagendar para os outros profissionais da UBS, tudo dentro do próprio sistema.

> *[...] Uma das coisas que eu achei fáceis do sistema é porque ele tem a agenda eletrônica, então é bom porque você organiza os horários, eu agendava pra mim, agendava pra doutora, agendava pro dentista, então você tinha uma praticidade maior de agendamento dentro do sistema, né? [...].* (E1).

Vale ressaltar a menção que, anteriormente à implantação do sistema em questão, os pacientes eram agendados pelos profissionais de nível médio, geralmente recepcionistas ou auxiliares administrativos, que, na maioria das vezes, não conheciam a necessidade individual de cada usuário. Já o agendamento feito pelos próprios profissionais, dentro do consultório, possibilita um cuidado humanizado e integral, além de viabilizar a autonomia na organização de sua agenda, otimizando os atendimentos entre os profissionais da equipe.

As ferramentas do sistema e-SUS AB foram desenvolvidas para organizar o fluxo do cidadão no sistema, como a lista de atendimento e a agenda, ancorando-se nos conceitos orientadores do 'Caderno de Atenção Básica' nº 28 – Volume I, o qual define o processo de acolhimento à demanda espontânea, observando as possíveis variações desse fluxo, a partir da necessidade de atendimento do cidadão, bem como quando este já tem uma consulta agendada ou busca por algum serviço específico dentro da UBS[5].

Também foi apontada como potencialidade a questão do acesso fácil e rápido ao prontuário, bem como aos dados do paciente, pelo registro da totalidade dessas informações no

sistema; isso porque o e-SUS AB visa aproximar o registro dos dados de onde eles estão sendo originados e garantir o acesso às informações produzidas a partir destes, no intuito de suportar os processos essenciais da atenção primária[16].

[...], mas no geral facilita pelo fato de ter acesso ao prontuário, a todas as informações do paciente [...]. (E3).

[...] vejo o lado bom, é esse registro que pode ficar e o outro profissional ter acesso de forma fácil, e não ter que procurar em um monte de prontuário, de papel. (E14).

Os dados dos usuários devem estar disponíveis no sistema para que o profissional de saúde possa obter informações de seus pacientes da forma mais integrada possível. Uma vez cadastradas pela equipe, usando as fichas, e tendo sido digitadas por meio do sistema com CDS e/ou com PEC, as informações de cadastro estarão disponíveis na base local para acesso por meio do módulo 'Cidadão'[6].

A facilidade no acesso às informações pelo computador foi um dos fatores que também se destacou no estudo de Matsuda et al.[19], realizado na região do Sul. Em seu contexto, o fácil acesso esteve diretamente relacionado com a agilidade na tomada de decisão e no cuidado, bem como com o menor deslocamento dos profissionais dentro do ambiente de trabalho.

Ademais, outro ponto relevante indicado como positivo por algumas enfermeiras foi que o sistema também diminuiu questões burocráticas, bem como a utilização do papel, pois esses muitas vezes se perdiam dentro da própria unidade.

[...] Diminuiu a questão da burocracia, menos papel pra gente está preenchendo... a gente escreve bem menos, né? Tudo digitando, a gente cansava muito de escrever. (E9).

[...], inclusive melhorou a questão do prontuário de papel, que muitas vezes perdia aqui no posto, além de ficar acumulando muita coisa [...]. (E13).

Em João Pessoa (PB), uma pesquisa realizada evidenciou que a reestruturação dos sistemas de saúde na AB no e-SUS AB está avançada e, embora seja algo novo, também mostrou benefícios no processo de trabalho dos profissionais envolvidos, principalmente na diminuição da quantidade de impressos utilizados nos registros de atendimentos e procedimentos realizados por cada um[20].

Isso vai ao encontro aos objetivos do sistema, pois pretende-se a partir dele promover a redução da dependência de papéis e diminuir a carga de trabalho empenhada na coleta, inserção, gestão e uso da informação na Atenção Primária à Saúde (APS), permitindo que essa coleta de dados esteja dentro das atividades já desenvolvidas pelos profissionais, e não uma atividade em separado. Consequentemente, ele também deve ter as informações disponíveis de forma fácil e acessível para os profissionais da AB, permitindo ampliar a cultura do uso da informação para o planejamento das ações e a qualificação do cuidado à saúde da população[5].

No entanto, no que se refere à emissão de relatórios do sistema e ao uso de informações para o planejamento das ações no âmbito da AB, foi notório no discurso das entrevistadas que essa era uma importante fragilidade constatada. Muitas profissionais não sabiam como gerar os indicadores, nem muito menos fazia parte da rotina e dos processos de trabalho ter acesso aos dados para se fazer análise/planejamento de ações com base nelas.

Se tem relatório? Pode até ter, mas a gente não sabe nem pra onde foi, a minha percepção é essa [...]. (E12).

[...] e uma outra dificuldade gerada foi a falta de um melhor repasse das informações sobre os relatórios que construímos, porque a gente não tinha acesso direto a esses relatórios que eram gerados aqui inicialmente, teve a falta desse feedback dos dados em tempo hábil. [...] Então é uma falta, de um olhar da própria gestão em está planejando e trabalhando esses dados. (E15).

Uma pesquisa que descreveu sobre a evolução do SIS para AB nos anos de 2007 a 2017 evidenciou que mesmo com as capacitações sobre os sistemas e sua significativa importância, os profissionais das ESF não estão em consonância para a utilização dos dados coletados e do aproveitamento destes a nível local. Também foi possível identificar a debilidade e o desconhecimento para a realização do diagnóstico de doenças das áreas adscritas, bem como o planejamento das ações de promoção e prevenção de saúde com base nos relatórios emitidos[17].

Além disso, outra significativa fragilidade mencionada foi sobre a incompatibilidade dos dados obtidos por meio desses relatórios. Segundo elas, quando conseguiam ter acesso aos indicadores, muitas relataram que as informações não condiziam com a realidade, sempre apareciam menos do que se era feito.

> *[...] até hoje eu ainda fico assim, porque quando a gente compara o que a gente faz manualmente, aquele controle que a gente tem de pacientes, com o que é exportado e com os relatórios que a gente recebe, nunca bate, a gente sempre perde, a gente sempre está a menos do que a gente fez, pra equipe não é bom.* (E3).

> *[...] iam comparar e às vezes não batiam as informações e aí acabavam influenciando negativamente nos indicadores.* (E17).

No estudo de Gava et al.[21] que retrata a incorporação da tecnologia da informação na AB do SUS no Nordeste, foram apontadas dificuldades semelhantes às identificadas no contexto em estudo. Para eles, a informação dispõe de um papel planejado a ser desempenhado nos processos de tomadas de decisão; todavia, ainda é possível constatar, por um lado, a presença de inúmeras dificuldades para acessar e tratar os dados de forma adequada, dispondo de informações necessárias ao processo de trabalho em saúde, em momento cabível; por outro, a ausência de conexão entre os processos de planejamento e de gestão da saúde e os próprios sistemas de informação geram descontinuidade dos processos.

No Brasil, ainda existe uma grande dificuldade tanto para a coleta adequada dos dados quanto na utilização das informações para a construção de indicadores de saúde. Tal fato pode ser reportado a uma série de fatores, dentre os quais pode-se citar a falta de treinamento adequado dos profissionais. Vale destacar que a coleta dos dados e a alimentação periódica dos sistemas são fatores essenciais para que eles se tornem mais confiáveis, mas, para que isso ocorra, os profissionais envolvidos nessa tarefa devem ser conscientizados da importância do seu trabalho[22].

Desde que a tecnologia de informação vem ganhando prevalência, a experiência mostra que um projeto ruim, uma implementação inadequada e o mau uso (intencional ou não) podem criar danos. A implementação desse novo sistema requer muito cuidado, pois um sistema alimentado inadequadamente pode levar a custos desnecessários e a erros na informação a ser gerada, assim como consequentes equívocos na formação de políticas públicas. Portanto, é importante que esses registros sejam fidedignos em relação às ações de saúde executadas, a fim de garantir a qualidade dos dados, bem como da assistência prestada[6,16,23].

Sentimentos dos profissionais de enfermagem em relação ao uso do sistema e-SUS na ESF

Ao serem indagadas sobre seus sentimentos em relação ao uso do sistema e-SUS AB no cenário da ESF, boa parte das enfermeiras afirmou que, após ter passado o período inicial, citado como mais crítico, elas já estavam se sentindo bem adaptadas e elucidaram sobre a ferramenta como algo que vinha lhes proporcionando um sentimento de eficiência e praticidade.

> *Ele gerava um sentimento de... Eficiência, de qualidade, de ganho [...].* (E1).

> *Praticidade imensa para o usuário, para gente [...].* (E6).

Então o sentimento é da praticidade, de estar vivenciando uma tecnologia pra fornecer uma autonomia [...]. (E15).

Um estudo realizado por Matsuda et al.[19], que objetivou desvelar a percepção de enfermeiros assistenciais acerca do uso do computador no seu cotidiano de trabalho, também expôs que, de modo geral, os enfermeiros consideram que o uso do computador se relaciona com a facilidade, com a agilidade e com a praticidade na execução das atividades profissionais, sendo limitado apenas por aspectos mais técnicos e operacionais, como, por exemplo, o acesso à internet e à queda do próprio sistema.

Outros sentimentos mencionados por elas foram o de satisfação e confiança. O que pôde-se perceber é que, contraditoriamente, mesmo tendo sido identificadas algumas dificuldades mediante a utilização do e-SUS AB, boa parte apontou que, após um tempo de utilização, prevaleceram os sentimentos de confiança e de satisfação. Os sistemas de informação na saúde implicam a participação e o envolvimento constante dos enfermeiros, por isso é necessário ter uma atenção voltada para o que sentem/pensam sobre essas ferramentas de informação de que dispõem, e se encontram satisfeitos com sua utilização[24]. *"[...] foi uma coisa que foi adquirindo uma confiança [...]"* (E2)*; "Estava muito satisfeita com o sistema [...]"* (E4).

Moura[25], ao estudar a satisfação dos profissionais que utilizavam sistemas de informação de enfermagem em suporte eletrônico, concluiu que a frequência do uso do sistema pode afetar, positiva ou negativamente, o grau de satisfação do usuário. Constatou-se ainda que a utilização e o grau satisfação dos profissionais são precedentes diretos do impacto no desempenho individual, bem como da equipe de enfermagem e no ambiente de trabalho como um todo.

Em Portugal, vários estudos têm sido desenvolvidos com o mesmo objetivo, como é o caso de uma pesquisa realizada por Silva[24]. Em seu estudo, esse assunto foi apontado como atual e essencial dado o crescimento contínuo, nomeadamente com um número cada vez mais elevado de profissionais de saúde, e, em particular, do número de enfermeiros que utilizam diariamente essa ferramenta, como também foi o caso da realidade encontrada na presente pesquisa. Por isso a importância de conhecer a satisfação dos enfermeiros com o sistema e-SUS AB no seu contexto de trabalho, pois a avaliação de um sistema de informação é uma atividade fundamental para determinar o seu sucesso e garantir a continuidade da sua utilização.

Todavia, foi possível identificar por meio dos discursos que, mesmo com o passar do tempo de utilização do e-SUS AB, uma parte das entrevistadas ainda referiu que os sentimentos de angústia, dúvida do que ele representa e até mesmo decepção sobre o sistema se perpetuavam.

Se eu fosse falar de questão de bom, ruim, ótimo ou péssimo, eu diria péssimo [...] estou muito insatisfeita, muito decepcionada. (E5).

[...] então isso me dá angústia, mas ao mesmo tempo que me dá angústia, me dá uma sensação de organização. Então é difícil dizer. (E18).

Os enfermeiros, se pouco satisfeitos com o SIS em uso, poderão comprometer a qualidade dos dados documentados, repercutindo na tomada de decisão, na continuidade dos cuidados prestados e no acesso à informação[25]. A insatisfação com o uso do sistema também pode levar os profissionais a um processo de desmotivação em sua prática no cuidado de enfermagem, tendendo a reproduzir suas insatisfações na relação do cuidado com o outro, podendo comprometê-lo.

Quando a satisfação de um conjunto de necessidades não é atendida, acarreta menos envolvimento dos profissionais em suas atividades e menor desempenho no trabalho. Então, a excelência na assistência de enfermagem está intimamente relacionada com os

estados de satisfação dessa equipe que cuida, pois eles fazem parte de um processo dinâmico e indissociável dentro do trabalho[26].

Um ponto de destaque apresentado por uma parte das entrevistadas foi o fato de sentirem, em alguns momentos, que o uso de ferramentas tecnológicas (computador/sistema) gerou um sentimento de distanciamento entre o profissional e o usuário. Segundo elas, criou-se uma barreira mecânica que poderia interferir na humanização do cuidado ao paciente.

> *Acho também que a gente se distanciou muito do paciente, porque a gente ficou muito ligado em fazer a coisa certa no computador e o paciente do lado ficava meio perdido, era como se tivesse uma parede entre a gente o paciente, não gostei [...].* (E5).

> *A questão da informatização a gente tem que ter uma cautela muito grande pra gente não perder a humanização do atendimento [...].* (E17).

> *[...] ele limita você em algumas coisas, principalmente no tempo de conversar com o paciente [...] eu acho que criou uma barreira mecânica muito forte.* (E18).

A produção do cuidado é entendida como um processo que envolve tecnologias duras, leve-duras e leves. O agir comunicativo promove a ligação e a coordenação da atenção e inclui todos os tipos de tecnologias, pois a ação comunicativa é a única capaz de articular os diferentes mundos e seus respectivos tipos de ação. Embora as tecnologias duras exijam um tipo de ação instrumental relacionada com contextos estratégicos de ação, ela não prescinde da ação comunicativa. Assim, as práticas de humanização, muitas vezes associadas às tecnologias leves (de relacionamento), não devem ser afetadas pelo uso de tecnologias leve-duras ou duras, pois, sem elas, a qualidade da atenção pode comprometer-se[27].

Entretanto, o que se percebe neste estudo é que a introdução dessa ferramenta tecnológica gerou um sentimento de distanciamento, uma barreira mecânica entre o profissional e o paciente. Isso pode ter-se dado pelo fato de não terem conseguido associar o uso da tecnologia leve (comunicação) com uma tecnologia leve-dura (sistema/computador).

Vale destacar que, tratando-se de uma pesquisa que se propõe a conhecer os perfis que se desvelam na percepção humana, ao analisar os discursos dos participantes em outros momentos, é possível que surjam muitas outras percepções acerca do estudo, no entanto, o fato de ter que finalizá-lo faz com que se escreva apenas sobre alguns perfis, o que se aproxima da teoria de que o conhecimento é inacabado e que é sempre necessário realizar novas leituras das descrições vivenciais[28].

Considerações finais

Com base nas percepções das enfermeiras entrevistadas, observa-se que a utilização do sistema e-SUS AB leva ao surgimento de diversos aspectos que precisam ser frequentemente avaliados. Foi possível identificar que o uso desse sistema pode se constituir como uma ferramenta importante dentro da ESF, entretanto, ainda existem aspectos que dificultam a incorporação dessa tecnologia.

Julga-se importante que os gestores atentem para as percepções e convicções dos profissionais das equipes acerca do e-SUS AB, em especial as dos enfermeiros, com o intuito de constatar as necessidades e os avanços a serem realizados para assegurar a eficácia do sistema e-SUS AB, bem como a fidedignidade dos dados coletados e informações que estão sendo produzidas, de maneira a garantir a qualidade da informação e o planejamento das ações para subsidiar as intervenções de saúde e as tomadas de decisão.

O presente artigo constitui-se, portanto, em um conhecimento importante à reflexão

de enfermeiros, como também de toda a equipe da ESF e da gestão pública em saúde, no que concerne à utilização de instrumentos tecnológicos no âmbito do SUS, uma vez que os profissionais precisam ser qualificados, apoiados e supervisionados para o uso, correto entendimento das variáveis do sistema e geração de dados fiéis da realidade sanitária da população sob sua responsabilidade. Nessa perspectiva, também se acredita na pertinência de realização de novas pesquisas que se proponham a escutar outros profissionais envolvidos no uso do sistema e-SUS AB.

Colaboradores

Araújo JR (0000-0003-3789-4928)* e Cruz RSBLC (0000-0002-4596-313X)* contribuíram substancialmente para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, para a elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito. Araújo Filho DC (0000-0002-2349-5531)* contribuiu para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo. Machado LDS (0000-0003-4450-3796)* e Martins RMG (0000-0002-2516-0719)* participaram da revisão e da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Pinheiro ALS, Andrade KTS, Silva DO, et al. Gestão da Saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada e decisão. Texto Contexto Enferm. 2016; 25(3):e3440015.

2. Vidor AC, Fisher PD, Bordin R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. Rev. Saúde Pública. 2011; 45(1):24-30.

3. Neves TCCL, Montenegro LA, Bittencourt SDA. Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB. Saúde debate. 2014; 38(1):756-70.

4. Soares EVB. Atenção Básica e Informação: análise do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) e estratégia e-SUS AB e suas repercussões para uma gestão da saúde com transparência. [trabalho de conclusão de curso]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2016.

5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica: Manual de uso do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 3.1. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

6. Brasil. Ministério da Saúde Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégia e-SUS Atenção Básica e Sistema de Informação em Saúde da Aten-

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

ção Básica – SISAB. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

7. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB, 2018. [acesso em 2018 jul 12]. Disponível em: https://sisab.saude.gov.br/.

8. Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

9. Araújo MB. A implementação da Estratégia de Saúde da Família sob a ótica do enfermeiro: Revisão integrativa. [trabalho de conclusão de curso]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2016. p. 58.

10. Alves JP, Diniz IVA, França KTG, et al. Avanços e Desafios na Implantação do e-SUS Atenção Básica. In: Anais do 2º Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde. 2017 Jun14-16 Campina Grande: Centro de Convenções Raymundo Asfora; 2017.

11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007; 19(6):349-57.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Indicadores em Saúde. 2017. [acesso em 2018 maio 26]. Disponível em: http://datasus.saude.gov.br/.

13. Polit DF, Beck CT. Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.

15. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/2012 - Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. [acesso em 2018 abr 18]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

16. França ACR. O e-SUS no Município de Salvador-BA em 2015: Potencialidades e Fragilidades. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá; 2016.

17. Damásio AS, Weimer SC, Rosa MC. Evolução do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica. Estácio Saúde. 2018; 7(1):81-8.

18. Ribeiro MA, Muniz TBF, Albuquerque IMN, et al. Processo de implantação do e-SUS Atenção Básica em Sobral – CE. Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde. 2018; 12(3):258-67.

19. Matsuda LM, Évora YDM, Higarashi IH, et al. Informática em enfermagem: desvelando o uso do computador por enfermeiros. Texto Contexto Enferm. 2015; 24(1):178-86.

20. Oliveira MPR, Lima IMB, Nascimento JA, et al. Implantação do e-SUS AB no Distrito Sanitário IV de João Pessoa (PB): relato de experiência. Saúde debate. 2016; 40(109):212-218.

21. Gava M, Ferreira LS, Palhares D, et al. Incorporação da tecnologia da informação na Atenção Básica do SUS no Nordeste do Brasil: expectativas e experiências. Ciênc. Saúde Colet. 2016; 21(3):891-902.

22. Rasia ICRB, Rosa AC, Rediss AN. A utilização dos sistemas de informação em uma instituição de saúde de Pelotas-RS. Rev. Saúde. Com. 2012; 8(2):32-42.

23. Hudson KW, Ball MJ. O desafio da enfermagem e da saúde na idade digital. Texto Contexto Enferm. 2018; 27(2):1-3.

24. Silva PSC. Satisfação dos enfermeiros na utilização de sistemas de informação em enfermagem: Um estudo nos hospitais do Funchal. [dissertação]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2016. p. 36.

25. Moura SCS. Satisfação dos utilizadores de sistemas de informação de enfermagem em suporte eletrônico: um estudo no Aces Porto Ocidental. [dissertação]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2015. p. 101.

26. Neves MNL. Análise da correlação entre a satisfa-

ção no trabalho e o comprometimento organizacional: estudo com os enfermeiros da pediatria do hospital geral de Luanda. Sapientiae. 2018; 3(2):96-125.

27. Ferreira LR, Artmann E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2018; 23(5):1437-50.

28. Merleau-Ponty M. A fenomenologia da percepção. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2018.

Recebido em 10/04/2019
Aprovado em 24/08/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Violência doméstica contra idosos assistidos na atenção básica

Domestic violence against elderly people assisted in primary care

Renata Laíse de Moura Barros[1], Márcia Carréra Campos Leal[1], Ana Paula de Oliveira Marques[1], Maria Eduarda Morais Lins[1]

DOI: 10.1590/0103-1104201912211

RESUMO Este artigo objetiva investigar a prevalência de violência doméstica contra idosos assistidos na atenção básica e possíveis fatores associados. Estudo descritivo de corte transversal, com 169 indivíduos de 60 anos ou mais, de ambos os sexos, cadastrados nas Unidades de Saúde da Família (USF) da microrregião 4.1 da cidade do Recife (PE). Idosos com agravo à saúde que comprometesse a comunicação e/ou cognição foram excluídos. Os dados foram coletados por meio de entrevistas nos domicílios ou nas USF, com questões sociodemográficas, saúde autopercebida e instrumento de pesquisa para avaliar possíveis situações de violência, que foi desenvolvido e validado em Porto Rico e adotado pelo Ministério da Saúde. Verificou-se a existência de 133 idosos com sinais indicativos de pelo menos um tipo de violência em seu ambiente doméstico, representando uma prevalência de 78,7%, sendo a negligência o tipo mais prevalente (58,5%), seguida de violência psicológica (21,5%) e financeira (14%). Os idosos entrevistados que classificaram sua saúde como regular/ruim têm esse risco aumentado. O estudo reforça a hipótese da existência de violência doméstica contra os idosos. Assim, identificar a sua prevalência é o primeiro passo para o enfrentamento desse problema de saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE Idoso. Violência. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *This article aims to investigate the prevalence of domestic violence against elderly people in primary care and possible associated factors. A descriptive, cross-sectional study, with 169 individuals aged 60 years and over, of both sexes, enrolled in the Family Health Units (FHU) of the 4.1 micro region of the city of Recife. Elderly people with health impairment that compromised communication and/or cognition were excluded. The data were collected through interviews in the homes or FHU, with socio-demographic issues, self-perceived health and the research instrument to evaluate possible situations of violence, which was developed and validated in Puerto Rico and adopted by the Ministry of Health. There were 133 elderly people with indicative signs of at least one type of violence in their domestic environment, representing a prevalence of 78.7%, with negligence as the most prevalent type (58.5%), followed by psychological (21.5%) and financial (14%). The elderly interviewed who classified their health as regular/poor have this increased risk. The study reinforces the hypothesis of the existence of domestic violence against the elderly. Thus, identifying its prevalence is the first step in addressing this public health problem.*

KEYWORDS *Aged. Violence. Primay Health Care.*

[1] Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Programa de Pós-Graduação em Gerontologia (PPGERO) – Recife (PE), Brasil.
renatalaisemb@gmail.com

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

Introdução

O aumento da população de idosos, evidente em todo o mundo, configura uma das grandes conquistas do último século[1,2]. O número de idosos cresce como resultado da queda da fecundidade e da mortalidade e do aumento da expectativa de vida, ocasionados pela melhoria das condições econômicas e ambientais e pela evolução da medicina[3-5].

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), em 2015, existiam 901 milhões de idosos, representando 12% da população geral. A ONU estima, ainda, que, até 2050, em todas as principais regiões do mundo, o número de pessoas idosas será quase um quarto de suas populações, com exceção da África[5].

Seguindo a tendência mundial, nos últimos censos realizados, a pirâmide etária brasileira vem exibindo um aumento progressivo da proporção de idosos, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Entre 1980 e 2010, o número de idosos passou de 7,2 milhões para 20,6 milhões, ratificando a concretude desse fenômeno[6].

O processo de envelhecimento populacional se dá de maneira diferente entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Os primeiros vivenciam esse processo associado às melhorias nas condições de vida. Nos outros, como o Brasil, essa mudança demográfica é muito veloz, não sendo possível uma reorganização social para atender às demandas dessa nova configuração etária[7-9].

Nesse contexto, os países de média e baixa renda, como o Brasil, encontram-se diante do desafio de, mesmo com o aumento relativo da população inativa, manter o crescimento econômico, a sustentabilidade fiscal e a provisão apropriada de serviços essenciais[10,11]. Esse novo cenário demográfico é bastante complexo e requer, cada vez mais, estudos multidisciplinares a fim de melhor compreendê-lo, especialmente no Brasil, onde os efeitos do envelhecimento são ainda maiores em virtude da velocidade em que tal fenômeno ocorre[11,12].

Além de alterações fisiológicas e patologias comuns dessa faixa etária, a pessoa idosa também está vulnerável ao fenômeno da violência, que pode ocasionar baixa qualidade de vida, lesões, morbidade e até morte[13,14]. Apesar da universalidade do problema e de sua dimensão histórica, no Brasil, a sociedade despertou para a importância dessa problemática, nas perspectivas antropológica e cultural, com a elevação da consciência de direitos[14,15]. A partir do incremento populacional desse grupo etário, a sociedade passa a dedicar uma maior atenção às suas demandas políticas, socioeconômicas e de saúde, objetivando a criação de políticas sociais que garantam os direitos da população idosa[16].

De modo geral, no contexto atual, a violência contra o idoso origina-se do conflito de interesses entre as gerações jovens e idosas. Esse conflito favorece, na maioria das vezes, atitudes que demonstram pouca valia das pessoas de mais idade, sendo colocadas à margem da sociedade por serem consideradas obsoletas[15].

Há, ainda, as morbidades, que levam à diminuição da capacidade funcional e cognitiva, antecedentes de relação de violência, dependência financeira e sobrecarga, estresse e distúrbio psicopatológico do cuidador. Tudo isso pode levar à ocorrência de violência. Outros fatores importantes, nesse contexto, são os problemas decorrentes das mudanças na família contemporânea, como menor número de filhos, inserção da mulher no mercado de trabalho, divórcios, entre outros[17-20].

Estimar a ocorrência da violência contra o idoso, bem como suas consequências, é difícil, visto que as fontes de dados são escassas e, por vezes, não confiáveis, e que o evento é encoberto por familiares e pela sociedade. Além disso, falta uma consciência coletiva de denúncia e de serviços especializados para tais ocorrências[21].

Diante dessa perspectiva, o presente artigo objetiva investigar a prevalência de violência doméstica contra idosos assistidos na atenção básica e possíveis fatores associados.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo, de corte transversal, realizado na Região Político-Administrativa 4, centrando-se na microrregião (MR) 4.1, na cidade do Recife (PE). Essa área é composta por cinco Unidades de Saúde da Família (USF). Na ocasião da investigação, segundo informações fornecidas pelas próprias Unidades, havia 2.907 idosos cadastrados. O tamanho da amostra foi determinado a partir da equação de cálculo amostral para estudo de proporção em população finita, que resultou em um total de 169 pessoas idosas (60 anos e mais), de ambos os sexos, não institucionalizadas. Nesta pesquisa, foram excluídos os idosos que apresentavam alguma enfermidade ou agravo à saúde que implicasse comprometimento em termos de comunicação e/ou cognição.

Para a investigação, foi elaborado um roteiro de entrevista com perguntas sobre dados sociodemográficos e saúde autopercebida, que foi categorizada segundo o proposto pelo projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (Sabe)[22], em: excelente, muito boa, boa, regular e ruim.

O instrumento utilizado para avaliar possíveis situações de violência contra pessoas idosas foi desenvolvido e validado em Porto Rico e adotado pelo Ministério da Saúde nos 'Cadernos de Atenção Básica'[23]. Esse instrumento aborda as violências do tipo 'física', 'psicológica', 'abuso financeiro e econômico'. Dessa forma, foram acrescidas duas perguntas do 'Caderno de Atenção Básica' nº 8, para investigar a 'violência sexual', e mais duas perguntas para avaliar situação de 'negligência'[24].

A pesquisa ocorreu entre janeiro e maio de 2016. Os dados foram coletados nos domicílios dos idosos ou nas USF, de acordo com a conveniência. Todas as entrevistas foram realizadas de maneira individualizada, preservando-se a privacidade e o anonimato do participante.

Foi construído um banco na planilha eletrônica Microsoft Excel[25], que foi exportada para o *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 18[26], sendo realizada a validação do banco para posterior análise. Destaca-se que, para a análise do perfil social, econômico e de saúde dos idosos entrevistados, foram calculadas as frequências percentuais e construídas as distribuições de frequência dos fatores avaliados. Para avaliação dos percentuais dos níveis dos fatores avaliados, o teste Qui-quadrado foi aplicado para comparação de proporção. Foi realizada, também, a descrição dos tipos de violências sofridas pelos idosos avaliados.

Destaca-se que, para o perfil econômico, houve uma redução na amostra, pois 4 (quatro) idosos ignoraram a resposta sobre a sua situação previdenciária e 1 (um) idoso não respondeu sobre o complemento de renda. Apesar de o número de observações ficar reduzido, isso não interfere estatisticamente nos resultados do presente estudo.

Foi elaborada a tabela de contingência para avaliar quais fatores são determinantes para ocorrência da violência contra o idoso, bem como foi aplicado o teste Qui-quadrado para independência. Quando as suposições do teste Qui-quadrado não foram satisfeitas, o teste Exato de Fisher foi utilizado. Todas as conclusões foram baseadas considerando o nível de significância de 5%.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE nº 50970115.8.0000.5208), sob parecer nº 1.371.038, em conformidade com a Resolução nº 466/12, do Ministério da Saúde, referente ao desenvolvimento de pesquisa científica envolvendo seres humanos.

Resultados

Entre os 169 idosos participantes, 66,3% eram do sexo feminino, 66,9% tinham idade entre 60 e 70 anos, 59,8% declararam-se de cor parda, 56,2% não possuíam companheiro e 48,2% moravam com 1 a 2 pessoas, sendo o(a) filho(a), o(a) companheiro(a) e o(a) neto(a) os mais mencionados. No tocante à escolaridade, observou-se que o primário completo/incompleto foi a categoria mais prevalente,

com 40,7%. O teste de comparação de proporção foi estatisticamente significativo em todos os fatores sociodemográficos, excetuando-se a situação conjugal (p-valor = 0,106), o que indica que o número de idosos que têm companheiro e que não têm companheiro é semelhante.

Quanto às características econômicas, foi maior o grupo dos idosos aposentados (53,9%) e que têm rendimento de até 1 salário mínimo (65,5%). Além disso, constatou-se que a maior parte não recebe complemento de renda (56,0%). Porém, é maior também o percentual de idosos que contribuem totalmente para o sustento da casa (60,9%). O rendimento mensal dos idosos era de, em média, R$ 977,20 (novecentos e setenta e sete reais e vinte centavos). Sobre as condições relacionadas à saúde, verificou-se que 50,9% dos idosos classificam a própria saúde como regular.

A *tabela 1* dispõe sobre prevalência de violência doméstica contra o idoso, que demonstra que 78,7% dos idosos afirmaram já terem sofrido algum tipo de violência, sendo a negligência (58,5%) o tipo mais presente, seguida da violência psicológica (21,5%) e da financeira (14%). O teste de comparação de proporção foi significativo (p-valor < 0,001), indicando que é relevantemente maior o número de pessoas idosas vítimas de violência e, principalmente, de negligência.

Tabela 1. Prevalência e caracterização da violência doméstica contra o idoso cadastrado na MR 4.1, Recife (PE), 2016

Fator avaliado	n	%	p-valor
Já sofreu violência			
Sim	133	78,7	<0,001
Não	36	21,3	
Tipo de violência			
Negligência	117	58,5	<0,001
Psicológica	43	21,5	
Financeira	28	14,0	
Física	6	3,0	
Sexual	6	3,0	

Nota: p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção (se p-valor foi menor do que 0,05, os percentuais dos níveis dos fatores avaliados diferem significativamente).

Foi realizada a análise bivariada entre a violência doméstica sofrida pelos idosos e as variáveis independentes. Sobre a distribuição da violência segundo o perfil sociodemográfico dos participantes do estudo, foi maior a prevalência de violência entre os idosos do sexo feminino (83,0%), de cor branca (82,5%), com idade entre 81 e 90 anos (91,7%), sem companheiro (78,9%), que moram com 5 ou mais pessoas (83,3%) e com escolaridade até o 2º grau (88,9%).

Observamos que, mesmo sendo verificada maior prevalência de violência em determinado grupo de idosos, o teste de independência não se mostrou estatisticamente significativo em nenhum dos fatores avaliados (todo p-valor foi maior do que 0,05). Isso indica que as características sociodemográficas dos entrevistados não são determinantes para o aumento do risco para ocorrência de violência. O teste revela que o evento da violência contra a pessoa idosa acontece de forma idêntica em todos

os grupos de sexo, cor/raça, idade, situação conjugal, composição familiar ou escolaridade, sem discriminação.

A *tabela 2* dispõe sobre a distribuição da violência segundo o perfil econômico dos entrevistados. Foi verificada maior prevalência de violência doméstica entre os idosos pensionistas (90,0%), com fonte de renda complementar (100,0%) e que não contribuem para o sustento da família (94,4%). Apesar de ser maior a ocorrência de violência neste grupo descrito, o teste de independência não foi estatisticamente significativo em nenhum dos fatores avaliados (todos os p-valores foram maiores do que 0,05). Esses resultados indicam que o perfil financeiro do idoso não é fator determinante para ocorrência de violência. Assim, reafirma-se que a expressiva ocorrência de violência contra a pessoa idosa acontece sem discriminação da situação previdenciária, da renda ou da ajuda no sustento da casa.

Tabela 2. Distribuição da violência doméstica contra o idoso segundo o perfil econômico do idoso cadastrado na MR 4.1, Recife (PE), 2016

Fator avaliado	Sofreu violência		p-valor
	Sim	Não	
Situação previdenciária			
Aposentado(a)	65(73,0%)	24(27,0%)	0,331[2]
Pensionista	18(90,0%)	2(10,0%)	
Aposentado(a) e pensionista	4(66,7%)	2(33,3%)	
Não é aposentado(a) ou pensionista	23(82,1%)	5(17,9%)	
Benefício	19(86,4%)	3(13,6%)	
Complemento de renda			
Ajuda de familiares	53(86,9%)	8(13,1%)	0,240[2]
Trabalha	9(75,0%)	3(25,0%)	
Outra fonte	1(100,0%)	0(0,0%)	
Não tem	70(74,5%)	24(25,5%)	
Contribui para o sustento da casa			
Sim, totalmente	79(76,7%)	24(23,3%)	0,225[1]
Sim, parcialmente	37(77,1%)	11(22,9%)	
Não contribui	17(94,4%)	1(5,6%)	

[1]p-valor do teste Qui-quadrado para independência (se p-valor < 0,05, o fator avaliado influencia no risco para violência contra o idoso).
[2]p-valor do teste Exato de Fisher.

A *tabela 3* exibe a distribuição da violência doméstica contra a pessoa idosa segundo a condição de saúde autopercebida dos participantes da pesquisa. Observa-se maior prevalência de violência entre os idosos que consideraram sua saúde como regular/ruim (82,5%). O teste de independência mostrou-se estatisticamente significativo no fator saúde autopercebida (p-valor = 0,020), demonstrando que a percepção do idoso acerca da saúde é um fator estatisticamente significativo para a prevalência do evento estudado. Foi observado, ainda, que os idosos que se declararam com boa saúde têm um aumento de 56% (RP = 1,56)

no risco de serem vítimas de algum tipo de violência em comparação com os idosos que referiram sua saúde como excelente/muito boa. Em parte, o grupo de entrevistados que classificou sua saúde como regular/ruim tem esse risco aumentado em 65% (RP = 1,65) quando comparado com o grupo de idosos com saúde autopercebida excelente/muito boa.

Tabela 3. Distribuição da violência doméstica contra o idoso segundo a condição de saúde autopercebida do idoso cadastrado na MR 4.1, Recife (PE), 2016

Fator avaliado	Sofreu violência		p-valor
	Sim	Não	
Saúde autopercebida			
Excelente/muito boa	7(50,0%)	7(50,0%)	0,020[1]
Boa	32(78,0%)	9(22,0%)	
Regular/ruim	94(82,5%)	20(17,5%)	

[1]p-valor do teste Qui-quadrado para independência (se p-valor < 0,05, o fator avaliado influencia no risco para violência contra o idoso).

Discussão

O tema do envelhecimento nunca esteve tão em evidência em um país em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, em virtude do inegável aumento da longevidade, associado à melhoria da qualidade de vida. Muitos são os desafios para os profissionais de saúde e para a sociedade frente a essa nova realidade, que vem trazendo à tona a discussão sobre a atuação dos diferentes atores sociais, nos diversos contextos. Além disso, esse cenário requer a elaboração de novas políticas que estimulem a prevenção e a atenção integral à saúde da pessoa idosa[27].

Diversos fatores podem intervir na saúde do idoso. Entre eles, está a violência, temática que vem crescendo nas produções científicas. Contudo, o direcionamento ao grupo idoso é mais recente, o que leva a uma carência de informações[28]. A complexidade do tema pode contribuir para essa realidade, já que torna difícil seu reconhecimento e manejo[18].

No presente estudo, observou-se que a análise do perfil sociodemográfico da população é semelhante em vários aspectos à de outros estudos realizados com idosos[18,29,30]. Predominância do sexo feminino, cor parda, idade entre 60 e 70 anos, ausência de companheiro, morar acompanhado, aposentado, com baixa escolaridade e 4,9 anos de estudo, em média, configuram o perfil encontrado na amostra desta pesquisa.

A maior prevalência de pessoas idosas do sexo feminino é observada na grande maioria dos estudos acerca do envelhecimento, nos mais diversos contextos abordados[30-32]. A esse fato a literatura especializada tem atribuído a denominação de feminização da velhice, que é caracterizada pelo maior número de mulheres idosas em comparação com o quantitativo de homens nesse grupo etário.

Fatores que contribuem para essa diferença podem ser elencados, como desigualdade de gênero na expectativa de vida, fatores biológicos, diferença de exposição a fatores de risco de mortalidade e ocupacionais e ao uso de álcool e tabaco. Soma-se a isso uma diferença de comportamento no que diz respeito à relação com a saúde e ao adoecimento, visto que a mulher costuma dispensar mais tempo e atenção ao autocuidado, buscando mais os

serviços de saúde[33-35]. Seguindo a tendência mundial, os resultados do último censo demográfico realizado no Brasil, em 2010, demonstram essa feminização da velhice. De acordo com o IBGE, o sexo feminino representa 55,5% da população idosa[6].

Quanto às características econômicas, os achados são semelhantes a outros estudos da área. Observa-se, nesses estudos, uma maioria de idosos aposentados e que precisam contribuir, por vezes, totalmente com o sustento da casa[30,36].

No que se refere à saúde autopercebida, pouco mais da metade dos idosos entrevistados considerou sua saúde regular. Lima-Costa[37] afirmam que a autoavaliação da saúde expressa a percepção integrada do indivíduo, considerando as dimensões biológica, psicossocial e social, o que imprime, dessa forma, confiabilidade e validade equivalentes a outras medidas mais complexas da condição de saúde.

Nesta pesquisa, a maioria dos idosos atribuiu valores insatisfatórios à própria saúde, achado semelhante ao do Projeto Sabe, que demonstrou um percentual de 53,8% nesse mesmo aspecto[22]. Belém et al.[38] analisaram a autoavaliação da saúde de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, Paraíba. Nesse contexto, mais da metade dos participantes considerou sua saúde como regular (51,4%) e ruim (15%). Resultados divergentes, contudo, foram encontrados no inquérito domiciliar realizado no município de Guarapuava, Paraná, onde 54,8% dos idosos classificaram a própria saúde como boa e 31,7% como ruim[39].

As avaliações de saúde autopercebida não são mais consideradas impressões relacionadas às condições reais de saúde. Investigações recentes têm demonstrado que os indivíduos que se referem à própria condição de saúde como escassa ou pobre têm riscos de mortalidade substancialmente mais altos que aqueles que referem percepções mais positivas do estado de saúde[22].

Os resultados ora apresentados destoam da tendência social de que a pessoa idosa é um ser decadente e incapaz. Felizmente, essa perspectiva com relação ao envelhecer vem sendo desconstruída. Isso se dá em virtude do aumento da expectativa de vida e, por conseguinte, do crescente interesse e de investimentos em estudos relativos à temática do envelhecimento[8].

Sobre a prevalência de violência contra o idoso, é importante pontuar que a comparação dos resultados expostos nesta pesquisa com estudos anteriores deve ser feita com bastante cautela. Isso se deve ao fato de a temática em questão envolver diferentes conceituações e metodologias diversas, especialmente no tocante ao tipo de estudo e ao instrumento utilizado para avaliação do evento da violência. Isto posto, esta discussão faz-se extremamente complexa[40,41].

O presente estudo encontrou uma ocorrência de violência contra o idoso de 78,7%. Mascarenhas et al.[42], em estudo realizado em 524 municípios brasileiros, verificaram que 67,7% dos idosos foram vítimas de violência física e 29,1% de psicológica. Ainda que com as ressalvas acima pontuadas, pode-se afirmar que essa prevalência foi a que mais se aproximou dos resultados apresentados nesta pesquisa, que foram um pouco além do que a maior parte dos estudos analisados evidenciou. Inquérito domiciliar realizado por Paiva[43], em Uberaba, Minas Gerais, demonstrou que 20,9% dos idosos participantes eram vítimas de violência. Bolsoni et al.[44], em estudo de base populacional, em Florianópolis, Santa Catarina, chegaram ao percentual de 13% de prevalência do evento em questão.

Ao aproximar a discussão ao contexto deste estudo com relação à população e ao tipo de violência avaliadas, Apratto Junior[29] estratificou diferentes formas de violência doméstica, em estudo realizado em Niterói, Rio de Janeiro. O referido estudo evidenciou que 43,2% dos idosos participantes relataram pelo menos um episódio de violência psicológica e 10% de violência física.

Essas disparidades podem sem explicadas

pela existência de uma grande diversidade de desenhos metodológicos, além das várias formas de avaliar a violência contra o idoso. Dessa forma, ainda que essas metodologias evidenciem dados importantes, não é possível uniformizar os dados encontrados. Consequentemente, a comparação de resultados entre estudos acerca da violência contra a pessoa idosa torna-se difícil, exigindo, portanto, cautela.

Duque et al.[18] realizaram uma pesquisa semelhante à do presente estudo ao determinarem a ocorrência e os fatores associados à violência doméstica contra idosos em uma determinada microrregião de Recife, Pernambuco, no contexto da atenção básica. Apesar da semelhança no procedimento metodológico, na população estudada e no instrumento utilizado para avaliação da violência, verificaram-se apenas 20,8% de idosos em possível situação de violência.

Negligência foi o tipo de violência mais prevalente aqui, o que representa 58,5% dos casos, seguidos do tipo psicológica e financeira, que correspondem a 21,5% e 14,0% dos casos avaliados, respectivamente. A exclusão do tipo negligência no estudo em comparação pode explicar o porquê de estudos tão semelhantes apresentarem resultados tão divergentes.

Na literatura analisada, não foram encontrados estudos com resultados semelhantes no tocante à violência do tipo negligência. Contudo, Paraíba e Silva[45] traçaram o perfil da violência contra o idoso em Recife, Pernambuco, e observaram que a negligência foi o segundo tipo mais prevalente (29,64%), estando atrás apenas da violência física.

Investigações nacionais e internacionais encontram as mais diversas prevalências de violência contra a pessoa idosa. Yan, Chan e Tiwari[46] realizaram uma revisão sistemática acerca da prevalência de maus tratos contra idosos e constataram que a violência é prevalente em todo o mundo. Segundo os autores, estudos prospectivos sugerem que pessoas mais velhas vítimas de abusos e negligência apresentam maior risco de mortalidade. Nos Estados Unidos, 5 a 10% das pessoas com 65 anos ou mais foram abusadas por alguém de quem dependem para cuidado ou proteção. Dados do Canadá demonstram taxas de prevalência de 7% para violência emocional e 1% para financeira, bem como física ou sexual. No Reino Unido, são 5,4% para violência emocional ou verbal, 1,5% para física e 1,5% para financeira[46].

Ainda que exista toda uma diversidade de desenhos metodológicos e no que diz respeito à tipologia usada na classificação da violência, a partir dos estudos aqui expostos, é possível constatar a relevância do tema em questão nos âmbitos nacional e internacional.

Por fim, a análise bivariada entre a violência contra o idoso e as demais variáveis demonstrou significância estatística apenas com a variável saúde autopercebida. Não foram encontradas na literatura consultada, contudo, pesquisas envolvendo a autopercepção da saúde do idoso e a violência doméstica. Porém, é plausível ressaltar que uma situação de violência pode interferir na resposta do idoso quando questionado acerca da percepção de sua saúde.

A metodologia aqui utilizada não permite determinar a relação de causa e efeito, somente expondo fator e efeito num mesmo momento. Ainda assim, os resultados apontam lacunas a serem exploradas no estudo da violência doméstica contra o idoso, com um maior rigor na definição do método e refinamento na análise estatística, possibilitando, dessa forma, mais segurança em traçar estratégias de prevenção desse tipo de violência.

Considerações finais

Os achados expostos neste estudo, embora não garantam a real magnitude do evento, reiteram a relevância da temática da violência contra o idoso. De qualquer forma, estimar a prevalência

dos abusos e possíveis fatores associados é o passo inicial para seu manejo e prevenção.

Mesmo tendo sido realizado em apenas uma microrregião de um município, este estudo contribui para a visualização do problema, justificando sua relevância. Cabe pontuar, também, a importância do contexto da atenção básica no estudo da problemática da violência contra o idoso, tendo em vista a proximidade com o usuário proporcionada por esse nível de atenção.

Contudo, é importante ressaltar que ainda há muito a ser estudado acerca da problemática da violência contra idosos, o que torna essencial a ampliação da produção científica sobre o tema em questão.

Colaboradores

Barros RLM (0000-0002-1112-1110)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo. Leal MCC (0000-0002-3032-7253)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Marques APO (0000-0003-0731-8065)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados. Lins MEM (0000-0001-9712-7275)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados. ■

Referências

1. Fundo de População das Nações Unidas. Envelhecimento no século XXI: celebração e desafio. Resumo Executivo. Nova York: UNFPA; 2012.

2. Veras RP. É possível, no Brasil, envelhecer com saúde e qualidade de vida? Rev. bras. geriatr. gerontol. [internet]. 2016 [acesso em 2019 jun 12]; 19(3):381-382. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300381&lng=en&nrm=iso.

3. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. World Population Ageing 2009. New York: UN; 2009.

4. Carvalho JAM, Rodríguez-Wong LL. A transição da estrutura etária brasileira na primeira metade do século XXI. Cad. Saúde Pública [internet]. 2008 [acesso em 2019 jun 12]; 24(3):597-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000300013&script=sci_arttext.

5. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables. New York: UM; 2015.

6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010 [internet]. 2010 [acesso em 2019 jun 12]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm.

7. Veras R. Envelhecimento Populacional Contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev. Saúde Pública [internet]. 2009 [acesso em 2019 jun 12]; 43(3):548-54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rev. bras. geriatr. gerontol. [internet]. 2016 [acesso em 2019 jun 12]; 19(3):507-519. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=en&nrm=iso.

9. Rocha CF, Rocha TMF. Violência doméstica contra o idoso. Visão Universit. [internet]. 2017 [acesso em 2019 jun 12]; 2:102-115. Disponível em: http://www.visaouniversitaria.com.br/ojs/index.php/home/article/view/122/104.

10. Banco Mundial. Envelhecendo em um Brasil mais velho [internet]. 2011 [acesso em 2019 jun 12]; Washington, DC: Banco Mundial/LAC. Disponível em: http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1302102548192/Envelhecendo_Brasil_Sumario_Executivo.pdf.

11. Campos AC, Ferreira EF, Vargas AMD. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2015 [acesso em 2019 jun 12]; 20(7):2221-2237. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000702221&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

12. Loureiro APF. Desafios do envelhecimento populacional: por uma educação permanente participada. Leplage Rev. [internet]. 2019 [acesso em 2019 jun 12]; 5(2):42-49. Disponível em: http://www.laplageemrevista.ufscar.br/index.php/lpg/article/view/662/928.

13. Perel-Levin S. Discussing screening for elder abuse at Primary Health Care level. World Health Organization; 2008 [acesso em 2019 jun 12]. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/Discussing_Elder_Abuseweb.pdf.

14. Minayo MCS. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. 2. ed. Brasília, DF: SEDH; 2005 [acesso em 2019 jun 12]. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_livros/18.pdf.

15. Almeida CAPL, Neto MCS, Carvalho FMFD, et al. Aspectos relacionados à violência contra o idoso: concepção do enfermeiro da estratégia saúde da família. J. res.: fundam. care. online [internet]. 2019 [acesso em 2019 jun 12]; 11(esp):404-4010. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6350/pdf_1.

16. Brasil. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Resumo da II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. Brasília, DF: SEDH; 2009.

17. Melo VL, Cunha JOC, Falbo Neto GH. Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco. Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil [internet]. 2006 [acesso em 2019 jun 12]; 6(1):43-48. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000500006&lng=en.

18. Duque AM, Leal MCC, Marques APO, et al. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2012 [acesso em 2019 jun 12]; 17(8):2199-2208. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800030.

19. Micheletti ALNS, Garcia D, Melicchio FA, et al. Produção científica sobre violência contra o idoso nas bases Scielo e Lilacs. Psicol. inf. [internet]. 2011 [acesso em 2019 jun 12]; 15(15):51-68. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092011000100004&lng=pt&nrm=iso.

20. Florêncio MVL. Rastreamento de violência contra pessoas idosas cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa. [tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2014. 123 p.

21. Santos TD, Vieira GB, Machado AS, et al. Casos notificados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências em idosos no município de Santa Maria-RS. Rev. Santa (Sta Maria) [internet]. 2018 [acesso em 2019 jun 12]; 44(2):1-12. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/33036/pdf.

22. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. Rev. bras. epidemiol. [internet]. 2005 [acesso em 2019 jun 12]; 8(2):127-141. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200005&lng=pt&nrm=iso.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: MS; 2007.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência Intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília, DF: MS; 2002.

25. Microsoft. Microsoft Office Excel. 2016.

26. Data Mining and Statistical Solutions. Statistical. Package for the Social Sciences. versão 18. SPSS; 2018. [acesso em 2019 ago 20]. Disponível em: https://www.ibm.com/br-pt/analytics/spss-statistics-software.

27. Sales JCS, Silva Júnior FJG, Vieira CPB, et al. Feminização da Velhice e sua Interface com a depressão: revisão integrativa. Rev. Enferm. UFPE on line [internet]. 2016 [acesso em 2019 jun 12]; 10(5):1840-1846. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8871/pdf_10250.

28. Reichenheim ME, Paixão Júnior CM, Moraes CL. Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) utilizado para identificar risco de violência contra o idoso. Cad. Saúde Pública [internet]. 2008 [acesso em 2019 jun 12]; 24(8):1801-1813. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800009.

29. Apratto Júnior PC. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2010 [acesso em 2019 jun 12]; 15(6):2983-2995. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600037.

30. Clares JWB, Freitas MC, Almeida PC, et al. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. Rev. Rene [internet]. 2011 [acesso em 2019 jun 12]; 12(esp):988-994. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_pdf/a14v12esp_n4.pdf.

31. Lima BM, Araújo FA, Scattolin FAA. Qualidade de vida e independência funcional de idosos frequentadores do clube do idoso do município de Sorocaba. ABCS Health Sci [internet]. 2015 [acesso em 2019 jun 12]; 41(3):168-175. Disponível em: https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/907/749.

32. Silva DLS, Souza ITI, Torres MV. Perfil Multidimensional da População Idosa do Bairro São Pedro em Teresina, Piauí. Rev. Fisioter S Fun [internet]. 2013 [acesso em 2019 jun 12]; 2(2):13-20. Disponível em: http://www.fisioterapiaesaudefuncional.ufc.br/index.php/fisioterapia/article/view/322.

33. Moura MAV, Domingos AM, Rassy MEC. A qualidade na atenção à saúde da mulher idosa: um relato de experiência. Esc. Anna Nery [internet]. 2010 [acesso em 2019 jun 12]; 14(4):848-855. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000400027.

34. Salgado CDS. Mulher idosa: a feminização da velhice. Estud. Interdiscipl. Envelhec. [internet]. 2002 [acesso em 2019 jun 12]; 4:7-19. 2002. Disponível em: http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/4716/2642.

35. Bandeira L, Melo HP, Pinheiro LS. Mulheres em dados: o que informa a PNAD/IBGE, 2008. In: Observatório Brasil da Igualdade de Gênero. Brasília, DF: Secretaria de Políticas para Mulheres. 2010. 128 p.

36. Lopes GL, Santos MIPO. Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade. Rev. Bras. geriatr. gerontol. [internet]. 2015 [acesso em 2019 jun 12]; 18(1):71-83. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000100071&lng=en&nrm=iso.

37. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Matos DL, et al. A influência de respondente substituto na percepção da saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003) e na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública [internet]. 2007 [acesso em 2019 jun 12]; 23(8):1893-1902. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000800016&script=sci_abstract&tlng=pt.

38. Belém PLO, Melo RLP, Pedraza DF, et al. Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, Paraíba. Rev bras geriatr gerontol [internet]. 2016 [acesso em 2019 jun 12]; 19(2):265-276. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000200265&lng=en&nrm=iso.

39. Pilger C, Menon MH, Mathias TAF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. Rev Latino-Am Enfermagem [internet]. 2011 [acesso em 2019 jun 12]; 19(5):1230-1238. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500022&lng=en&nrm=iso.

40. Espíndola CR, Blay SL. Prevalência de maus tratos na terceira idade: revisão sistemática. Rev. saúde pública [internet]. 2007 [acesso em 2019 jun 12]; 41(2):301-306. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000200020&lng=en&nrm=iso.

41. Moraes CL, Apratto Júnior PC, Reichenheim ME. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública [internet]. 2008 [acesso em 2019 jun 12]; 13(10):2289-2300. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001000010.

42. Mascarenhas MDM, Andrade SSCA, Das Neves ACM, et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. Rev. Bras. de Enferm. [internet]. 2012 [acesso em 2019 jun 12]; 17(supl9):2331-2341. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900014.

43. Paiva MM, Tavares DMS. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. Rev. Bras. Enferm. [internet]. 2015 [acesso em 2019 jun 12]; 68(6):1035-1041. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000601035&lng=pt&nrm=iso.

44. Bolsoni CC, Coelho EBS, Giehl MWC, et al. Prevalence of violence against the elderly and associated factors – a population based study in Florianópolis, Santa Catarina. Rev. Bras. Geriatra. Gerontol. [internet]. 2016 [acesso em 2019 jun 12] 19(4):671-682. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000400671&lng=en&nrm=iso.

45. Paraíba PMF, Silva MCM. Perfil da violência contra a pessoa idosa na cidade do Recife-PE. Rev. Bras. Geriatra. Gerontol. [internet]. 2015 [acesso em 2019 jun 12] 18(2):295-306. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000200295&lng=en&nrm=iso.

46. Yan E, Chan KL, Tiwari A. A systematic review of prevalence and risk factors for elder abuse. Traum. Violenc. abuse [internet]. 2014 [acesso em 2019 jun 12]; 16(2):199-219. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25380662.

Recebido em 16/10/2018
Aprovado em 24/06/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Cuidado à família enlutada: uma ação pública necessária

Care to the bereaved family: a necessary public action

Giovanni Gurgel Aciole[1], Daniela Carvalho Bergamo[2]

DOI: 10.1590/0103-1104201912212

RESUMO O processo de luto é singular, e se desenvolve conforme as características do enlutado e as circunstâncias da morte, cada vez mais frequente nos hospitais. Existem muitas dificuldades no enfrentamento do luto, por isto, é importante a oferta de cuidado às famílias enlutadas. Este estudo relata e analisa as repercussões das intervenções ofertadas por um hospital público do interior paulista, por meio de pesquisa qualitativa, com abordagem compreensiva, a partir da fenomenologia sociológica. Utilizou-se entrevista semiestruturada, e o material coletado foi submetido à análise de conteúdo. Os familiares enlutados manifestaram dificuldades para enfrentar tal período, e, mesmo diante de mortes previsíveis, há a necessidade de um espaço para que eles sejam ouvidos e compreendidos. O estudo comprova o benefício de o cuidado ao luto ser realizado pela equipe do hospital, pois este contato no período *post-mortem* do usuário proporciona um sentimento de conforto à família diante do ocorrido.

PALAVRAS-CHAVE Luto. Hospitais. Cuidados paliativos na terminalidade da vida. Saúde pública.

ABSTRACT *The mourning process is unique, and develops according to the characteristics of the mourner and the circumstances of death, increasingly growing in hospitals. There are many difficulties in coping with mourning, therefore, it is important to offer care to bereaved families. This study reports and analyzes the repercussions of interventions offered by a public hospital in the interior of São Paulo, through qualitative research, with a comprehensive approach, based on sociological phenomenology. A semi-structured interview was carried out, and the collected material was submitted to content analysis. The bereaved relatives showed difficulty in facing such period, and, even in the face of foreseeable deaths, there is the need of a space for them to be heard and understood. The study confirms the benefit of bereavement care to be performed by the hospital staff, because this contact in the post-mortem period of the user provides a feeling of comfort to the family in the face of the incident.*

KEYWORDS *Bereavement. Hospitals. Hospice care. Public health.*

[1] Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica – São Carlos (SP), Brasil. *geovani.gurgel@gmail.com*

[2] Hospital Estadual Américo Brasiliense, Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica – São Carlos (SP), Brasil.

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

Introdução

O luto é vivenciado de maneira singular; não existe um padrão de reação; há variações em intensidade e duração, influenciadas por fatores como o contexto da morte e as características do enlutado. Por isto, é necessário não interpretar como patológicas, reações que são naturais[1,2]. Para que o apoio ao indivíduo enlutado possa ser efetivo e para que equívocos sejam evitados, é necessário considerar as culturas, as crenças, os contextos e as dinâmicas dos relacionamentos familiares[3,4], bem como identificar fatores que possam prejudicar o enfrentamento do luto, como a não manifestação dos sentimentos, o adiamento do processo ou a negação da perda[5]. A elaboração do luto pode ser compreendida como a fase em que há diminuição do sofrimento frente às lembranças do falecido, havendo a retomada do interesse pela vida, por parte dos familiares.

Mesmo quando o processo de luto é considerado normal, isto não significa que não exista sofrimento ou necessidade de adaptação à nova estrutura familiar[6]. Logo, encontrar espaços onde seja possível expressar-se livremente, compartilhar a dor e se deparar com outras pessoas que experimentam sentimentos e dificuldades semelhantes ameniza o sofrimento e favorece a busca pelas soluções dos problemas enfrentados[7].

Contudo, os avanços científicos e a captura tecnológica para produzir saúde acabaram por distanciar o profissional de saúde do paciente, passando este último a ser visto de maneira fragmentada e reducionista, o que torna necessário, em oposição a isto, a mudança para um cuidado que valorize o sujeito doente[8,9]. A regulamentação da Lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), em 1990, trouxe um contexto de mudança na concepção e organização da saúde no Brasil, e mudanças com o intuito de contribuir para a eficácia dos cuidados vêm sendo realizadas[10], de modo que os usuários do cuidado devem ser vistos como sujeitos. Isto é, as mudanças não devem se limitar à assistência: é necessária uma guinada cultural sobre o modo de a população entender a saúde, a maneira de utilizar os serviços e, também, de compreender e lidar com a morte, e não apenas evitá-la a qualquer custo[11].

Sob este novo contexto, a morte não deveria finalizar os cuidados ofertados pelos profissionais de saúde. A família enlutada pode necessitar de cuidado para enfrentar o sofrimento, ainda que possa haver dúvidas sobre quais intervenções são significativas, como planejar, quando iniciar o atendimento e qual deve ser a equipe responsável.

Metodologia

Este artigo se construiu a partir de dissertação de mestrado que procurou conhecer as possibilidades de cuidado, e como este se reflete na elaboração do luto, em particular; e analisar as repercussões das intervenções ofertadas segundo as percepções das famílias envolvidas, compreendendo sua visão sobre a ação do hospital na oferta desse cuidado. Utilizou-se a abordagem qualitativa e o enfoque conceitual do sujeito implicado[12] para analisar a experiência de uma das autoras no seu trabalho em um hospital geral de atenção secundária, como atuante em um grupo de cuidado a famílias enlutadas.

A investigação foi construída em duas etapas. Na primeira, para a sistematização teórica, realizou-se uma busca nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e PubMed, entre novembro de 2017 e fevereiro de 2018, utilizando-se os seguintes indexadores: cuidado pós-morte, família, enlutado e hospital. Na segunda, utilizou-se a abordagem fenomenológica compreensiva[13], na qual se realizou entrevista semiestruturada com familiares que compareceram ao Grupo de Acolhimento ao Luto (GAL), entre janeiro de 2016 e janeiro de 2017. O luto considerado foi o vivenciado pela morte de um ente querido, e família, qualquer membro da rede de suporte social. O material coletado foi submetido à análise de conteúdo proposta por Bardin[14], recortado em temas sobre o luto; o cuidado

ao enlutado; e a humanização das práticas em saúde. A inclusão dos sujeitos deu-se por seleção entre os óbitos ocorridos no hospital e a participação de algum familiar no GAL, condições que tornaram possível a emissão de opiniões sobre as intervenções. Os entrevistados foram nomeados por flores. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme parecer nº 1.946.152, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

Experiências destacadas sobre o cuidado ao luto

Havendo poucos estudos sobre o assunto, principalmente no Brasil, o material descoberto e agrupado abaixo revelou a existência de diversas possibilidades de intervenções na família enlutada, sugerindo, ainda, outras formas de cuidado, como ilustrado no *quadro 1* a seguir:

Quadro 1. Relação de artigos utilizados na revisão

Ano	Local	Autores	Instituição	Público-alvo	Intervenções realizadas	Sugestões de outras intervenções
2005	Brasil	Bolzi e Castoldi[15]	Hospital pediátrico	Pais	Contato telefônico; Carta; *E-mail*; Visita domiciliar	Grupos
2006	Brasil	Labate e Barros[16]	Instituição filantrópica	Filhas (adultas)	Visita domiciliar	Não houve
2014	Brasil	Morelli, Scorsolini-Comin e Santos[17]	Rede de contatos	Pais	Aconselhamento psicológico	Outros profissionais; Diversos locais
2004	Nova Zelândia e Austrália	DeCinque et al.[18]	Unidade de oncopediatria	Pais e irmãos	Grupos; Cerimoniais/Rituais; Informação/Educação; Assistência financeira; Contato telefônico; Visita domiciliar	Educação da família e equipe; Recursos materiais e pessoais; Outros serviços disponíveis
2012	Brasil	Pascoal[19]	Maternidade	Pais	Grupo fechado	Publicação de trabalhos para divulgação
2006	Israel	Stein et al.[20]	Unidade de oncopediatria	Pais, irmãos, familiares	Carta; Grupo pais e irmãos; Palestras; Visita domiciliar	Não houve
2008	Canadá	D'Agostino et al.[21]	Hospital pediátrico	Pais	Grupo focal	Apoio pelo hospital, diversificado e flexível; Materiais informativos; Atividades sociais
2016	Paris	Kentish-Barnes, Schevret e Azoulay[22]	Hospital universitário	Família (adultos)	Carta de condolências	Não houve

Fonte: Elaboração própria.

Identificou-se uma tendência de trabalhos voltados à assistência de pais enlutados, realizados em hospitais pediátricos, diferindo da realidade do hospital aqui estudado, no qual a maioria da população atendida era de adultos e idosos[23]. Em número significativamente menor, apareceram os estudos que se propuseram a avaliar a efetividade do cuidado prestado.

A experiência desta investigação sobre o cuidado ao luto

As intervenções tiveram início em 2011, visando auxiliar nas demandas dos familiares que retornaram espontaneamente ao hospital, manifestando dificuldades no enfrentamento do luto. Assim, a partir da compreensão da equipe

sobre sua corresponsabilidade neste cuidado e a possibilidade de continuidade da assistência após a morte, iniciaram-se reflexões sobre possíveis intervenções para auxiliar as famílias.

Atualmente, são realizadas as seguintes:

a) Entrega de *folder* informativo sobre os sentimentos naturais ao processo de luto e funeral; orientações sobre morte, serviço funerário, declaração e certidão de óbito, pensão por morte e seguro de vida.

b) Envio de carta de condolências aos familiares, para o endereço do falecido cadastrado no sistema do hospital, com informações sobre os sentimentos naturais ao processo de luto, e convite para participação no GAL para aqueles que identificarem dificuldades para o seu enfrentamento.

c) Contato telefônico com o familiar do usuário constante no cadastro, com objetivo de recuperar o vínculo construído durante a internação, oferecer acolhimento e condolências pela perda, além de apresentar a proposta do GAL.

O GAL tem caráter aberto, voltado aos familiares de usuários que faleceram no hospital. Os encontros ocorrem duas vezes ao mês, com duração aproximada de uma hora, coordenados por uma terapeuta ocupacional e uma psicóloga. A participação é livre.

Também são incluídas, para participação no grupo, famílias de pacientes falecidos até mesmo em outros locais, cujos óbitos a equipe acaba por ter conhecimento, quando é o caso de ter sido constituído vínculo entre tais famílias e a equipe, durante a internação do falecido.

Resultados das entrevistas

No período da pesquisa, participaram do GAL 15 familiares; 8 compareceram à entrevista. Em três casos, o óbito ocorreu em outra instituição de saúde. Os dados dos entrevistados ilustram o *quadro 2*, a seguir:

Quadro 2. Perfil sociodemográfico dos entrevistados

	BMO*	ECRLB*	SLB*	BASR*	EGM*	NAL*	MRSB*	MJRL*
Grau de parentesco	Esposa	Filha (mãe)	Genro (sogra)	Esposa	Esposa	Filha (mãe)	Filha (mãe)	Esposa
Idade	65	40	38	60	77	67	51	65
Sexo	F	F	M	F	F	F	F	F
Escolaridade	Até 2º ano do ensino médio	Ensino médio	Ensino médio	Até 4º ano do ensino fundamental	Ensino fundamental	Até 4º ano do ensino fundamental	Pós-graduação	Ensino médio
Renda (R$)	1.200,00	3.500,00	3.000,00	1.900,00	558,00	1.200,00	7.000,00	1.005,00
Ocupação/profissão	Do lar	Agenciadora	Metalúrgico	Do lar	Aposentada por invalidez	Do lar	Pedagoga	Do lar
Município	Araraquara	Araraquara	Araraquara	Araraquara	Américo Brasiliense	Américo Brasiliense	Araraquara	Rincão
Data do óbito	31/01/2016	06/11/2015	06/11/2015	27/07/2016	08/08/2016	05/09/2016	23/11/2016	21/04/2016
Quantidade de participação	6	5	1	4	3	2	2	1
Local do óbito	Hospital do estudo	Outro hospital do município de origem	Outro hospital do município de origem	Hospital do estudo	Hospital do estudo	Hospital do estudo	Hospital do estudo	Pronto atendimento do município de origem

Fonte: Elaboração própria.

*Iniciais dos nomes dos entrevistados.

A representação feminina permitiu relacionar a busca por ajuda à questão de gênero, talvez porque as mulheres demonstrassem mais facilidade, inclusive, de reconhecer suas fragilidades. Porém, a pouca representação de homens não esteve vinculada à ausência de sofrimento, mas comportava a interpretação de estar atrelada a questões culturais, que dificultavam o reconhecimento e a manifestação de necessidade e busca de ajuda.

EXPERIÊNCIA APÓS A PERDA, DIFICULDADES VIVENCIADAS E NECESSIDADES IDENTIFICADAS PELAS FAMÍLIAS

Durante a experiência do processo de luto, as famílias identificaram solidão, sentimento de vazio, tristeza e lembranças doloridas, as quais também foram mencionadas como dificuldades que se refletiram na demanda apontada como necessidade de receber conforto e de alguém para dar apoio, de compreender a perda e encontrar forças para enfrentar o por vir. Foi possível perceber uma relação, e até certa constância, entre as experiências, dificuldades e necessidades que permearam o luto vivenciado pelos entrevistados, estando umas vinculadas às outras.

Na visão de Rosa, a experiência se iniciou no momento da notícia da morte. Ela também destacou a importância da forma de comunicação do óbito, como citado a seguir:

> *Apesar de ter sido muito difícil, porque a gente não espera o momento, a gente sabe que vai acontecer. [...] ter levado aquele choque [...]. Eu me senti amparada, e eu senti que, se tivesse alguma necessidade, naquele momento, eu poderia contar com [...] essa ajuda, com a ajuda de vocês.* (Rosa).

Para Girassol, o difícil foi a alteração da rotina e dos papéis na dinâmica familiar, e a necessidade de aprender novas atividades, conforme o relatado a seguir:

> *Muitas dificuldades* [risos], *muitas, porque a gente era assim, sabe?, ela era meu braço direito. Então, eu tive muitas dificuldades, não foram poucas, não... 'Ah, como assim, cuidar da casa, cuidar dos meus filhos?'. Porque era mais ela que cuidava do que eu, que mais trabalhava. Então, é cuidar dos filhos e manter a casa em ordem, com comida, essas coisas... É fazer. Eu estou tentando andar no ritmo dela. É difícil, sim. Não estou 100%, estou 50* [%] *ainda.* (Girassol).

O adoecimento físico posterior à finalização das questões burocráticas que envolvem o funeral também foi identificado por uma das entrevistadas, pelo impacto da situação, tendo sido importante sua recuperação física e mental nessa primeira etapa, para que ela conseguisse realizar a seguinte, também de muito sofrimento, que foi a reorganização estrutural do domicílio, que havia sido alterado mediante os cuidados, materiais e equipamentos utilizados pelo falecido, que, então, deixaram de ser necessários.

Se desfazer dos pertences apareceu como uma dificuldade significativa para algumas famílias. Segundo Rosa, o difícil *"não é se desfazer, mas se distanciar das coisas"*. Somada a isso, esteve a dificuldade de lidar com a ausência do falecido na dinâmica familiar e não mais compartilhar experiências com ele.

A dor sentida pela perda se refletiu, muitas vezes, em falta de motivação para realizar atividades rotineiras no domicílio, como assistir televisão e fazer as refeições, pois tudo remetia à lembrança das atividades realizadas junto ao falecido, às recordações de gostos e preferências. E igualmente difícil foi resgatar as atividades sociais, antes também feitas em conjunto.

Para a maioria dos participantes da pesquisa, a mudança foi impactante, pois veio acompanhada de outros conflitos emocionais, desunião familiar e problemas financeiros devidos às despesas com o tratamento de saúde do falecido e com o funeral, além da diminuição significativa da renda da família, refletindo em outras dificuldades sentidas por conta da vulnerabilidade social, o que potencializou o sofrimento, conforme evidenciado a seguir:

Dificuldade, porque eu não herdei a pensão dele e fiquei endividada. Tomava dinheiro a juros para comprar o remédio dele; tomava emprestado sem juros. Comprava fiado em quitanda, farmácia, em tudo. Eu comprava porque eu queria que ele levantasse. Então, eu queria cuidar. Aí, quando Deus recolheu, eu fiquei endividada. Aí, hoje, eu estou lutando. Se eu falar pr'ocê, eu não tô mentindo: eu já fiquei sem comer depois que ele foi. (Tulipa).

Entre a ajuda de que necessita, a grande maioria dos entrevistados identificou a importância de receber apoio, a necessidade de retomar a vida e a rotina, a importância da religião e a realização de atividades de autocuidado, que, na maior parte dos casos, foram deixadas de lado, para que o familiar somente cuidasse do doente, como aparece na seguinte verbalização:

Apoio do nosso convívio, das pessoas que nos rodeiam. Dependendo do apoio que ela nos dá, então, só faz com que a gente fique fortificada. De certos meses pra cá, eu estou procurando me cuidar, correr atrás das coisas minhas, pra mim. Principalmente, de saúde, não é? (Jasmim).

Necessidade de espaços de expressão, além de contato com outras pessoas que estivessem vivenciando a mesma situação, pois, assim, conseguiam compreender as reações diante do luto e sua naturalidade, como mencionado na fala a seguir:

Eu acho que, principalmente, ouvir [...] o que a família está sentindo. Eu acho que, às vezes, você, só de falar sobre aquilo, colocar o dedinho na ferida ali [...] já vai [...] conseguindo elaborar, na sua cabeça, as coisas que estão acontecendo. Vai percebendo: 'Puxa vida, isso é normal'. 'Puxa vida, eu também vou morrer'. [...] ou pensando, questionando. Vai falando e, às vezes, algumas questões no grupo, você consegue ver o outro com situações piores. E/ou elucidando algumas coisas na sua cabeça, pra que você possa lidar melhor com a situação. (Rosa).

Outros pontos importantes sobre os entrevistados foram o sofrimento e as dificuldades, mesmo diante de mortes previsíveis, pois nem todos tiveram resiliência para enfrentá-las sozinhos. Porém, um pequeno número de estudos de luto por mortes consideradas mais naturais foi abordado, o que permitiu alguma reflexão sobre a possibilidade – uma perspectiva contrária aos dados da pesquisa – de um enfrentamento do luto de forma menos dolorosa frente a perdas já esperadas.

Apesar de apresentarem algumas semelhanças, foram diversas as maneiras com as quais os familiares demonstraram lidar com as perdas, de algum modo diretamente relacionadas à quantidade de participações no grupo. A forma como os familiares lidaram com o luto pode ter influenciado a percepção que tiveram sobre pessoas conhecidas em momentos de sofrimento, padrões estabelecidos na sociedade e dinâmicas familiares, nas quais foi possível haver espaço para a expressão dos sentimentos ou a inibição das manifestações[3].

A estrutura familiar foi algo mutável pela ausência do falecido, mas seu funcionamento também foi passível de se manter inalterado[2]. No estudo, houve casos de famílias que possuíam melhores relacionamentos e se apoiaram, mas também, houve famílias desestruturadas, nas quais os conflitos se intensificaram e nem a perda foi capaz de alterar essas condições.

Embora existisse uma expectativa social de compaixão diante da perda, que representou um momento doloroso, no qual a união devia ter prevalecido, a realidade se mostrou diferente disso, como aparece na fala de Amaranto:

Eu achava que a gente ia se unir, e num houve isso. Então, eu me uni, ontem, com minha irmã, a 'N', que vinha aqui, e o 'E'. E agora, a 'R', a mais nova, ela deu as costas pra nós. Então, ela foge de nós, eu não sei por quê. Eles invadiram a casa da minha mãe, que nem cigano [...] eles mudaram de noite, acho que de medo de nós falarmos alguma coisa. Eles, com nós, falaram até de bater em nós ali na rua. Então, [...] está sendo muito triste. Ela vê a gente, ela corre d'a gente. Então [...], aí,

> *está sendo muito triste* [emoção] *[...] eu achava que [...] devia ter união, pr'a gente passar essa dificuldade, pra poder conversar entre os irmãos. Que eu acho que, conversando com um, com outra, a gente podia distrair a cabeça da gente. Mas, não tem isso daí. Então, ficou essa desunião entre a família.* (Amaranto).

Outra alteração importante na estrutura da família encontrada nas entrevistas esteve voltada, também, para um imaginário social, em torno da representação da figura masculina. O falecimento de um indivíduo do sexo masculino, por vezes, denotou uma maior desestruturação do núcleo familiar, muitas vezes visto como frágil e suscetível a abusos quando algumas pessoas percebiam a fragilidade da figura feminina na pessoa do familiar que havia sofrido a perda.

Adônis relatou a experiência desagradável de presenciar um desentendimento de sua filha com o ex-marido, no portão de sua casa, acreditando que a postura do ex-genro teria sido diferente se seu falecido esposo estivesse presente naquele momento, pela representação de respeito e até autoridade que se impunha com a presença do homem, do pai. A mesma sensação se repetiu posteriormente, quando passou a observar a postura de seu neto, uma criança de 9 anos, que passou a se autointitular *"o homem da casa"*.

PERCEPÇÕES DAS FAMÍLIAS EM RELAÇÃO ÀS INTERVENÇÕES REALIZADAS PELO HOSPITAL

Em cinco óbitos ocorridos no hospital, nenhum dos familiares recebeu o *folder* 'Lidando com a perda', o que evidencia falha significativa na entrega, pela equipe responsável. Para compreender o motivo da ausência ou pouca adesão à entrega do *folder*, foi realizada uma reunião entre as equipes elaboradoras do material e a responsável pela entrega, para rediscussão e melhor alinhamento das questões. Em relação ao contato telefônico, apenas duas pessoas não foram contempladas, o que acabou por ser resolvido mediante entrega de convite e carta realizada pessoalmente, dias antes do encontro do grupo, a uma delas, que participava de seguimento psicológico individual no ambulatório do hospital.

Todos os outros entrevistados expressaram o importante significado do contato telefônico, que os fez não se sentirem mais sozinhos, por serem lembrados, por terem alguém preocupado com seu sofrimento, conforme verificado na fala a seguir:

> *Eu chorei de alegria. Fiquei, chorei, falei: 'Tá vendo?'. Falei com o menino: 'Tá vendo? Seu pai foi, mas eu fiquei e estou lembrada!'. Fiquei muito feliz! Porque, se fosse um hospital que não tivesse cuidado, tivesse carinho, morreu, tirou, passava pra outros, não é? E 'ôces, não. Ficou encarando eu, sabendo que a perca foi grande. Deus levou ele e eu preciso de... de carinho, de amor, né? Não fiquei sozinha, fiquei com Deus e fiquei com todos, pode ter certeza, viu?!* (Tulipa).

Foi unânime também o fato de que não esperavam pelo contato de alguém, nem contavam com a existência de um espaço para cuidado do sofrimento pelo luto. Rosa relatou que gostou da ideia, se sentiu mais tranquila com a ligação, também porque não precisou procurar por outro profissional, evitando um investimento financeiro que, muitas vezes, se torna um empecilho à realização do tratamento. Jasmim mencionou que sua filha até estava em busca de ajuda profissional para ela, mas acabou optando por participar do grupo de acolhimento.

Em relação à carta, todos receberam e relataram sentir conforto ao lê-la, por saberem que existiam pessoas que se importavam com seus sentimentos naquele momento, o que provocou-lhes um sentimento de felicidade.

O contato telefônico e a carta se mostraram importantes para os familiares, por fazerem com que se sentissem valorizados em suas dores, proporcionando acolhimento e consolo para aqueles que os receberam, podendo até amenizar-lhes o sentimento de vazio e solidão, como ilustrado a seguir:

> *Apareceu na hora certa, a gente estava sentindo uma espécie de um vazio e, na hora, a gente imaginou que era aqui que a gente ia preencher. Porque a gente sabia que ia poder trocar informação sobre o que a gente estava sentindo, e que essas pessoas iriam entender.* (Gerânio).

Lavanda não compreendeu as informações da carta e só foi entender do que se tratava após o contato telefônico. Apesar de se justificar pela dificuldade na organização do pensamento frente ao momento difícil vivenciado, ela demonstrou também a necessidade de uma carta com uma escrita mais clara e objetiva, para que, assim, possa alcançar seu objetivo efetivamente.

> *Então, aí, eu lia, mas eu não entendia direito, a cabeça ainda estava confusinha, não entendia. Eu lia, eu sabia que era daqui, mas eu não estava entendendo. Aí, foi aonde que a moça me ligou. A psicóloga [...] me explicou que era pra vir aqui, tudo direitinho. Aí que eu entendi que era pra vir aqui, pra participar do grupo.* (Lavanda).

Como a carta era enviada para o endereço do usuário falecido e o telefonema, dado somente a uma pessoa, nem todos os familiares foram beneficiados por essas intervenções. Sendo assim, não se pode desconsiderar a possibilidade de existirem famílias que não tenham se sentido agradadas com essas ações, apesar de essa informação não aparecer nas entrevistas. Os objetivos da carta foram constantemente revisados e, a partir das dificuldades relatadas por Lavanda, mudanças foram realizadas na escrita para favorecer o entendimento daquele que iria ler a correspondência.

Em relação à participação no GAL, as famílias relataram que foram em busca do apoio que estava sendo ofertado, por experimentarem angústia, sofrimento, desespero, sentimentos ruins e desmotivação. O grupo lhes oferecia a possibilidade de conversarem com alguém sobre o que sentiam, pois a vida já tinha voltado ao 'normal' para a maioria das pessoas ao seu redor, e alguns não tinham espaço para falar sobre o assunto; e aqueles que tinham, não queriam atrapalhar o andamento da vida dos outros. Portanto, a questão não era só a falta de uma oportunidade de expressão, mas o tipo de espaço que aquele grupo significaria, o que ele teria a oferecer e quem seria aquele que iria ouvir. A manutenção da participação e a frequência ocorreram livremente, de acordo com a demanda da família, que deixa de comparecer ao grupo na medida em que ia conseguindo se inserir em outras atividades, retomando sua rotina.

Todos verbalizaram que conseguiram enfrentar o momento de sofrimento devido ao cuidado recebido no grupo, e a cada encontro se sentiam mais fortalecidos. Começaram a entender que não eram só eles que passavam por aquela dor, e não se sentiam sozinhos. Além de compreenderem os sentimentos vivenciados frente à perda e a naturalidade de alguns deles, puderam identificar estratégias favoráveis, que auxiliaram no enfrentamento, por compartilharem as experiências e se fortalecerem. O grupo também lhes proporcionou uma condição melhor para lidar com a situação e superar as dificuldades, pela ressignificação da vida, pois aprenderam a conviver com a ausência do falecido e se permitiram sentir felicidade novamente, como exemplificado na fala a seguir:

> *Ah, indicaria. Já indiquei! Porque eu sou feliz por isso. [...] Às vezes, você está conversando, tem uma assim, pra baixo. Eu falo: 'Procura o AME. Lá eles conversam com a gente, dão apoio'. Por isso que eu estou aqui. Eu compro, eu vou no mercado, eu vou na igreja, eu converso, eu rio. De primeiro, você viu como eu entrei aqui, não dava nem pra conversa. E hoje, eu já passo pros outro. Eles vai em casa, a gente encontra no caminho, dentro do ônibus, e todo mundo conversando. Então, nasceu daqui, porque do jeito que eu estava, eu pensava que eu não ida durar, achava que eu não ia escapar.* (Tulipa).

Gerânio relatou que foi mais difícil superar o processo sozinho, e o grupo facilitou o

enfrentamento. Lavanda relatou que *"foi abrindo sua mente"* e, assim, foi possível entender o ciclo da vida e a naturalidade de algumas situações, como a morte e os sentimentos diante da perda.

Não é todo acontecimento doloroso que repercutirá prejudicialmente na vida do indivíduo; alguns possuem recursos internos para enfrentar o momento traumático. Cada pessoa vivenciará o processo de luto à sua maneira, e a forma de enfrentamento terá a influência de fatores como a cultura em relação à morte, vivência de outros conflitos emocionais concomitantes, situação financeira e relação com o falecido[3].

Nem todas as famílias têm necessidade do apoio do grupo. É difícil estabelecer o que é normal ou saudável nesse processo, e alguns pesquisadores questionam até o real benefício de estipular normas para algo tão singular[3-7,9,14-17]. Existe um tempo determinado socialmente para lidar com a perda e retomar a rotina. São determinados dias específicos para os parentes de primeiro grau, sem considerar o vínculo das outras pessoas. É como se alguém dissesse: *"Pronto, seu tempo terminou! Volte ao trabalho; as crianças, para a escola. Tudo 'normal', você tem que seguir com a vida agora"*. Estas determinações desconsideram o tempo singular de cada um para lidar com a situação, desconsideram a possibilidade de continuidade do apoio e compartilhamento com a família porque as pessoas *"precisam voltar à rotina 'normal'"*, limitando o apoio entre elas, o que reflete em outras ausências em momentos nos quais a presença é importante.

A não participação de algumas famílias no grupo também pode estar relacionada à necessidade de retomada das atividades. A dificuldade para o enfrentamento da perda pode estar relacionada à dificuldade de sentido desta vivência. A busca de sentido e a construção de significado para a morte podem ser compartilhadas dentro da dinâmica familiar ou construídas individualmente[3]. E o modo de enfrentamento de um membro pode afetar o de outros; pode surgir um revezamento dos papéis, nas responsabilidades e no apoio, focando naqueles com sofrimento mais intenso.

Deve-se considerar que, talvez os próprios membros não consigam atender às necessidades emocionais, uns dos outros, podendo ser necessária ajuda externa, o que corrobora a fala a seguir:

> *As dificuldades eram as recaídas que cada um teve, emocionalmente. E a gente tinha que, de alguma forma, levar uma palavra amiga, de conforto pra essa pessoa. E ainda bem que a gente teve como, porque a gente conseguia esse apoio aqui e repassava. A orientação que era dada, a gente usava na prática.* (Gerânio).

Evidenciou-se que as intervenções não se limitavam apenas ao familiar que estava recebendo o cuidado, mas favoreceram os demais membros do núcleo. E não se limitou apenas àquele momento, mas refletiu-se ao longo do tempo:

> *Então, tudo que vocês, tudo o que nós conversamos, as minhas vindas ao encontro de vocês, e tudo, só me fez crescer e mudar muito os pensamentos que eu tinha dentro de mim, entendeu? Eu ficava apavorada: 'Meu Deus, o que eu vou fazer sozinha e Deus dentro de casa?'. Eu pensava, pensava e, depois, Deus parece que ponhava as palavras de vocês naquele grilozinho [...] Seguir meu caminho, procurar me ajudar nos meus momentos de dor também – que a gente também sente dor, não é só essa – e procurar algo pra que eu possa viver bem, não é?* (Jasmim).

Visto que o apoio da rede social pode ser limitado em função do tempo determinado para o retorno às atividades, é importante existir a oferta de cuidado em outros locais, e a articulação entre os diversos setores de serviços, com a proposta de auxiliar os familiares a darem os passos iniciais no enfrentamento. A equipe que realiza as intervenções no hospital estudado ainda falha na articulação com os demais serviços, que é realizada esporádica e pontualmente.

Uma forma de realização do cuidado, mencionada com relevância nas publicações sobre intervenções de luto, foi a visita domiciliar feita pela equipe que assistia o falecido e sua família, a qual se mostrou importante e benéfica para o enfrentamento, por parte dos enlutados. A equipe do hospital identifica dificuldades para incluir essa intervenção, pela necessidade de recursos humanos e de deslocamentos, devido à distância significativa entre alguns municípios.

VISÕES DAS FAMÍLIAS QUANTO AO FATO DE O SUPORTE AO LUTO SER REALIZADO POR UM HOSPITAL

Sobre o apoio ser ofertado no hospital, os participantes foram unânimes ao relatar os benefícios disso ao enfrentamento. Eles elogiaram a iniciativa e ficaram admirados com esse tipo de cuidado avaliando-o como importante, visto que foi naquele local que tudo começou. Era importante contar com tal iniciativa naquela outra fase, diferente da que teve início com a doença, e não finalizou com a morte. Eles entendiam que a assistência poderia ter terminado, mas teve continuidade com a família, como se vê a seguir:

> *Eu acho que não teria lugar melhor, porque foi aqui que tudo se iniciou, e você já estava acolhido. Então, era mais uma fase. Esse acolhimento continuou, mesmo depois da perca. Essa foi a impressão que deu. Seria fácil acabar ali, mas não acaba ali. E isso é muito importante. Foi muito bom.* (Gerânio).

Também ficou evidente que mesmo algumas famílias que conheciam outras maneiras de procurar auxílio optaram por receber o cuidado no hospital, pelo bom vínculo estabelecido durante a hospitalização do falecido e pela confiança no trabalho da equipe, reforçando a relevância, para elas, da oferta de cuidado em um local já conhecido. Ainda que aquele fosse o mesmo lugar da perda, voltar ao hospital não representou um problema. Além disso, muitos não encontraram dificuldades para retornar devido à proximidade de suas residências e a facilidade de deslocamento para o hospital.

No entanto, dois fatos relevantes foram mencionados como dificuldades pelos participantes: a falta de condições financeiras para buscar ajuda em outro local e a distância do hospital em relação a muitos dos municípios atendidos. De fato, não houve participação de famílias de municípios mais afastados.

Rosa relatou que sua irmã não conseguiu participar do grupo, pois tinha dificuldades para retornar ao hospital. Ela acabou encontrando outras formas de apoio, através de terapias alternativas, que lhe fizeram mais sentido. A menção deste acontecimento demonstra a possibilidade de haver outras pessoas que até podem necessitar de cuidado, mas apresentam dificuldade, inclusive emocional, para retornar ao hospital, pela relação do ambiente com um momento de sofrimento.

Seis familiares relataram que a influência do cuidado recebido, tanto pelo usuário quanto por eles, durante o período de internação do falecido, também colaborou para o enfrentamento da morte, pela disponibilidade da equipe para orientar e prestar esclarecimentos sobre as condições clínicas do paciente, proporcionando confiança e segurança à família em relação às condutas, gerando tranquilidade mesmo diante da situação difícil. Eles sentiram que estavam sendo respeitados. Além disso, três familiares manifestaram reconhecer que a morte ocorreu porque aquele era o momento, pois o cuidado foi realizado até o final pela equipe. Eles compreenderam a finitude como natural ao ciclo da vida, o que auxiliou o processo de elaboração do luto, posteriormente. Estas manifestações são exemplificadas a seguir:

> *Ah, eu achei que eles me deram toda atenção e todo apoio. Desde quando ela ficou doente, tudo. Até quando ela faleceu, eu achei que teve muito apoio pra mim, me deram muita atenção. Porque, quando ela, que descobriu o que ela tinha, eles já falaram pra mim, e veio conversando comigo. Então, [...] antes de ela morrer, eu já estava ciente*

do que ia acontecer. Depois do pós-falecimento dela, vim aqui. Eu achei que foi influenciado muita coisa, sim. (Girassol).

Porque o doente, a família é tratada com carinho, com respeito e amor. A pessoa falece porque chegou a hora, porque é uma coisa que eu nunca tinha visto na minha vida, o tratamento aqui. Os médicos, os enfermeiros... Eu só tenho que agradecer do meu esposo ter ficado aqui [...] ajudou, tenho certeza, essa experiência que tive aqui com vocês, vou guardar no meu coração até o dia em que viver, porque, [...] eu sou muito agradecida, muito agradecida mesmo. (Lavanda).

O acompanhamento, pela família, do desenvolvimento da doença, do curso do tratamento e a compreensão do risco iminente de morte do paciente podem refletir em um enfrentamento do luto com menor impacto, embora não ausentem a dor e o sofrimento[24]. Fatos que contribuem para que a elaboração do luto ocorra sem maiores prejuízos: a compreensão de que tudo foi feito pelo paciente; que ele recebeu todos os cuidados necessários; e que a morte aconteceu de maneira natural. Tudo isto pode influenciar a ausência de manifestações de raiva ou revolta com a perda[25].

A boa comunicação é imprescindível: saber como, o quanto e quando se colocar; compreender os aspectos não verbais da troca de informações, principalmente ao transmitir uma notícia difícil, para qual, na maioria das vezes, nunca se está preparado[4].

A notificação do óbito deve ocorrer de imediato, sempre adaptada à cultura da pessoa, de forma simples e clara, em cada etapa, até nos momentos finais[26], como ilustra a fala a seguir:

Acredito [...] que é uma ação divina, [...] encaminhamento mesmo pra que as coisas fossem acontecendo e a gente fosse sendo amparado [...] porque pra me comunicar veio o médico, um psicólogo e uma assistente social. Então, foi [...] muito providencial mesmo, [...] essa foi a situação, apesar da idade, de toda dificuldade que ela vinha enfrentando. É muito difícil a gente receber essa notícia [...] agradeço até hoje a Deus, sempre que eu me lembro da situação [...] e aos profissionais que eu encontrei por conta [...] desse acolhimento que a gente teve aqui. (Rosa).

Dado que a Política Nacional de Humanização (PNH) se estabelece na perspectiva do coletivo da rede do Sistema Único de Saúde (SUS)[27], é indicado que haja planejamento para implantar ações de cuidados de luto, fortalecendo-as onde já existem, e que sejam realizadas coletiva e intersetorialmente. Assim, conforme as diretrizes da PNH, deve-se viabilizar as mudanças no processo de trabalho a partir da necessidade identificada, incluindo novas funções e novos sujeitos[28]. Porém, mais do que mero cumprimento de metas e diretrizes, trata-se aqui de romper com os limites da humanização enquanto conceito-sintoma[28], que paralisa a ação concreta de equipes e serviços em nome de uma idealização da humanização das práticas. Neste sentido, a experiência revela a insipiência do olhar do sistema de saúde, em seus vários espaços e organizações, para as necessidades dos enlutados e a oferta de cuidados adequados para cuidar dos que sofrem e costumam ser inibidos nesta situação.

Como reconhecem os formuladores da PNH[11,27,28], esta política precisa retomar o caminho instituinte de alterações nas práticas de saúde, da transformação da realidade, rompendo com as segmentações, hierarquizações e divisões corporativas e gerencialismos, que impactam negativamente a potência instituinte do 'que fazer'.

Ao se organizar em um coletivo de produção de cuidado e acolhimento ao familiar enlutado, a equipe do hospital estudado precisou encadear acertos de papéis e funções, induzindo ajustes sobre o 'como' e 'para que' fazer, ao incluir no leque das ações hospitalares um conjunto de práticas que progressivamente vão incluindo o luto no escopo do cuidado hospitalar, e não fora dele.

Evidenciando os sofrimentos e as dificuldades significativas vivenciadas por famílias enlutadas, que não podem ser esquecidas e

precisam de ajuda, induz-se a revelação de outras experiências dolorosas algumas vezes nem imaginadas previamente, não somente na intensidade com que atingem as famílias, mas no processo paulatino com que vão sensibilizando os trabalhadores envolvidos e, pode-se dizer, a própria organização.

Considerações finais

Comprovou-se a existência da demanda de assistência pelas famílias enlutadas. O estudo constatou os benefícios das intervenções e a importância do envolvimento do hospital nesse cuidado, embora não exclusivo.

Sofrimento e tristeza não são doenças. Não se deve patologizar o luto. Todo luto precisa ser olhado, apesar de nem todos os enlutados necessitarem de cuidado, o que ressalta a necessidade da existência de espaço a ser utilizado por aqueles que demandarem atenção. Ofertar cuidado ao enlutado auxilia no processo de elaboração das famílias, no resgate de prazer e continuidade da vida de quem permaneceu.

Todos os entrevistados que receberam cuidado no processo de luto, apesar da dificuldade e do sofrimento que vivenciaram e vivenciam, conseguiram ressignificar suas vidas, sem complicações, nesse processo. Vale ressaltar o sofrimento de famílias por mortes esperadas ou naturais. O idoso tem dificuldade de enfrentar a perda do cônjuge, por mais esperada que possa ser. E, para quem passa meses ou anos cuidando de um familiar doente, quando este último falece e finalmente 'descansa', isto não significa o descanso de quem fica, apenas o alívio pelo fim do sofrimento do ente querido.

Propõe-se o cuidado à demanda de famílias em luto, em seu local de atuação, espaço e possibilidade de implantação de intervenção. Iniciado o cuidado, articulem-se os serviços, avalie-se o cumprimento dos objetivos e divulguem-se os resultados, para que o luto passe a fazer parte da atenção integral em saúde no Brasil.

Entender essa dimensão do cuidado implica enfrentar as amarras do convencional, seja na formalização de protocolos e *guidelines* que desconsideram a continuidade do cuidado às famílias de quem morre no hospital, seja na transformação dos processos de trabalho, na organização interna e no agenciamento de novos papéis e relações para os que se envolvem com essa tarefa, capaz de transformar a realidade e as percepções de quem a ela se dedica.

Ao se adotar a perspectiva do sujeito implicado, crê-se que muito importante no presente estudo tenha sido a obtenção, por parte dos autores, de uma permissão epistêmica para interrogar os 'instituídos' (pesquisador, equipe, hospital) no seu silêncio, abrindo-os para novos territórios de significação, formatando processos geradores de 'ruídos' no agir cotidiano, pondo-os sob análise. Como se dá com a aposta que se advoga, de que a implicação do sujeito permite constituir dispositivos analíticos nos quais indivíduos e coletivos em ação podem não somente operar, mas também praticar uma autoanálise[29].

Colaboradores

Aciole GG (0000-0002-6400-8293)* orientou a investigação original, contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação de dados; revisão crítica do conteúdo; elaboração e aprovação da versão final do manuscrito. Bergamo DC (0000-0001-9097-6662)* realizou a investigação original, contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo e elaboração da versão inicial e final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Franqueira AMR, Magalhães AS, Feres-Carneiro T. O luto pelo filho adulto sob a ótica das mães. Estud. Psicol. (Campinas, Online) [internet]. 2015 [acesso em 2016 jan 31]; 32(3):487-497. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php.script=sci_arttext&pid=S0103166X2015000300487&lng=en&nrm=iso.

2. Parkes CM. Luto: estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus; 1998.

3. Rosenblatt PC, Wieling E. Luto, Trauma psicológico e problemas relacionais no contexto cultural. In: Santos FS, editor. Tratado brasileiro sobre perdas e luto. São Paulo: Atheneu; 2014. p. 265-274.

4. Silva MJP, Araujo MMT. Comunicação em cuidados paliativos. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, organizador. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009. p. 49-57.

5. Kovacs MJ. Educação para a morte: temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

6. Bromberg MHPF. A Psicoterapia em situações de perdas e luto. Campinas: Editorial PsyII; 1994.

7. Kovacs MJ. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. Paidéia (Ribeirão Preto, Online). [internet]. 2008 [acesso em 2016 jan 29]; 18(41):457-468. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103863X2008000300004&lng=en&nrm=iso.

8. Onocko-Campos R. Humano, demasiado humano: uma abordagem do mal-estar na instituição hospitalar. In: Onocko-Campos R. Psicanálise e saúde coletiva: interfaces. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 57-76.

9. Pessini L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. Rev. bioét. [internet]. 2002 [acesso 2018 fev 10]; 10(2):51-72. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/214.

10. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno Humaniza SUS: Atenção hospitalar. v. 3. Brasília, DF: MS, 2011.

11. Campos GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? Interface comun. saúde educ. 2005; 9(17):398-403.

12. Martins Filho MT, Narvai PC. O sujeito implicado e a produção de conhecimento científico. Saúde debate. 2013, 37(99):646-654.

13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

14. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

15. Bolze SDA, Castoldi L. O acompanhamento familiar antes e depois da morte da criança: uma proposta de intervenção para o psicólogo hospitalar. Aletheia. [internet]. 2005 [acesso em 2016 jul 28]; 21:79-91. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413--03942005000100008&lng=pt&nrm=iso.

16. Labate RC, Barros GC. Uma possibilidade de escuta a uma família enlutada: ressignificando a experiência de perda. Rev. SPAGESP. [internet]. 2006 [acesso em 2016 jul 29]; 7(1):50-57. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702006000100007&lng=pt&nrm=iso.

17. Morelli AB, Scorsolini-Comin F, Santos MA. Elementos para uma Intervenção em Aconselhamento Psicológico com Pais Enlutados. Psico. 2014, 45(4):434-444.

18. DeCinque N, Monterosso L, Dadd G, et al. Bereavement support for families following the death of a child from cancer: practice characteristics of Australian and New Zealand paediatric oncology units. J. paediatr. child health. [internet]. 2004 [acesso em 2017 nov 5]; 40(3):131-135. Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/wol1/doi/10.1111/j.1440-1754.2004.00313.x/full.

19. Pascoal M. Trabalho em grupo com enlutados. Psicol. Estud. (Online). 2012; 17(4):725-729.

20. Stein J, Peles-Borz A, Buchval I, et al. The bereavement visit in pediatric oncology. J. clin. oncol. [internet]. 2006 [acesso em 2017 nov 5]; 24(22):3705-3707. Disponível em: http://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JCO.2006.05.005.

21. D'Agostino NM, Berlin-Romalis D, Jovcevska V, et al. Parents' perspectives on their needs. Palliat. support care. [internet]. 2008 [acesso em 2017 nov 5]; 6(1):33-41. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/journals/palliative-and-supportive- care/article/bereaved-parents-perspectives-on-theirneeds/04A5C71EFAD47DE56351851B696FBD4A.

22. Kentish-Barbes N, Schevret S, Azoulay E. Impact of the condolence letter on the experience of bereaved families after a death in intensive care: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. [internet]. 2016 [acesso em 2017 jul 2]; 17(102):1-6. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/295398267_Impact_of_the_condolence_letter_on_the_experience_of_bereaved_families_after_a_death_in_intensive_care_Study_protocol_for_a_randomized_controlled_trial.

23. Bergamo DC. Cuidado à família enlutada: ações realizadas em um hospital público do interior do Estado de São Paulo. [dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2018. 82 p.

24. Fonseca JP. Luto antecipatório: situações que se vive diante de uma morte anunciada. In: Santos, FS, editor. Tratado brasileiro sobre perdas e luto. São Paulo: Atheneu; 2014. p. 145-154.

25. Shapiro ER. Luto e crescimento como processos familiares: perspectivas dos sistemas culturais e de desenvolvimento. In: Santos FS, editor. Tratado brasileiro sobre perdas e luto. São Paulo: Atheneu; 2014. p. 275-292.

26. Genezini, D. Assistência ao luto. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, organizador. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009. p. 321-330.

27. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF: MS; 2004.

28. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface comun. saúde educ. 2005; 9(17):389-394.

29. Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Franco TB, Peres MAA, organizadores. Acolher Chapecó. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec; 2004. v. 1, p. 21-45.

Recebido em 22/01/2019
Aprovado em 24/06/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

A perspectiva dos profissionais sobre o processo de alta de pacientes do Caps-AD: critérios e dificuldades

The professionals' perspective on the patient discharge process of the Caps-AD: criteria and difficulties

Lennon Leonardo Pereira da Silva[1], Anderson Batista de Almeida[1], Tatiana de Castro Amato[1,2]

DOI: 10.1590/0103-1104201912213

RESUMO O objetivo foi compreender como ocorre o processo de alta de pacientes do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps-AD), na perspectiva dos profissionais. Foram investigados os critérios de alta utilizados pelas instituições (Caps-AD), pelos profissionais e as dificuldades encontradas durante o processo de alta. A metodologia foi qualitativa, por meio de entrevistas em profundidade realizadas com dezesseis profissionais atuantes em cinco Caps-AD de São Paulo. O recrutamento ocorreu por bola de neve, e o material foi transcrito e submetido à análise de conteúdo. Observou-se que não há uma padronização e clareza dos critérios de alta nos Caps-AD. Os profissionais consideraram como critérios de alta: mudança no padrão de uso da substância, reinserção social, melhora no funcionamento psicológico e nas habilidades de enfrentamento do indivíduo e alcance dos objetivos estabelecidos. As maiores dificuldades encontradas foram divergências na equipe, onipotência dos profissionais, dificuldades relativas ao rompimento dos vínculos, dependência institucional, instabilidade dos pacientes e dificuldades na articulação com a rede de saúde. Os resultados expressam a complexidade e a amplitude da questão da alta em Caps-AD, uma vez que o processo é caracterizado pela articulação das dimensões sociais, econômicas, políticas, subjetivas e institucionais.

PALAVRAS-CHAVE Alta do paciente. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. Saúde mental.

ABSTRACT *The aim was to understand how the discharge process of patients at the Psychosocial Care Centers for Alcohol and Drugs (Caps-AD) occurs, from the professionals' perspective. The discharge criteria used by the institutions (Caps-AD), by the professionals and the difficulties encountered during the discharge process were investigated. The methodology was qualitative, through in-depth interviews carried out with sixteen professionals working in five Caps-AD at São Paulo. The recruitment was by snowball technique, and the material was transcribed and subjected to content analysis. It was observed that there is no standardization and clarity of the discharge criteria at the Caps-AD. The professionals considered as discharge criteria: change in the pattern of use of the substance, social reintegration, improvement in psychological functioning and coping skills of the individual and achievement of established goals. Most of the difficulties encountered were the differences in the team, professionals' omnipotence, difficulties related to the rupture of the bonds, institutional dependence, patient instability and difficulties in health*

[1] Universidade Anhembi Morumbi (UAM) – São Paulo (SP), Brasil.

[2] Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Núcleo de Pesquisa em Saúde e Uso de Substâncias (Nepsis) – São Paulo (SP), Brasil.

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

network articulation. The results express the complexity and amplitude of the discharge issue in Caps-AD, since the process is characterized by the articulation of social, economic, political, subjective and institutional dimensions.

KEYWORDS *Patient discharge. Substance-related disorders. Mental health.*

Introdução

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, que teve início em meados dos anos 1970, foi fortemente influenciada pelo movimento sanitário, que reivindicava novos modelos de atenção à saúde e revisão das práticas de cuidado, defendendo, também, o protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços no processo de saúde coletiva[1]. Ela surge, sobretudo, como tentativa de superação dos problemas relativos à violência asilar e como crítica ao modelo hospitalocêntrico vigente na época, no qual a alta do paciente era improvável de acontecer. A Lei nº 10.216, de 2001, redirecionou a assistência em saúde mental, estabelecendo que a clientela de longa permanência será alvo de política específica. A lei discorre sobre a regulamentação dos direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais e a proibição de internação em estruturas asilares[2].

Na perspectiva de ampliação da assistência em saúde mental, institui-se, em 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), com o intuito de efetivar a transição do modelo exclusivamente hospitalar para a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas, sendo o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) um desses dispositivos de cuidado[3].

O Caps é um dos principais equipamentos de saúde mental da nova rede assistencial. Em 2012, foi criado o Caps-AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), com objetivo de oferecer tratamento aos usuários com problemas relacionados ao uso e à dependência de álcool e outras drogas. As ações de cuidado propostas em sua criação são: atendimentos individuais e em grupo, atendimentos para desintoxicação no contexto ambulatorial, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimentos à família, atividades comunitárias e de reinserção social. As práticas objetivam a desconstrução do estigma frente ao tratamento, o desenvolvimento de práticas de lazer e o fortalecimento de vínculos[4].

Apesar de ser um modelo moderno e inovador de atenção à saúde mental, uma das críticas mais comumente feitas aos Caps diz respeito a quanto a sua amplitude pode tornar-se encarcerante e, com isso, repetir um dos aspectos do modelo anterior à reforma psiquiátrica, que refere-se à institucionalização do sujeito.

Um dos objetivos do tratamento no Caps é o desenvolvimento da autonomia do sujeito, a reconstrução dos laços familiares e sociais e o acompanhamento no processo de reinserção social dos seus usuários. A função do Caps é favorecer a articulação, a circulação e a inserção de seus usuários em seus territórios de relações, lugares e possibilidades, portanto, ele não deve se tornar o único lugar para um usuário. Sendo um serviço produtor de projetos de vida, deverá escapar do perigo de se tornar a vida de seus usuários. A alienação da técnica e a impossibilidade de alta apresentam-se como alguns dos perigos gerados no interior do próprio dispositivo[5].

A terminologia 'alta', no contexto da saúde, está fortemente relacionada com a intervenção médica. Segundo o 'Pequeno Dicionário de Termos Médicos'[6(22)], "dar alta a doente significa dar-lhe como capaz de sair da enfermaria,

curado, apto a viver fora do hospital". O processo de alta do paciente não tem sido objeto de investigação sistêmica na literatura nacional, tendo poucos achados em pesquisa feita na literatura internacional[7].

Embora os modelos de tratamento dos transtornos relacionados ao uso de substâncias de outros países não sejam semelhantes aos serviços assistenciais ofertados pelos Caps-AD, constatou-se que alguns programas de tratamento dos Estados Unidos defendem que a retenção de um ano de tratamento é necessária para o alcance de mudanças comportamentais positivas. Este estudo também observou que a alta prematura do paciente está relacionada a um risco maior para infecções sexualmente transmissíveis, aumento da taxa de mortalidade por overdose e aumento do risco de morte relacionada com a droga logo após a alta hospitalar[8]. Fica evidente a necessidade de cuidar desse processo de forma a minimizar os problemas decorrentes da persistência do uso, mas também de contextos de risco onde vivem os usuários. Outro estudo americano sobre a transição do tratamento residencial para ambulatorial apontou algumas prescrições no plano de alta: uso de medicamentos, incorporação da fé e/ou orações, recomendações de abstinência do álcool e outras drogas, participação nos programas de AA (Alcoólicos Anônimos) e NA (Narcóticos Anônimos) e programas de tratamento na comunidade[9]. Uma pesquisa brasileira sobre a evolução do consumo entre 131 usuários de crack admitidos em uma enfermaria de desintoxicação em São Paulo, apesar de não tratar diretamente do processo de alta, concluiu que a recorrência e a persistência do consumo nos anos pós-alta de tratamento refletem novas modalidades de uso[10].

Os atendimentos de usuários de drogas no Caps-AD e em toda rede de saúde e assistência ainda contam com a complexidade dos paradigmas que orientam as políticas e práticas profissionais nessa área. As políticas e os programas relacionados à redução de danos objetivam a diminuição dos danos à saúde, sociais e econômicos, que estão relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, podendo ou não coibir o uso[11]. Já o paradigma da abstinência, também presa por cuidados de saúde, no entanto, define que a meta de resultado possível para o tratamento é deixar de usar[12]. Tais divergências ideológicas e teóricas podem interferir diretamente no processo de alta do paciente, pois os critérios podem ser pensados a partir dos pressupostos que defendem. Na perspectiva da abstinência, cujo trabalho é orientado para remissão dos sintomas, a abstinência deve ser alcançada para que seja dada a conduta de alta. Enquanto na política de redução de danos, mais relacionada com a produção de saúde, autonomia e cuidado de si, a abstinência pode ser uma meta a ser alcançada, desde que seja pactuada com o paciente, e não imposta, porém, não é a condição essencial para a alta[12].

O contexto social e político da cidade de São Paulo é atravessado por diversas questões relativas à criação e à modificação de políticas públicas. Os níveis municipal, estadual e federal nem sempre convergem para as mesmas diretrizes. Em 2014, na região central de São Paulo conhecida como cracolândia, foi implementado o Programa De Braços Abertos (DBA), por meio do Decreto nº 55.067, de 28 de abril de 2014. O Programa tinha como principais diretrizes a atenção à saúde, com políticas de redução de riscos e danos, de prevenção do uso de drogas, de tratamento e da assistência social, além da oferta de alimentação, hospedagem e acesso a atividades ocupacionais e à renda por meio de frentes de trabalho e de qualificação profissional[13]. No mesmo território, havia instalado também o Programa Recomeço, do Governo do Estado, instituído em 9 de maio de 2013, através do Decreto nº 59.164, com o objetivo de promover ações de prevenção, tratamento e reinserção social, acesso à justiça e cidadania e de redução de situações de vulnerabilidade social e de saúde aos usuários de substâncias psicoativas[14]. Portanto, em 2015, momento em que a presente pesquisa foi feita, havia diferentes modelos acerca da oferta de cuidado aos usuários de drogas propostos

pela Prefeitura e pelo Governo do Estado. Atualmente, o Programa DBA foi substituído pelo Programa Redenção, que inicialmente teve como foco a internação dos usuários e o fim da Cracolândia, demonstrando como a disputa política por modelos de cuidado aos usuários de crack ainda é presente. Em 2019, o atual prefeito instituiu a Política Municipal sobre Álcool e outras Drogas de São Paulo[15], mesma época da Nova Política Nacional sobre Drogas, que foi instituída por meio do Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. A política nacional não dá ênfase às estratégias de redução de danos e apoia, inclusive financeiramente, o desenvolvimento e a estruturação de novas comunidades terapêuticas, além de defender que o tratamento tenha como objetivo que os usuários se mantenham abstinentes com relação ao uso de drogas[16].

Diante desse contexto complexo da oferta de seviços e diferentes políticas vigentes, seria fundamental ter clareza sobre critérios de alta do paciente fundamentais de serem respeitados. No entanto, foi constatada importante lacuna na literatura sobre as especificidades da alta e o fim do tratamento da dependência, principalmente no equipamento Caps-AD, demonstrando não haver critérios claros e estabelecidos quanto à indicação de alta dentro desse dispositivo. É de grande relevância a problematização da questão da alta de pacientes, para que profissionais e usuários do serviço vislumbrem o término do tratamento no Caps-AD como algo possível, ampliando o processo de reinserção social dos seus usuários para evitar a produção de outras formas de institucionalização do sujeito, não condizentes com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Desssa forma, este estudo buscou compreender como ocorre o processo de alta de pacientes no Caps-AD, na perspectiva dos profissionais. Foram investigados os critérios de alta utilizados pelas instituições (Caps-AD), pelos profissionais e as dificultades encontradas durante o proceso de alta. Os resultados podem contribuir para ampliar o conhecimento sobre os transtornos relacionados ao uso de substâncias, possibilitando uma reflexão que poderá orientar a prática dos profissionais atuantes nessa clínica e auxiliar no planejamento, na elaboração e no desfecho de projetos terapêuticos. A reflexão sobre esse assunto se torna relevante, pois trata-se de um tema que gera diversos questionamentos dentro da instituição Caps-AD, tanto dos profissionais quanto dos usuários do serviço.

Metodologia

Delineamento de pesquisa

Estudo de abordagem qualitativa, cuja coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais em profundidade, com profissionais que atuavam em Caps-AD da cidade de São Paulo, no ano de 2015.

Tal método foi escolhido por possibilitar a compreensão de um fenômeno social, pela atribuição de significado por cada um dos agentes envolvidos com relação ao problema investigado[17]. Além disso, possibilita a elucidação de novas hipóteses relacionadas ao tema ao final de uma pesquisa[18].

Procedimentos e instrumentos de coleta de dados

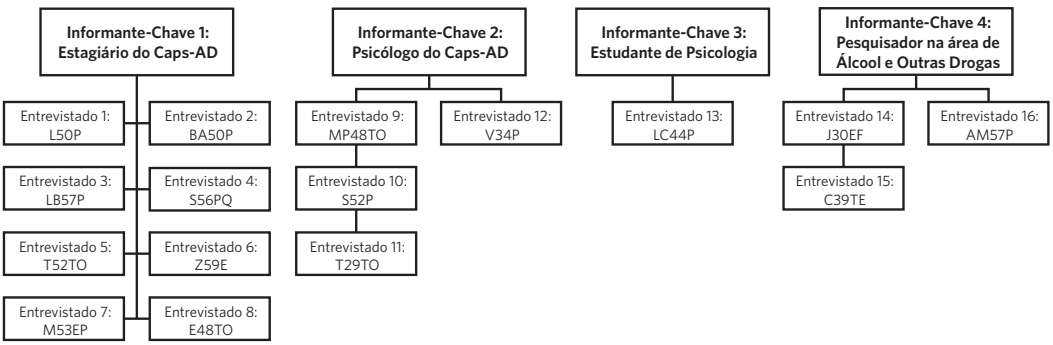
A pesquisa foi realizada a partir de uma amostra intencional, composta por profissionais do Caps Álcool e Drogas. Os critérios adotados para a inclusão foram: trabalhar em Caps-AD de qualquer região da cidade, de ambos os sexos e ser membro da equipe técnica. Foram entrevistados profissionais de Caps-AD provenientes de três regiões da cidade, o que possibilitou a heterogeneidade dos participantes.

Os entrevistados foram recrutados por meio da técnica 'bola de neve', para que, através de uma rede de contatos de alguns participantes, fosse possível o alcance de outros, utilizando indicações em cadeia para realização da coleta

de dados[19]. Portanto, os primeiros entrevistados foram responsáveis por indicar outros participantes, que, por sua vez, indicaram outros. Foram feitas oito entrevistas em uma única unidade de Caps-AD, devido ao fácil acesso que os entrevistadores tiveram aos profissionais dessa unidade. Entre 19 das indicações feitas, três profissionais se recusaram a participar da pesquisa, por motivos pessoais.

Foram formadas quatro cadeias de participantes, a partir das indicações de quatro informantes-chave iniciais, como mostra a *figura 1*. Os informantes-chave possuíam conhecimento sistematizado e/ou experienciado sobre a população de estudo, sendo que cada uma delas possuía uma origem particular.

Figura 1. Esquema das formações das cadeias para recrutamento dos participantes do estudo



Fonte: Elaboração própria.

A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas semiestruturadas em profundidade[20]. As entrevistas foram feitas por dois pesquisadores (alunos do último período da graduação em Psicologia). Os temas que contextualizaram o roteiro de entrevista foram os seguintes: conceito de alta de paciente para o profissional; critérios de alta; dificuldades encontradas no processo; contraindicações para a alta e critérios para um tratamento bem-sucedido.

As entrevistas ocorreram em ambientes que garantissem a privacidade do entrevistado e a gravação do áudio. Algumas foram realizadas em horário de trabalho, e os profissionais solicitaram que o tempo fosse encurtado.

Procedimentos éticos

A pesquisa foi iniciada somente após aprovação do Comitê de Ética da Universidade Anhembi Morumbi (parecer 1.133.706).

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A identificação dos participantes, assim como os dados pessoais, conteúdos coletados e os serviços aos quais os voluntários estão vinculados foram mantidos em total sigilo. Todos os voluntários foram comunicados sobre o caráter voluntário e o direito a desistência de sua participação.

Análise de dados

Após a realização da coleta de dados, foram criados códigos alfanuméricos para a identificação dos participantes, utilizando seu nome, idade e profissão. Todas as entrevistas foram submetidas à Análise de Conteúdo, que contempla uma série de técnicas para a análise das comunicações, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo[21].

Todos os dados foram organizados de acordo

com as etapas de pré-análise e codificação propostas por Bardin[21]. Foi utilizado o *software* NVivo para organização dos temas de análise.

Resultados

Caracterização dos participantes

Foram entrevistados 16 profissinonais, de cinco Caps-AD diferentes, com a seguinte formação: Psicólogos (n=7), Terapeutas Ocupacionais (n=4), Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem (n=3), Médico Psiquiatra (n=1) e Educador Físico (n=1), que trabalham em diferentes unidades de Caps-AD, de três regiões da cidade de São Paulo (Sul, Sudeste e Leste). As idades dos entrevistados foram: até 30 anos (n=2), de 31 a 40 anos (n=2), de 41 a 50 anos (n=2) e de 51 a 60 anos (n=10), sendo 3 do sexo masculino e 13 do sexo feminino. A maioria dos profissionais trabalhava em Caps-AD há mais de dez anos (n=9), alguns trabalham entre seis e dez anos (n=2) e os demais trabalham entre um ano e meio e cinco anos (n=5).

Categorização do conteúdo

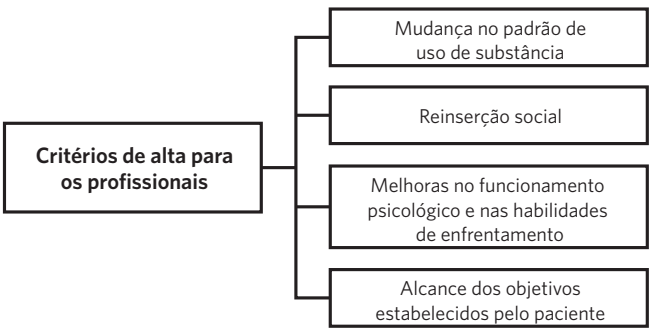
Foram definidos três grandes temas de análise: critérios de alta na instituição em que o profissional trabalha, critérios de alta para os profissionais e dificuldades no processo de alta. A partir da definição desses temas, o conteúdo das entrevistas foi analisado e classificado em categorias e subcategorias, como representam as *figuras 2, 3* e *4*.

Figura 2. Categorias do tema 'Critérios de alta da instituição em que o profissional trabalha'



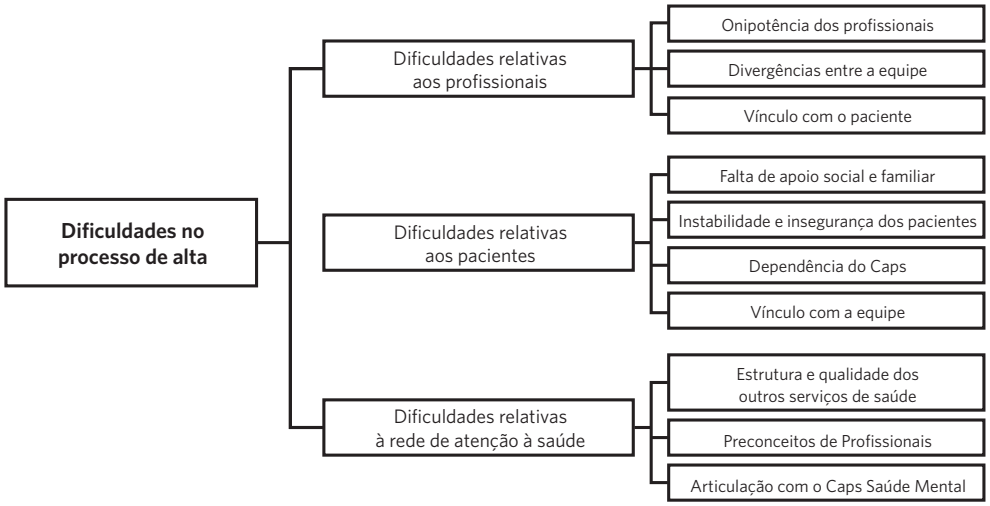
Fonte: Elaboração própria.

Figura 3. Categorias do tema 'Critérios de alta para os profissionais'



Fonte: Elaboração própria.

Figura 4. Categorias do tema 'Dificuldades no processo de alta'



Fonte: Elaboração própria.

Critérios de alta da instituição em que o profissional trabalha

Pôde-se observar uma relativa variação de critérios utilizados no momento da alta, porém, de acordo com os entrevistados, nenhuma instituição possui critérios consolidados ou algum tipo de protocolo a ser utilizado no processo.

De acordo com os relatos, *"não existem critérios de alta compartilhados por toda a equipe"* nas instituições em que os profissionais trabalham. A inexistência de critérios compartilhados por toda a equipe está relacionada às divergências em virtude de aspectos morais dos profissionais, divergências que surgem a partir do referencial teórico dos técnicos, bem como discordâncias entre as estratégias terapêuticas de redução de danos e abstinência total.

> *Acho que todas as equipes que eu já trabalhei, também em outros Caps, a gente tinha algumas divergências, justamente porque algumas pessoas se apegam muito no critério médico, algumas pessoas querem encaixar dentro de um perfil, outras pessoas acham que é muito mais flexível essa forma de enxergar. [...] Também, alguns acabam se pegando mais pelo tempo, outros... Outros, mesmo havendo um pequeno uso ainda, preferem manter... é difícil, é muito relativo.* (T29TO).

Os *"critérios relativos ao tempo de abstinência"*, preestabelecidos pela equipe profissional de um determinado Caps, pontuam sobre a necessidade de o paciente ficar no mínimo seis meses abstinente, para somente após esse período ser cogitada a sua alta.

> *A equipe entende que, para o paciente, seis meses é um tempo suficiente de abstinência. Claro que tem casos e casos. Teve pacientes com seis meses já, que a equipe prorrogou um pouco mais.* (C29TE).

Já nos relatos de outros profissionais, encontrou-se a afirmação de que *"existem critérios na instituição, porém, eles não estão sistematizados":*

> *Olha, vou te dizer que a gente possui alguns critérios, mas não são tão claros, né? Ela vai muito de cada profissional.* (V34P).

Vale ressaltar que alguns entrevistados afirmaram que, apesar de não haver critérios de alta sistematizados e consensuais entre os profissionais, *"as decisões de alta são feitas em discussão de equipe"*, a partir de uma avaliação proposta para cada caso.

> *Não existem critérios fechados, estabelecidos. Normalmente, quando se vai dar alta, é uma discussão em equipe, ou pelo menos em uma miniequipe com as pessoas que são referências mais próximas do paciente.* (S56PQ).

Critérios de alta de paciente para os profissionais

Buscou-se neste estudo apresentar a diversidade de critérios descritos como indicativos da alta, sem a pretensão de agrupá-los em forma de manual ou classificá-los por grau de importância ou ordem hierárquica, em virtude do caráter dinâmico do fenômeno e da multiplicidade de fatores relatados.

Muitos dos critérios de alta relatados preconizam a ocorrência de *"mudanças no padrão de uso da substância"*, porém, são encontrados pontos de vistas divergentes entre os profissionais entrevistados: abstinência total independentemente da substância utilizada; abstinência total apenas para dependentes do álcool; abstinência total desde que essa seja uma meta do paciente ou a constatação de uma redução de danos relativos ao uso.

> *[...] porque o sujeito tem que conseguir ficar abstinente. Pra mim, isso é uma meta: que o sujeito fique abstinente, tanto do álcool como das drogas, aqui do lado de fora do hospital.* (S56PQ).

> *O critério é o cara conseguir reduzir o uso da droga, conseguir reduzir o uso de uma droga muito mais prejudicial, mais forte, por uma outra mais leve.* (LC44P).

A categoria 'reinserção social' foi relatada por todos os profissionais como um critério, portanto, parece ser um cuidado mais consensual e importante ao se considerar o processo de alta. Os entrevistados descreveram, dentro do aspecto da reinserção social, uma diversidade de condições que podem orientar o alcance desse objetivo, tais como: ter uma rede de apoio, ampliação das relações, construção de um projeto de vida, retorno às atividades cotidianas, retorno ao trabalho e aos estudos, ter moradia e melhora nas relações familiares.

> *E aí, ele vai... e onde vão acontecendo os encaminhamentos, ele vai pra um curso, volta pra escola, começa a trabalhar, e aí ele vai reduzindo cada vez mais o espaço dele aqui no tratamento e cada vez mais aumentando o seu espaço na sociedade, na comunidade, retomando suas atividades. E aí até o ponto de ter alta.* (V34P).

Os entrevistados também consideraram como critério de alta o desenvolvimento de habilidades e atitudes que possibilitam um melhor ajustamento social e emocional do indivíduo. Dada a diversidade de orientações teóricas dos profissionais, as respostas foram categorizadas como *"melhoras no funcionamento psicológico e nas habilidades de enfrentamento"*. Foram relatadas: autoaceitação, autocuidado, melhora da autoestima, diminuição do sofrimento, mudanças de conceitos, percepção dos ganhos e das mudanças, reconhecimento de sentimentos, diminuição de comportamentos de dependência, capacidade de realização, autonomia e estrutura para enfrentamento:

> *Quando ele, assim, tá equilibrado. Isso não significa que os problemas acabaram, não, mas que ele se sente capaz de lidar com esses problemas sem fazer o uso daquela substância.* (LB57P).

> *Acho que é quando esse sofrimento diminui, quando essa relação que o sujeito estabelece com a vida fica um pouco menos sofrida, quando ele consegue entender o mundo interno dele e o externo de uma maneira um pouco mais saudável.* (T52TO).

Alguns entrevistados defenderam que deve haver participação do paciente no processo de decisão da alta, sendo que esta deve ser tomada em comum acordo entre equipe e paciente. Nessa perspectiva, a alta é uma construção feita a partir do *"alcance dos objetivos estabelecidos pelo paciente"*, e os critérios de alta são construídos pelo próprio paciente e não pelos profissionais do Caps.

> *O critério de alta quem vai acabar dando é o próprio usuário na hora que ele achar que está suficientemente bem para caminhar sozinho.* (LC44P).

Segundo os profissionais, há um grande número de casos no Caps-AD caracterizados pela presença de comorbidades psiquiátricas, que, muitas vezes, exigem parcerias com outros equipamentos de saúde, de forma a possibilitar diferentes formas de manejo e tratamento, concomitantemente ao tratamento da dependência química. Assim, para proposição de alta para pacientes com essa condição, é necessário que a comorbidade esteja estabilizada:

> *[...] ele precisa estar mais tranquilo e estabilizado. Se ele tiver alguma comorbidade, estar estável, e acho que ele precisa ter estabelecido novos vínculos.* (S56PQ).

Dificuldades no processo de alta

As dificuldades que surgem no momento de propor a alta envolvem características relacionadas aos profissionais, aspectos da dinâmica dos pacientes e dificuldades na articulação entre o Caps e a rede de apoio no momento do encaminhamento do paciente.

Alguns entrevistados destacaram questões ligadas à *"onipotência dos profissionais"*, justificando que alguns profissionais consideram que o cuidado que é ofertado por eles é que mantém o paciente estável. Outras dificuldades referem-se aos problemas que surgem a partir das *"divergências entre a equipe"*, podendo resultar na retenção dos pacientes.

> *Às vezes, da nossa onipotência de achar que ele não vai ser feliz fora daqui ou ele não vai ser tão bem tratado fora daqui ou de que eu vou garantir que ele não use.* (MP48TO).

> *Já teve 'n'* [várias] *discussões, 'n' conversas sobre isso. Tem posições bem diferentes, mesmo na equipe.* (M53EP).

O *"vínculo"* foi apontado como um fator importante para o sucesso do tratamento, mas que pode se tornar, também, um dificultador para a proposição da alta, quando o profissional ou o paciente, em virtude do vínculo positivo estabelecido, expressa resistência à finalização do tratamento.

> *Enquanto equipe, a gente acaba muito falando sobre o vínculo com o paciente, e isso acaba sendo o fator pra você não dar alta pro paciente, eu acho. Então, assim, o paciente tá vinculado, o paciente tá bem, dificilmente ele vai se vincular a outro lugar.* (LB57P).

A *"falta de apoio social e familiar"*, que, muitas vezes, permeia as condições de um dependente de substâncias psicoativas, também foi apontada como um dificultador para a alta:

> *você propor alguma coisa pra alguém numa situação de vulnerabilidade e alguém que tem minimamente um local pra se estabelecer. Eu acho que isso também é um peso, nesse quesito, nessa avaliação.* (AM57P).

Os entrevistados também relataram a *"instabilidade e insegurança dos pacientes"* como uma questão que dificulta o processo de alta e que, muitas vezes, provoca recaídas no comportamento de uso.

> *[...] outra dificuldade acho que tem a ver com o próprio perfil dos pacientes... uma característica dessa clínica, que é a instabilidade. Que às vezes*

a gente tá começando a falar de alta e o paciente recai. (BA52P).

Muitas vezes, a dependência é deslocada da substância para a instituição ou para as relações que são estabelecidas durante o tratamento, configurando um outro tipo de dependência, descrita pelos profissionais como *"dependência do Caps"*:

Nessa clínica, eu acho que tem, assim, muitas vezes a questão dos terapeutas acabarem entrando no lugar das substâncias, então acaba tendo uma relação de dependência com a gente também. (LE50P).

As dificuldades de articulação na rede de apoio psicossocial estiveram atreladas à *"estrutura e qualidade dos outros serviços de saúde"*, com a falta de profissionais de especialidades em saúde mental, falta de continuidade do tratamento, má qualidade dos atendimentos, devido à alta demanda das Unidades Básicas de Saúde (UBS), e até mesmo à falta de investimento público.

Eu acho que a principal questão é da rede não conseguir dar a continuidade, muitas vezes, necessária no acompanhamento de saúde mental, pensando mais no ponto de vista da psicoterapia e acompanhamento ambulatorial, né, do ponto de vista medicamentoso. (E48TO).

Os *"preconceitos de profissionais"* da saúde aparecem como um complicador nos momentos de encaminhamento, segundo alguns entrevistados, pois muitos profissionais, principalmente da atenção básica, agem de forma preconceituosa com pacientes usuários de álcool e outras drogas, dificultando, assim, o processo de vinculação do paciente com esses outros serviços.

Muitas vezes, diante da existência de comorbidades, torna-se necessário o encaminhamento de um paciente para o *"Caps Saúde Mental"*. Alguns profissionais descreveram dificuldades na *"articulação com o Caps Saúde Mental"* e que a justificativa para não receberem esse paciente é de que, se o indivíduo fez ou ainda faz uso de substâncias, ele deve ser tratado no Caps Álcool e Drogas.

Um paciente, por exemplo, que tem comorbidade, que tem um quadro psicótico e uso de substância... Muitos param de usar a substância, mas são pacientes que precisam de um acompanhamento pra vida, né? E aí, na rede, esse é um nó. Equipamento de Saúde mental pra paciente psicótico é um abacaxi. Então, a gente mantém o paciente aqui. Às vezes, faz alguma parceria com o Caps Saúde Mental, quando é possível. Muitos Caps de Saúde Mental têm uma resistência grande de absorver o paciente que tem o histórico de uso de substância. (BA52P).

Discussão

Os resultados deste estudo apontam a inexistência de um protocolo descritivo com critérios de alta nas instituições em que os profissionais trabalham, em virtude de divergências entre os próprios membros da equipe e outras dificuldades encontradas ao longo do processo. Apesar dessas divergências, que impossibilitam uma padronização, observou-se que, individualmente, os profissionais utilizam-se de diversos critérios para pensar o processo de alta.

A falta de consenso quanto aos critérios de alta possivelmente ocorre por fatores múltiplos: formação do profissional, aspectos pessoais e da subjetividade deste e também pelas influências dos paradigmas ideológicos/teóricos da 'redução de danos' e 'abstinência'. Tais pressupostos ideológicos têm fomentado um largo debate acerca dos benefícios e danos das diferentes concepções de políticas públicas com relação ao modelo de atenção à saúde dos usuários[12].

Como não há clareza sobre os critérios de alta, as orientações ideológicas e teóricas passam a ser subtanciais para sua difinição. Tais diferenças remetem a pontos fundamentais a serem esclarecidos institucionalmente,

no entanto, possivelmente, seria mais benéfico para o paciente se os critérios pudessem ser pautados em pontos concordantes pela equipe, havendo registro deles. Talvez assim os critérios pudessem ser mais claros e compartilhados no âmbito institucional. Já no âmbito acadêmico, as pesquisas, como a realizada por Onocko-Campos, Furtado, Trapé e colaboradores[22], podem ser aprofundadas para elaborações de critérios de avaliação do Caps. Nessa pesquisa, os autores construíram indicadores para avaliação de diversos aspectos do serviço, sendo que muitos estão relacionados aos fatores que facilitam a alta do paciente, como a formação de rede e o alinhamento da equipe.

Todos os entrevistados consideraram que a mudança no padrão de uso de drogas não deve ser o único fator, mas que outras condições se fazem necessárias, sendo a reinserção social um critério defendido por todos os entrevistados. A importância desse tema refere-se à consideração de que a dependência produz diversas consequências no contexto social e das relações: isolamento, rompimentos, desfiliação face a pessoas, lugares, circunstâncias, instituições, atividades e comprometimento das relações do indivíduo[23]. A reinserção social se refere à possibilidade de convívio do sujeito com seus familiares, pares, amigos e demais membros da sociedade, tendo como base os preceitos construídos pela Reforma Psiquiátrica[24]. Também se constitui como um dos objetivos do Caps-AD a reinserção social dos usuários, através da utilização de recursos intersetoriais. Na prática, a articulação do Caps com outros setores encontra inúmeros desafios. Para que ela ocorra, é necessário transpor as diferentes lógicas territoriais de atendimento, a escassez de instituições públicas que possam dar suporte à vulnerabilidade dos usuários, as divergências paradoxais aos mecanismos asilares presentes na iniciativa privada (hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas). Desta forma, a rede de atenção deve ser integral e intersetorial, com vários níveis, modalidades de atenção e dispositivos (tanto públicos quanto privados e não governamentais sem fins lucrativos, atores comunitários, usuários etc.), para continuidade do cuidado no âmbito comunitário, que contemple as necessidades das pessoas e suas particularidades socioculturais[25].

A presente pesquisa também demonstrou uma diversidade de critérios, aqui agrupados e nomeados como 'melhoras no funcionamento psicológico e nas habilidades de enfrentamento', que são indicativos para alta. Essa pluralidade de conceitos presentes nos discursos dos profissionais demonstra que os objetivos do tratamento no Caps são caracterizados por diversas perspectivas teóricas. Assim, o processo de alta contempla uma avaliação de cada caso, através da consideração do conceito de subjetividade aplicado ao campo da saúde mental, em que são questionados os equipamentos sociais, as práticas e os discursos orientados para uma modelagem e serialização da subjetividade[26].

Os conceitos descritos pelos pesquisados se relacionam com os fatores protetivos individuais descritos pela literatura, como: autoimagem positiva, capacidade de criar e desenvolver estratégias ativas na forma de lidar com problemas, autoeficácia, autoconfiança, habilidades sociais e interpessoais e controle emocional[27]. Destaca-se a importância das habilidades emocionais como estratégia de enfrentamento, pois estudos apontam que o estado emocional negativo pode ser o mais forte preditor de recaída. Portanto, a consideração desses critérios se refere ao desenvolvimento de um repertório de meios e estratégias que o indivíduo pode utilizar para evitar recaída em certos comportamentos que fazem parte do quadro da dependência[28]. Cabe ressaltar que a recaída é um fenômeno comum entre os usuários de susbstâncias psicoativas e faz parte do próprio processo de tratamento, apesar de ser de difícil manejo. Estratégias voltadas para o desenvolvimento de habilidades sociais e emocionais contribuem para o desenvolvimento da capacidade do indivíduo de manejar essa situação, pois os sentimentos negativos, problemas nos relacionamentos interpessoais e a baixa tolerância à frustração são potenciais desencadeantes da recaída[29].

Um dos objetivos do trabalho no Caps é a produção do protagonismo do sujeito e sua participação na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que deve considerar as necessidades de saúde de cada usuário, não excluindo suas opiniões, seus sonhos, seu projeto de vida, buscando uma ampliação do atendimento e da apropriação do processo saúde-doença[24]. Portanto, segundo os entrevistados, a construção do processo de alta também deve considerar o alcance dos objetivos estabelecidos pelo próprio paciente. Essa perspectiva fundamenta e orienta a desconstrução das práticas de institucionalização, garantido o lugar social do sujeito e transformando-o em um protagonista, desejante, construtor de projetos, de cidadania e de subjetividade[30].

Os resultados deste estudo apontaram algumas dificuldades no processo de alta, sendo algumas relativas aos próprios profissionais, outras relacionadas ao paciente e também dificuldades relativas à rede de atenção à saude. Segundo os profissionais entrevistados, um dos aspectos dos quais resulta a retenção dos pacientes no Caps-AD é a fantasia de onipotência de alguns profissionais, com a consequente crença de que outros profissionais ou outros equipamentos de saúde não são capazes de prestar os devidos atendimentos. Nota-se com os resultados que não apenas o paciente necessita de auxílio para ser preparado para a alta, mas parece ser fundamental para a própria equipe buscar apoio mútuo para trabalhar as dificuldades e angústias que surgem no processo.

Apesar de o vínculo ser uma condição essencial para o processo terapêutico e para o tratamento no Caps, em algumas situações, ele pode produzir dificuldades no desenvolvimento do processo de alta do paciente. Segundo os profissionais, a equipe não promove a alta por supor que o paciente não se vinculará a outro lugar ou porque, em muitas situações, ao receber o comunicado da alta, o paciente lida com um sentimento de abandono e insegurança, constituindo, dessa forma, uma dependência do equipamento e/ou dos profissionais. Na perspectiva psicanalítica, essa dinâmica de dependência dos profissionais ou da instituição pode ser compreendida como um deslocamento do investimento da energia psíquica da droga para o cuidador. Nessas situações, surge um fenômeno clínico descrito como 'relacionamento adictivo', que refere-se a uma espécie de dependência patológica com relação ao outro[31]. Dessa forma, dependência do outro se presentifica em forma de amor, pois, para muitas pessoas, amar e ser amado é o que mais importa na vida. Portanto, tais indivíduos são constantemente acometidos pelo medo de perder o amor, desenvolvendo, assim, uma dependência dos demais, que podem privá-los desse amor[32].

A rede em saúde mental e o nível de vulnerabilidade desses pacientes também merecem ser considerados para compreender as dificuldades encontradas no processo de alta. O Caps é considerado um serviço estratégico, articulador e organizador de uma rede de atenção sobreposto a várias instâncias de um território, incluindo a atenção básica[33]. Desta forma, para a proposição da alta de pacientes, torna-se necessária a articulação com outros equipamentos de saúde, sobretudo com a atenção primária. As queixas relacionadas aos maus atendimentos, a limitações do tempo de serviços prestados aos pacientes e falta de profissionais de saúde mental são os principais empecilhos relatados pelos entrevistados. Suas críticas se estendem ao estigma que alguns profissionais da atenção básica apresentam. Quando os usuários são estigmatizados pelos profissionais, tal aspecto pode se tornar um impedimento à formação de vínculos, uma vez que eles são responsabilizados por sua condição, vistos como perigosos, violentos, sendo desvalorizados sobre a possibilidade de conseguirem ter sucesso no tratamento[34]. Quando o usuário internaliza tais julgamentos, a crença na autoeficácia desse indivíduo fica rebaixada, aumenta-se o seu isolamento social e reduz-se a busca de ajuda[35].

O encaminhamento do paciente para os serviços de tratamento para transtornos mentais severos e persistentes também gera problemas no momento de se pensar a alta, pois, segundo os entrevistados, se há um histórico de uso de substâncias (mesmo que tenha cessado), o Caps Adulto entende que o Caps-AD é o equipamento de saúde onde esse usuário deve ser prioritariamente acompanhado. Em virtude disso, para os profissionais entrevistados, a estabilidade da comorbidade é um critério importante para o processo de alta, em virtude da complexidade dos casos e da necessidade de articulação com a rede de saúde mental. As pesquisas vêm demonstrando que a co-ocorrência do uso de substâncias e desordem mental faz com que existam baixas taxas no que se refere ao término do tratamento, se comparados com indivíduos que têm somente o problema do uso de substâncias, o que indica que a presença de comorbidades interfere diretamente no processo de alta[36].

A partir do presente estudo, foi possível discutir diversos aspectos dos fenômenos que entremeiam as propostas de alta no Caps-AD, mesmo havendo escassez de estudos brasileiros anteriores referentes ao tema em específico. O método do estudo e a coleta de dados através de entrevistas em profundidade permitiram uma aproximação significativa do tema investigado, que resultou em um entendimento amplo e consistente da problemática a partir da experiência profissional dos participantes, que, em sua grande maioria, atuam no tratamento dos transtornos por uso de substâncias desde a implantação dos serviços do Caps-AD.

No entanto, durante o desenvolvimento da pesquisa, surgiram elementos que se apresentaram como limitações da ampliação dos resultados: limitações de tempo de entrevista por alguns participantes; a predominância de profissionais da psicologia; pouca diversidade na cadeia de indicações. Outros estudos merecem ser feitos com pacientes, gestores e com equipes completas desses profissionais, a fim de suprimir as dificuldades e limitações que emergiram neste estudo e para atingir novas perspectivas de resolução da questão.

Conclusões

Este estudo constatou que não há uma padronização e clareza dos critérios de alta nas instituições em que os entrevistados trabalham. Há divergências importantes entre os profissionais, no entanto, foi constatado que a indicação de alta deve considerar a mudança no padrão de uso das substâncias, a reinserção social dos usuários, uma melhora no funcionamento psicológico do indivíduo, através do desenvolvimento de recursos internos para enfrentamento de dificuldades, e a consideração do alcance dos objetivos estabelecidos pelo próprio paciente.

As dificuldades encontradas durante o processo de alta podem estar associadas ao manejo dos profissionais, seja em virtude da divergência com os demais membros da equipe ou em virtude do vínculo estabelecido com o paciente. Outras dificuldades encontradas referem-se à situação social e familiar do paciente, à própria dinâmica de dependência da instituição e da relação com os profissionais e à insegurança, que dificulta o desenvolvimento da autonomia. A falta de suporte e articulação com os demais equipamentos da rede de saúde também foi apontada como um fator dificultador do processo de alta.

Considerando as evidências levantadas, sugere-se que a alta não deve ser entendida como uma desvinculação absoluta e vitalícia do paciente com relação ao equipamento de saúde, mas a partir das possibilidades de circulação e ocupação de outros espaços sociais. Essa concepção de alta é congruente com o movimento vigente, baseado nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, mas encontra dificuldades em sua aplicação ao se

deparar com a realidade do sistema de saúde atual. Talvez o processo de alta possa ser pensado a partir dessa concepção quando os profissionais estiverem articulando a Raps com maior eficácia e de acordo com o que é preconizado pelas políticas públicas, com a garantia do atendimento às demandas dos sujeitos e da integralidade nas práticas de saúde. Sugere-se, também, que as equipes dos Caps possam ser ativas para esclarecer procedimentos adotados como processo de alta, buscando convergências teóricas e apoios institucionais para além do seu equipamento, que beneficiem o perfil de paciente atendido no território.

Colaboradores

Silva LLP (0000-0002-7880-811X)* contribuiu para a escrita do projeto de pesquisa, pesquisa de campo, análise de dados e escrita da primeira versão deste manuscrito, além da finalização do artigo. Almeida AB (0000-0002-6300-8670)* contribuiu o projeto de pesquisa, pesquisa de campo, análise de dados e escrita da primeira versão do artigo. Amato TC (0000-0002-1860-1010)* participou da orientação do projeto desde a sua concepção, incluindo as fases de coleta de dados, análise, escrita e discussão dos resultados. Todos os autores revisaram e aprovaram a versão final do trabalho. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.028, de 1 de Julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Diário Oficial da União [internet]. 1 Jul 2005 [acesso em 2019 fev 1]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html.

2. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União [internet]. 9 Abr 2001 [acesso em 2019 fev 7]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [internet]. 6 Abr 2011 [acesso em 2019 fev 2]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial [internet]. Brasília, DF: MS; 2004 [acesso em 2019 fev 4]. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf.

5. Ribeiro AM. Uma reflexão psicanalítica acerca dos CAPS: alguns aspectos éticos, técnicos e políticos. Psicol. USP [internet]. 2005 [acesso em 2019 fev 2]; 16:33-56. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103--65642005000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

6. Polisuk J, Goldenfeld S. Pequeno Dicionário de Termos Médicos. 4. ed. São Paulo: Atheneu; 1998.

7. Iankilevich E, Lima AFBS, Szobot CM. Alta em psicoterapia de orientação psicodinâmica. In: Cordioli AV. Psicoterapia: abordagens atuais. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 138-150.

8. Mitchell SG, Morioka R, Reisinger HS, et al. Redefining Retention: Recovery from the Patient's Perspective. J. of Psycho. Drugs [internet]. 2011 [acesso em 2019 mar 10]; 43(2):99-107. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3160714/.

9. Carter RE, Haynes LF, Back SE, et al. Improving the Transition from Residential to Outpatient Addiction Treatment: Gender Differences in Response to Supportive Telephone Calls. The Americ. J. of Drug and Alcohol Abuse [internet]. 2008 [acesso em 2019 mar 10]; 34(1):47-59. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18161643.

10. Dias AC, Araujo MR, Laranjeira R. Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. Rev. Saúde Pública [internet]. 2011 [acesso em 2019 mar 12]; 45(5):938-948. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v45n5/2567.pdf.

11. Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. Cad. Saúde Pública [internet]. 2009 [acesso em 2019 mar 12]; 25(11): 2309-2319. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/02.pdf.

12. Passos EH, Souza TP. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". Psicol. Soc. [internet]. 2011 [acesso em 2019 mar 20]; 23(1):154-162. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a17v23n1.pdf.

13. Teixeira MB, Lacerda A, Ribeiro JM. Potencialidades e desafios de uma política pública intersetorial em drogas: o Programa "De Braços Abertos" de São Paulo, Brasil. Physis [internet]. 2018 [acesso em 2019 ago 5]; 28(3):e280306. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103--73312018000300601&lng=en&nrm=iso.

14. São Paulo. Decreto nº 59.164, de 09 de maio de 2013. Institui o Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack, denominado Programa Recomeço, e dá providências correlatas [internet]. 9 maio 2013 [acesso em 2019 ago 5]. Disponível em: https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2013/decreto-59164-09.05.2013.html.

15. São Paulo (Cidade). Lei nº 17.089, de 20 de maio de 2019. Institui a Política Municipal sobre Álcool e outras Drogas, no Município de São Paulo [internet]. 20 Maio 2019 [acesso em 2019 ago 5]. Disponível em: https://leismunicipais.com.br/a1/sp/s/sao-paulo/lei-ordinaria/2019/1708/17089/lei-ordinaria-n-17089-2019-institui-a-politica-municipal-sobre-alcool-e-outras-drogas-no-municipio-de-sao-paulo.

16. Brasil. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas [internet]. 11 Abr 2019 [acesso em 2019 ago 5]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm.

17. Creswell JW. Projeto de pesquisa – Métodos quantitativos, qualitativos e mistos. Porto Alegre: Artmed; 2010.

18. Vergara SC. Projetos e relatórios de pesquisa em ad-

ministração. São Paulo: Atlas; 1998.

19. Dewes JO. Amostragem em bola de neve: e Respondent-Driven Sampling: uma descrição dos métodos [monografia] [internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013. 52 p. [acesso em 2019 maio 5]. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/93246/000915046.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

20. Manzini EJ. A entrevista na pesquisa social. São Paulo: Didática; 1990/1991.

21. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 1977.

22. Onocko-Campos R, Furtado JP, Trapé TL, et al. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. Saúde debate [internet]. 2017 [acesso em 2019 fev 5]; 41(esp): 71-83. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe/0103-1104-sdeb-41-nspe-0071.pdf.

23. Ganev E, Lima WL. Reinserção social: processo que implica continuidade de cooperação. Rev. Serviço Soc. Saúde [internet]. 2011 [acesso em 2019 mar 6]; 10(11):113-129. Disponível em: https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/1380.

24. Paranhos-Passos F, Aires S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. Physis [internet]. 2013 [acesso em 2019 maio 5]; 23(1):13-31. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n1/02.pdf.

25. Costa PHA, Ronzani TM, Colugnati FAB. "No papel é bonito, mas na prática..." Análise sobre a rede de atenção aos usuários de drogas nas políticas e instrumentos normativos da área. Saúde soc. [internet]. 2017 [acesso em 2019 set 2]; 26(3):738-750. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n3/0104-1290-sausoc-26-03-00738.pdf.

26. Torre EHG, Amarante P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2001 [acesso em 2019 maio 27]; 6(1): 73-85. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7026.pdf.

27. Schenker M, Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2005 [acesso em 2019 maio 7]; 10(3):707-717. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a27v10n3.pdf.

28. Marlatt A, Gordon J. Prevenção da Recaída: estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos aditivos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

29. Albuquerque R, Rossana CR, Nappo SA. Reasons to crack consumption relapse. Users' perspective. J. bras. psiquiatr. [internet]. 2018 [acesso em 2019 ago 3]; 67(3):194-200. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852018000300194.

30. Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA, et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. Texto contexto – enferm. [internet]. 2011 [acesso em 2019 abr 6]; 20(3):493-502. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/10.pdf.

31. Gurfinkel D. Adicções: paixão e vício. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2014.

32. Freud S. Sobre lós tipos libidinales. In: Byck, R. Obras Completas de Sigmund Freud. Madrid: Biblioteca Nueva; 1981.

33. Chiavagatti FG, Kantorski LP, Willrich JQ, et al. Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e Serviços de Atenção Básica de Saúde. Acta paul. enferm. [internet]. 2012 [acesso em 4 abr 2019]; 25(1):11-17. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000100003.

34. Ronzani TM, Noto AR, Silveira PS. Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores. Juiz de Fora: UFJF; 2015.

35. Ferreira JT, Engstrom EM. Estigma, medo e perigo: representações sociais de usuários e/ou traficantes de drogas acometidos por tuberculose e profissionais de saúde na atenção básica. Saúde soc. [internet]. 2017 [acesso em 2019 abr 4]; 26(4):1015-1025. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000401015&lng=pt&nrm=iso.

36. Pinho HP, Oliveira MA, Almeida MMA. Reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível?. Rev. Psiquiatr. Clín. [internet]. 2008 [acesso em 2019 abr 7]; 1(35):82-88. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35s1/a17v35s1.pdf.

Recebido em 25/02/2019
Aprovado em 11/08/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

O padrão de consumo de álcool entre as usuárias das Unidades de Saúde da Família no município do Recife (PE)

The pattern of alcohol consumption among the users of the Family Health Units in the municipality of Recife (PE)

Maria das Graças Borges da Silva[1], Tereza Maciel Lyra[1], George Tadeu Diniz[1]

DOI: 10.1590/0103-1104201912214

RESUMO Pesquisas internacionais e nacionais apontam o aumento expressivo de mulheres com consumo abusivo de álcool, e este consumo gera danos sociais, psicológicos e biológicos em suas vidas. O objetivo do presente estudo foi avaliar os padrões do consumo de álcool por mulheres cadastradas nas Unidades de Saúde da Família no município do Recife (PE). Trata de um estudo exploratório descritivo de abordagem quantitativa, que provém de uma pesquisa original, através de uma amostra definida de 864 mulheres com idades iguais ou superiores a 18 anos. Utilizou um questionário sociodemográfico e o Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao uso do Álcool. Os padrões de riscos encontrados entre as participantes foram: 57,9% não bebem; 23,7% bebem de baixo risco; 11,9% bebem de médio risco; e 6,3% bebem de alto risco; predominantemente mulheres jovens, na faixa etária de 18 a 39 anos; sem trabalho e com ensino fundamental. Verificou-se que 54,93% faziam uso abusivo de bebidas alcoólicas em dia típico e 22,93% sofreram ocorrência de apagão alcoólico. Esses resultados evidenciam a importância da elaboração de estratégias de cunho preventivo e da redução de danos diante do beber, para a assistência à saúde da mulher.

PALAVRAS-CHAVE Saúde. Mulher. Etanol. Grau de risco. Medicina preventiva.

ABSTRACT *International and national surveys point to the significant increase of women with alcohol abuse, and this consumption generates social, psychological and biological damages in their lives. The objective of this study was to evaluate the patterns of alcohol consumption among women enrolled in the Family Health Units in Recife (PE). It is an exploratory descriptive study with a quantitative approach, which comes from an original survey through a defined sample of 864 women aged 18 years or older. It used a sociodemographic questionnaire and the Test for Identification of Problems Related to the use of Alcohol. The risk standards found among participants were 57.9% do not drink; 23.7% drink at low risk; 11.9% drink at medium risk; and 6.3% drink at high risk; predominantly young women, in the age group 18 to 39; without work and elementary school. It was verified that 54.93% made abusive use of alcoholic beverages in a typical day and 22.93% suffered an alcoholic blackout. These results evidence the importance of elaborating preventive and harm reduction strategies in relation to drinking, for women's health care.*

KEYWORDS *Health. Woman. Ethanol. Risk grade. Preventive medicine.*

[1] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães – Recife (PE), Brasil.
gracasborges@gmail.com

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

Introdução

Estudos epidemiológicos de âmbito internacional e nacional apontam o crescimento do número de mulheres consumidoras de substâncias psicoativas, sobretudo o álcool. Além disso, apontam que o número de mulheres com uso abusivo de álcool triplicou nos últimos anos, em âmbito mundial, inclusive no Brasil[1,2].

Atualmente, considera-se uso abusivo de álcool a ingestão de quatro ou mais doses, para mulheres, e cinco ou mais doses, para homens, em uma mesma ocasião. Acima destas quantidades, o indivíduo tem maior risco de apresentar problemas relacionados ao consumo de álcool. Internacionalmente, tal prática é denominada *binge drinking*. Concebe-se como dose de bebida alcoólica uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho[2,3].

O álcool é uma droga psicotrópica, que atua no sistema nervoso central e provoca mudança de comportamento. É uma substância lícita, com ampla aceitação social de seu consumo, para ambos os sexos[2,3].

No contexto internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou, em 2018, um relatório sobre o consumo de álcool no mundo, e também noticiou alguns avanços alcançados pelas políticas de Redução do Uso Abusivo do Álcool adotadas em 194 países. Os dados apontaram um maior percentual de mortes entre os homens do que entre as mulheres, por causas relacionadas ao álcool. Além disso, observaram o aumento constante do uso abusivo de álcool entre as mulheres jovens, em âmbito mundial. No Brasil, o álcool esteve associado a 69,5% e 42,6% dos casos de cirrose hepática, e a 36,7% e 23% dos acidentes de trânsito, entre homens e mulheres, respectivamente, em ambos os índices. Especificamente em relação aos transtornos relacionados ao uso de álcool, estima-se que 4,2% (mulheres: 1,6%; homens: 6,9%) dos brasileiros preenchem critérios para abuso ou dependência[1].

No Brasil, anualmente, é efetivada uma pesquisa sobre Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas, através de inquérito telefônico, denominada Vigitel, realizado com pessoas com 18 anos ou mais, nas capitais estaduais e no Distrito Federal. Em 2017, a pesquisa apontou que a prevalência média de risco no consumo de bebidas alcoólicas, nos últimos 30 dias, havia alcançado 19,1%, sendo maior para os homens (27,1%) do que para as mulheres (12,2%)[4].

O consumo abusivo de álcool entre as mulheres do município do Recife (PE) é equivalente à média nacional (12,1%). Em ambos os sexos, a frequência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas tendeu a diminuir com a idade e a aumentar com a escolaridade[4].

A mulher que apresenta contínuo consumo abusivo de álcool vem sendo estigmatizada pela sociedade, e isto influi negativamente sobre seu estado de saúde, tornando-o mais difícil – ou mesmo, impedindo – seu acesso aos serviços de saúde, o que acaba levando-a a procurar tratamento com menos assiduidades do que os homens, acarretando-lhes mais comprometimentos ao longo do tempo[5-7]. Além do estigma social, outras implicações são observadas pelo consumo abusivo de bebidas alcoólicas entre mulheres, que podem estar associadas a diversos problemas de saúde, tais como: prática de sexo sem proteção, síndrome pré-menstrual, câncer de mama, problemas de fertilidade, entre outros[5-7].

A maior vulnerabilidade entre as mulheres ocorre porque a ingestão de bebidas alcoólicas passa por diferentes caminhos daqueles percorridos pelos homens. Biologicamente, elas são menos tolerantes ao álcool do que eles. No organismo feminino, o álcool atinge concentrações sanguíneas mais altas, com as mesmas doses, devido à menor quantidade de água corporal e em função de maior quantidade de gordura, associada a uma menor quantidade de enzimas que metabolizam o álcool. Esta característica reflete o fato de que as mulheres geralmente só precisam de metade das doses ingeridas pelos homens para se intoxicarem, isto sempre considerando peso e altura[5-7].

Os problemas relacionados ao álcool entre as mulheres têm sido frequentemente negligenciados, resultando em possíveis negações, ao invés de cuidados[7]. Entretanto, elas, que eram tradicionalmente consideradas consumidoras leves de bebidas alcoólicas, estão alcançando padrões de consumo abusivo equivalentes aos dos homens[2,6,7].

Estudos apontam que o uso abusivo de bebidas alcoólicas é um dos quatro principais fatores de risco para as doenças não transmissíveis que são suscetíveis de modificação comportamental e prevenção[1,7]. Neste contexto, a OMS e o Ministério da Saúde (MS) orientam que os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) adotem na rotina de cuidado, a detecção do padrão de uso de álcool, tanto nos homens quanto nas mulheres, a fim de promoverem ações preventivas, estratégias de redução de danos e eventuais encaminhamentos ao tratamento especializado[8]. Além disto, espera-se que esses profissionais reconheçam a realidade dos usuários em seus contextos culturais, a fim de que possam oferecer-lhes outros referenciais e subsídios que gerem mudanças de conduta e reduzam os possíveis danos diante do uso de álcool[8].

Diante do elevado consumo de bebidas alcoólicas e considerando a importância dos estudos epidemiológicos para o direcionamento de políticas públicas que visem à redução dos problemas decorrentes deste uso, desenvolveu-se este estudo, com o objetivo de identificar o padrão de consumo de bebidas alcoólicas em mulheres que utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS), acompanhadas pelas Unidades de Saúde da Família (USF) da Secretaria Municipal de Saúde do Recife, no estado de Pernambuco.

Vale ressaltar que, embora o presente estudo se situe no município do Recife (PE), grande metrópole regional, considera-se que seus achados contribuirão tanto para o estado da arte quanto para aprofundar o debate sobre a problemática do consumo de bebidas alcoólicas por mulheres, nos demais municípios do estado e em outras regiões do País.

Procedimentos metodológicos

Tratou-se de um estudo quantitativo, de caráter exploratório descritivo e delineamento transversal, realizado nas 20 USF de um distrito sanitário da Secretaria Municipal de Saúde do Recife, em uma instituição pública mantida pelo SUS.

No total, 864 mulheres com idades iguais ou superiores a 18 anos participaram da pesquisa, tendo sido escolhidas de forma aleatória.

A coleta de dados ocorreu no período de março a maio de 2017. Foram utilizados dois instrumentos para isso: o primeiro, elaborado exclusivamente para este estudo, foi definido pela necessidade de caracterização da amostra e constou de um questionário sociodemográfico, com questões referentes a idade, religião, escolaridade, situação conjugal, trabalho, moradia e renda familiar. O segundo foi o Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso do Álcool (Audit), que é um questionário validado pela OMS e adotado pelo Brasil, no intuito de identificar os diversos padrões de uso de álcool. A aplicação dos dois instrumentos foi efetivada pela primeira autora deste artigo.

O teste Audit contém dez questões relacionadas ao uso de álcool e é focado nos últimos 12 meses deste consumo. É formado em três dimensões conceituais, que avaliam quantidade e frequência de consumo de álcool (itens 1 a 3), ocorrência de sintomas de dependência (itens 4 a 6) e consequências relacionadas ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas (itens 7 a 10)[9,10].

Na classificação das participantes frente ao consumo de bebidas alcoólicas foi realizada uma readaptação das zonas de risco. Assim, elas foram classificadas como abstêmios; zona 0, quando a pontuação do Audit foi igual a zero; beber de baixo risco, representando a zona I (1 a 7 pontos); beber de médio risco, correspondente à zona II (8 a 15 pontos); e beber de alto risco, correspondendo à zona III (16 ou mais pontos)[10].

A identificação do nível de risco abre caminho para que o profissional da Atenção Primária à Saúde (APS) possa oferecer orientações personalizadas, focadas no padrão de consumo individual[12,13]. Sua finalidade é detectar precocemente os níveis de risco em que se encontram os usuários, permitindo aos profissionais da área da saúde a visualização de pessoas que necessitam reduzir ou cessar o uso de bebidas alcoólicas. Assim, os profissionais da APS podem adotar, em seus atendimentos, medidas preventivas que auxiliem na redução dos prejuízos associados ao álcool[9,10].

Realizou-se a análise estatística descritiva dos dados, organizando-os a fim de apresentar um conjunto de dados, com vistas a obter informações e conhecer as características de um determinado grupo. Esta modalidade torna possível o conhecimento das variáveis analisadas, fornecendo importantes direções a serem seguidas em estudos futuros[11].

Na observação do comportamento, comparativa, entre as variáveis qualitativas, adotou-se uma análise categórica, utilizando-se o Teste Qui-quadrado de Pearson, e, quando necessário, o Teste Exato de Fisher. Todas as conclusões foram tomadas com nível de significância de 5%. O *software* R (R Development Core Team, 2016) foi utilizado na avaliação dos resultados do estudo. As participantes foram analisadas por grupos etários: 18 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; e 50 anos ou mais.

O estudo seguiu normas e procedimentos éticos de acordo com a Resolução nº 466/2012, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM)/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Pernambuco), processo nº 1.594.177.

Resultados e discussões

O perfil sociodemográfico das 864 participantes revelou que a idade média das mulheres foi de 39 anos; com mínima de 18 e máxima de 74. Já as mulheres com idade inferior a 50 anos representaram 68% da amostra.

A maioria das participantes (92%) seguia alguma religião; 74,1% moravam em casa própria; 68% eram do lar (domésticas); 22,1% eram chefes de família. Em relação à escolaridade, a maioria (87,3%) possuía ensino fundamental, e apenas 2,8% delas tinham curso superior.

Os resultados do teste Audit, em relação às questões 1, 2 e 3 – que correspondem à primeira dimensão, avaliaram a frequência do consumo de álcool *(tabela 1)*. Apontaram que 57,9% não bebiam e 42% bebiam. Foi observado que 8,8% bebiam de duas a três vezes por semana, e 2% bebiam quase diariamente.

No entanto, é importante destacar que, no que se refere à quantidade do consumo de álcool em um dia típico, o resultado apontou que 11,25% beberam de cinco a seis doses; 4,6% consumiram de sete a nove doses; e 39,2% beberam dez ou mais doses. Revelou-se que 54,93% faziam uso abusivo de álcool. Adverte-se, no entanto, que a OMS preconiza que mais de quatro doses de consumo, para mulheres, já podem configurar uso abusivo de bebidas alcoólicas.

Tabela 1. Distribuição das respostas das questões 1, 2 e 3 do Teste Audit das participantes. Recife (PE), Brasil, 2017

Teste de Identificação de Transtornos Devido ao Uso do Álcool (Audit)	N	%
Q1 – Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?		
Nunca	501*	57,99
Mensalmente ou menos	202	23,38
De 2 a 4 vezes por mês	67	7,75
De 2 a 3 vezes por semana	76	8,8
4 ou mais vezes por semana	18	2,08

Tabela 1. (cont.)

Q2 – Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você consome tipicamente?		
1 ou 2	75	20,6
3 ou 4	88	24,18
5 ou 6	41	11,26
7, 8 ou 9	17	4,67
10 ou mais	143	39,29
Q3 – Com que frequência você toma 'seis ou mais doses' de uma vez?		
Nunca	161	44,08
Menos do que uma vez ao mês	77	21,21
Mensalmente	43	11,85
Semanalmente	75	20,66
Todos ou quase todos os dias	8	2,2

Fonte: Elaboração própria.

*Participantes que respondem nunca pula para as questões 9 e 10.

Já as questões de 4 a 6 do teste Audit, que correspondem à segunda dimensão, investigaram os possíveis sintomas relacionados à dependência, trazendo à tona um aspecto preocupante *(tabela 2)*.

Um desses aspectos foi a quantidade de tentativas de beber poucas doses, que algumas mulheres fizeram, sem conseguir. O resultado apontou que o beber compulsivo foi de 14,61%. Para 9,9% delas, isso ocorreu pelo menos uma vez ao mês.

Outro aspecto preocupante foi a elevada prevalência (18,73%), entre as participantes, daquelas que deixaram de realizar suas atividades planejadas para um determinado dia devido ao consumo de bebidas no dia anterior. Também foi observada a necessidade de ingestão de bebida alcoólica, logo pela manhã, por parte de 6,61% das mulheres, ainda que tenham passado a noite anterior bebendo.

As respostas das participantes obtidas nas questões de 4 a 6 sinalizaram um aspecto preocupante no que se refere aos sintomas de uma possível dependência de álcool.

Tabela 2. Distribuição das respostas das questões 4, 5 e 6 do Teste Audit das participantes. Recife (PE), Brasil, 2017

Teste de Identificação de Transtornos Devido ao Uso do Álcool (Audit)	**N**	**%**
Q4 – Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber, uma vez tendo começado?		
Nunca	298	82,09
Menos do que uma vez ao mês	36	9,92
Mensalmente	12	3,31
Semanalmente	12	3,31
Todos ou quase todos os dias	5	1,38

Tabela 2. (cont.)

Q5 – Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?		
Nunca	295	81,27
Menos do que uma vez ao mês	51	14,05
Mensalmente	10	2,75
Semanalmente	4	1,1
Todos ou quase todos os dias	3	0,83
Q6 – Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia, após ter bebido no dia anterior?		
Nunca	339	93,39
Menos do que uma vez ao mês	11	3,03
Mensalmente	5	1,38
Semanalmente	6	1,65
Todos ou quase todos os dias	2	0,55

Fonte: Elaboração própria.

Por fim, a terceira dimensão, composta pelas quatro questões finais do teste Audit, avaliou os problemas recentes relacionados ao consumo de álcool (*tabela 3*). Observou-se que 22,93% das mulheres desconheciam o que havia sucedido durante o consumo, sendo notório o apagão alcoólico. Uma parte das entrevistadas (3,9%) chegou a cometer atos de violência contra si mesmas.

Ainda foi observado que 83,5% das participantes não tiveram nenhum tipo de orientação, em âmbito pessoal ou profissional, sobre o beber feminino. Deste modo, pode-se pensar que os profissionais de saúde que atuam nas USF muito pouco têm feito em relação aos cuidados voltados para o consumo de bebidas alcoólicas e às possíveis consequências de doenças orgânicas associadas a este consumo, principalmente ao gênero feminino. O fato de o álcool ser uma substância lícita, de uso aceito e até incentivado pela sociedade, talvez explique a resistência ou o desconhecimento dos profissionais de saúde para lidarem com esta demanda. Estudos de Monteiro et al.[6] ressaltam que os profissionais de saúde desconhecem os níveis de risco e de danos gerados pelo consumo de bebidas alcoólicas entre as mulheres, tanto no Brasil como em outros países.

Destaque-se que a imagem da mulher, historicamente construída, não está de acordo com a imagem de pessoa usuária de drogas, o que contribui para o processo de invisibilidade feminina em relação a tal fenômeno e, consequentemente, para uma maior vulnerabilidade em relação a agravos sociais e de saúde, bem como a dependência alcoólica.

Tabela 3. Distribuição das respostas das questões 7, 8, 9 e 10 do Teste Audit das participantes. Recife (PE), Brasil, 2017

Teste de Identificação de Transtornos Devido ao Uso do Álcool (Audit)	N	%
Q7 – Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?		
Nunca	274	75,48
Menos do que uma vez ao mês	60	16,53
Mensalmente	15	4,13
Semanalmente	11	3,03
Todos ou quase todos os dias	3	0,83
Q8 – Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?		
Nunca	279	77,07
Menos do que uma vez ao mês	56	15,47
Mensalmente	11	3,04
Semanalmente	13	3,59
Todos ou quase todos os dias	3	0,83
Q9 – Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?		
Não	796	92,13
Sim, mas não nos últimos 12 meses	34	3,94
Sim, nos últimos 12 meses	34	3,94
Q10 – Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?		
Não	715	83,53
Sim, mas não nos últimos 12 meses	54	6,31
Sim, nos últimos 12 meses	87	10,16

Fonte: Elaboração própria.

As classificações dos padrões de risco das 864 participantes frente ao consumo de bebidas alcoólicas revelaram que 57,9% não bebem, ou seja, não apresentam risco; 23,7% bebem de baixo risco; 11,9% bebem de médio risco; e 6,3% bebem de alto risco *(tabela 4)*.

Em relação à idade, as mulheres classificadas como de baixo risco apresentaram distribuição semelhante das mulheres classificadas como sem risco.

Entre as mulheres jovens na faixa etária de 18 a 29 anos, as prevalências apontaram tanto para médio risco (42,5%) quanto para alto risco (32,7%). Já entre as mulheres de 30 anos a 39 anos, as prevalências estiveram no médio risco (22,3%) e no alto risco (27,2%). No entanto, as prevalências mais baixas foram observadas entre as mulheres de 40 anos ou mais, tanto de médio risco quanto de alto risco, com 15,5% e 14,5%, respectivamente.

A literatura denuncia que o consumo abusivo de álcool entre jovens de ambos os sexos não é um fenômeno recente no Brasil, ou em outros países, o que não dispensa a preocupação e a mobilização das autoridades educacionais e da saúde pública em relação aos cuidados devidos com o tema, dadas as possíveis consequências de tal consumo[1,4,6,7].

Outra prevalência alta em todos os padrões de risco foi relativa ao fato de as mulheres não trabalharem, possuindo renda familiar menor do que um salário mínimo. Estudo de Guimarães et al.[12] apontou que um dos fatores predisponentes ao uso abusivo de bebidas alcoólicas é a ausência de trabalho.

Os resultados sugeriram, também, certa

associação entre a variável crença religiosa e o padrão de consumo de bebidas alcoólicas, apontando que o fato de algumas mulheres não terem crença foi associado a padrões de risco. As mulheres estudadas, que não mencionaram religião ou qualquer tipo de crença, apresentaram um aumento de prevalências entre os diferentes níveis de risco (baixo risco, de 8,3%; médio risco, 11,6%; alto risco, 16,3%), na medida em que os padrões de risco cresceram. Assim, a religiosidade – ou o fato de terem alguma crença – foi apontada como inibidora do consumo de bebidas alcoólicas. Este efeito vem sendo confirmado na literatura[13,14].

A prevalência do padrão de alto risco – de 6,3%, entre as avaliadas – foi elevada, maior do que a encontrada em pesquisa realizada especificamente na USF, situada na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro (RJ), que utilizou o teste Audit. O estudo avaliou o consumo de bebidas alcoólicas em uma amostra composta por 301 sujeitos, com idades iguais ou superiores a 18 anos. Entre eles, pouco mais da metade (59,8%) era composta por mulheres. A porcentagem do consumo de bebidas alcoólicas em padrão de alto risco, entre homens, foi de 9,9%; e entre mulheres, foi de 3,9%[14].

A literatura vem acenando uma associação positiva entre a ingestão de álcool e o câncer de mama. A ingestão de álcool é um fator de risco considerável, pois estudos demonstraram que até mesmo seu uso social aumenta os níveis de estrogênio endógeno no organismo, o que pode provocar alterações nas células mamárias e transformá-las em tumores malignos. Ou seja, a ingestão configura um mecanismo potencial para o risco de câncer de mama entre as mulheres. Os resultados do presente trabalho chamam a atenção para a prevalência das participantes que beberam dez ou mais doses em dia típico, que foi de 39,29%. Dessas, 9% encontravam-se em baixo risco, 53% em médio risco e 38% em alto risco[15-18].

Nos atendimentos das USF, tanto a literatura internacional quanto a nacional indicaram presença entre 3% e 10% de pessoas com problemas relacionados ao álcool nesses serviços, e advertiram que tais usuários se encontravam sem cuidado ou encaminhamento para serviço especializado. Verificou-se, ainda, que os profissionais de saúde tinham dificuldades para identificar os problemas causados pelo uso de álcool nos atendimentos dessa clientela, revelando um possível despreparo daqueles profissionais[19,20].

Nas raras ocasiões em que há um olhar mais atento para a questão, este tem sido essencialmente voltado para os homens, fato que sugere que os profissionais de saúde acreditam que as mulheres controlam melhor a ingestão de bebidas alcoólicas. Isto vem dificultando a dedicação de um cuidado maior na atenção à saúde da mulher, diante dos danos e prejuízos gerado pelo consumo abusivo de álcool[19,20].

Nesse contexto, é fundamental um investimento na educação permanente dos profissionais do SUS, de maneira especial, das equipes de USF. Todavia, uma educação permanente em saúde representa um conjunto de ações essenciais que possibilitam a qualificação dos profissionais responsáveis pelos cuidados ofertados aos usuários, além de permitir a integração da vivência diária com os conteúdos teóricos, para que haja qualidade na execução do trabalho. Esta educação se baseia no problema vivenciado em cada localidade, a fim de resolvê-lo através da oferta de conhecimento e capacitação dos trabalhadores[21].

Destaque-se que as conquistas sociais e dos direitos femininos não representam apenas vantagens, afinal, a ampliação de direitos implica no aumento de deveres, havendo, portanto, também os aspectos negativos deste novo modo de ser/existir. Assim, os costumes e atitudes que antes eram exclusivamente masculinos começam a fazer parte da realidade feminina, o que inclui o consumo abusivo de álcool[7]. Com a mudança do papel social feminino, a conduta de beber socialmente, entre mulheres, parece ter julgamento mais ameno em determinadas culturas.

Enfim, os resultados apontaram índice expressivo (23,75%) de consumo de álcool entre as participantes classificadas em padrão de

baixo risco, sendo indicadas ações preventivas e educativas sobre o consumo de bebidas alcoólicas e suas consequências para a saúde.

Outro índice que chamou a atenção foi o referente tanto às classificadas em médio risco (11,92%) quanto às classificadas em alto risco (6,3%), diante do consumo de álcool. Tendo sido tais padrões considerados potencialmente danosos à saúde, é importante que as USF adotem estratégias preventivas e de redução de danos, se necessário, encaminhando-as a um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPSad).

Neste contexto, é fundamental trabalhar a prevenção na perspectiva da abordagem de redução de danos diante dos padrões de risco no uso de álcool, compreendendo que o melhor caminho para lidar com o padrão de consumo de bebidas alcoólicas não é o de decidir e definir pelos usuários quais são as condutas mais adequadas e corretas[7,22]. Muito diferente disto, é construir, junto com eles, possibilidades de escolhas mais confiáveis e livres, diminuindo-lhes os riscos e as vulnerabilidades.

Atualmente, a redução de danos constitui-se como uma estratégia de saúde pública a ser adotada globalmente, de acordo com a OMS[1]. Porém, a nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD), instituída através do Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019, aprovou o fim da lógica de redução de danos, priorizando a abstinência dos usuários de drogas[23]. Ressaltando-se que o princípio da abstinência reforça ideias gerais sobre certo e errado e é pautado em dogma moralista, neste sentido, pode-se entender que tal abordagem pode aumentar os danos e os entraves no enfrentamento dessa problemática, configurando-se, de fato, como um retrocesso, e vai na contramão da lógica da redução de danos já instituída na maioria das nações desenvolvidas.

Tabela 4. A associação do perfil sociodemográfico com o grau de risco no uso de álcool nas mulheres estudadas nas USF. Recife (PE), Brasil, 2017

Variáveis sociodemográficas	Zona (Grau de Risco)								Valor de P
	Sem Risco		Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Total	**501**	**57,99**	**205**	**23,73**	**103**	**11,92**	**55**	**6,37**	
Idade (anos)									
1) 50+	167	33,33	72	35,12	23	22,33	15	27,27	0,0067
2) 18-29	125	24,95	41	20	43	41,75	18	32,73	
3) 30-39	96	19,16	43	20,98	21	20,39	14	25,45	
4) 40-49	113	22,55	49	23,9	16	15,53	8	14,55	
Religião									
1) Com	474	94,61	187	91,22	91	88,35	46	83,64	0,0066
2) Sem	27	5,39	18	8,78	12	11,65	9	16,36	
Estado civil									
1) Casado/União	347	69,26	139	67,8	55	53,4	32	58,18	0,0231
2) Viúvo/Separado	32	6,39	18	8,78	8	7,77	3	5,45	
3) Solteiro	122	24,35	48	23,41	40	38,83	20	36,36	

Tabela 4. (cont.)

Escolaridade									
0) Superior	9	1,8	11	5,37	4	3,88	0	0	0,0002
1) Fundamental	316	63,07	113	55,12	60	58,25	48	87,27	
2) Médio	176	35,13	81	39,51	39	37,86	7	12,73	
Economicamente									
1) Ativo	137	27,35	76	37,07	46	44,66	16	29,09	0,0016
2) Inativo	364	72,65	129	62,93	57	55,34	39	70,91	
Residência									
1) Própria	364	72,65	150	73,17	82	79,61	40	72,73	0,5914
2) Alugada	92	18,36	41	20	17	16,5	12	21,82	
3) Outro	45	8,98	14	6,83	4	3,88	3	5,45	
Composição familiar									
1) 6 ou +	90	17,96	36	17,56	21	20,39	13	23,64	0,6932
2) ≤2	303	60,48	128	62,44	56	54,37	28	50,91	
3) 3 a 5	108	21,56	41	20	26	25,24	14	25,45	
Chefe da família									
1) Outros	404	80,64	159	77,56	70	67,96	37	67,27	0,0101
2) A Própria	97	19,36	46	22,44	33	32,04	18	32,73	
Renda Familiar									
1) Um Salário	180	35,93	82	40	29	28,16	20	36,36	0,3303
2) > Um Salário	85	16,97	29	14,15	20	19,42	13	23,64	
3) < Um Salário	236	47,11	94	45,85	54	52,43	22	40	

Fonte: Elaboração própria.

Considerações finais

O presente estudo permitiu identificar os padrões de risco do abuso de álcool em mulheres acompanhadas pelas USF. O conhecimento sistematizado deste padrão de risco é crucial para auxiliar o desenvolvimento de políticas públicas direcionadas à saúde da mulher nos diferentes níveis de complexidade da atenção em saúde. As peculiaridades e especificidades do consumo de álcool em mulheres devem ser consideradas na tomada de decisão dos gestores.

Grife-se que a ingestão de bebida alcoólica é parte complementar da vida social. Falar sobre o álcool é também falar sobre a sociedade, pois o ato de beber é um ato social. Isso porque o ser humano sempre buscou, através dos tempos, maneiras de aumentar o seu prazer e diminuir o seu sofrimento.

Tratando-se do consumo de bebidas alcoólicas entre mulheres, esta problemática mantém-se ainda invisível para grande parcela da sociedade e para as próprias políticas públicas, que não priorizam as suas particularidades. É fundamental cuidar e prevenir, adotando a construção de redes sociais que visem à melhoria das condições

de vida na perspectiva da Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Nesse sentido, sugere-se um aprofundamento na questão para compreender as ações socialmente construídas diante de tal problemática no universo feminino. Além disto, é necessário discutir como e o que fazer para sensibilizar as mulheres em relação aos danos provenientes do consumo abusivo de álcool para suas próprias vidas.

Colaboradores

Silva MGB (0000-0002-1582-0496)* e Lyra TM (0000-0002-3600-7250)* contribuíram para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Diniz GT (0000-0002-9620-2621)* contribuiu para a análise dos dados, a revisão crítica do conteúdo e a aprovação da versão final. ■

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Global status report on alcohol and health. 2018. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [acesso em 2018 set 21]. Disponível em: https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/.

2. Reisdorfer E, Büchele F, Pires ROM, et al. Prevalence and associated factors with alcohol use disorders among adults: a population-based study in southern Brazil. Rev. bras. de epidemiol. 2012; 15(3):582-594.

3. Solberg LI, Maciose K MV, Edwards NM. Primary care intervention to reduce alcohol misuse. Ranking its health impact and cost effectiveness. Am J Prev Med. 2008; 34(2):143-152.

4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. 130 p.

5. Fortney J, Mukherjee S, Curran G, et al. Factors associated with perceived stigma for alcohol use and treatment among at-risk drinkers. J. behav. health serv. res. 2005; 31(4):418-429.

6. Monteiro CFS, Dourado GOL, Graça Júnior CAG, et al. Mulheres em uso prejudicial de bebidas alcoólicas. Esc. Anna Nery. 2011; 15(3):567-572.

7. Silva MGB, Lyra TM. O beber feminino: socialização e solidão. Saúde debate. 2015; 39(106):772-781.

8. Ronzani TM, Ribeiro MS, Amaral MB, et al. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. Cad. Saúde Pública. 2005; 21(3):852-861.

9. Babor TH, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, et al. AUDIT – Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool: roteiro para Uso em Atenção Primária. Ribeirão Preto: PAI-PAD; 2008.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

10. Moretti-Pires RO, Corradi-Webster CM. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identifi cation Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. Cad. saúde pública. 2011; 27(3):497-509.

11. Triola MF. Introdução à estatística. 10. ed. Rio de Janeiro: LTC. 2008; 682 p.

12. Guimarães VV, Florindo AA, StopaI SR, et al. Consumo abusivo e dependência de álcool em população adulta no Estado de São Paulo, Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2010; 13(2):314-32.

13. Reitas ICM, Moraes SA. Dependência de álcool e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP; Alcohol addiction and associated factors in adults in Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil, 2006: the OBEDIARP Project. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(10):2021-2031.

14. Jomar RT, Abreu AMM, Griep RH. Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre adultos usuários de serviço de atenção básica do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Ciênc. Saúde Colet. 2014; 19(1):27-38.

15. Rodríguez CC, Biset AED, Mayeta YB. Factores de riesgo de cáncer de mama em mujeres pertenecientes a um consultorio médico del centro urbano "José Martí". Medisan. 2013; 17(9):4089-4095.

16. Segri NJ, Francisco PMSB, Alves MCGP, et al. Práticas preventivas de detecção de câncer em mulheres: comparação das estimativas dos inquéritos de saúde (ISA – Capital) e vigilância de atores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL – São Paulo). Rev. bras. epidemiol. 2011; 14(1):31-43.

17. Simeão SFAP, Landro ICR, Conti MHS, et al. Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. Ciênc. Saúde Colet. 2013; 18(3):779-788.

18. Souza MM, Winnikow EP, Moretti GP, et al. Taxa de mortalidade por neoplasia maligna de mama em mulheres residentes da região carbonífera catarinense no período de 1980 a 2009. Ciênc. Saúde Colet. 2013; 21(4):383-390.

19. Magnabosco MB, Formigoni MLOS, Ronzani TM. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). Rev. Bras. Epidem. 2007; 10(4):637-647.

20. Oliveira MC, Ronzani TM. Estigmatização e prática de profissionais da APS referentes ao consumo de álcool. Psicol. ciênc. prof. 2012; 32(3):648-661.

21. Miccas FL, Batista SHSS. Educação permanente em saúde: metassíntese. Rev Saúde Pública [internet]. 2014; 48(1):170-185. [acesso em 2016 maio 19] Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100170.

22. Fonseca CJB. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. Psicol. & Saberes. 2012; 1(1):11-36.

23. Brasil. Decreto nº 9.761, de 11 de Abril de 2019. O presidente da república, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, caput, inciso VI, alínea "a", da Constituição e tendo em vista o disposto na Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Diário Oficial da União. 12 Abr 2019.

Recebido em 28/12/2018
Aprovado em 07/06/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Representações sociais de doença, usos e significados atribuídos às Práticas Integrativas e Complementares por universitários

Social representations of disease, uses and meanings attributed to Integrative and Complementary Practices by students

Maria Thereza Ávila Dantas Coelho[1], Vinicius Pereira de Carvalho[1], Carle Porcino[1]

DOI: 10.1590/0103-1104201912215

RESUMO O objetivo deste estudo foi apreender as representações sociais de estudantes universitários sobre a doença e analisar os usos e significados conferidos por eles às Práticas Integrativas e Complementares. Para isso, realizou-se uma pesquisa qualitativa apoiada na Teoria das Representações Sociais, utilizando um questionário semiestruturado para a coleta dos dados, que incluiu, em sua estrutura, o Teste de Associação Livre de Palavras. A maior parte dos estudantes declarou estar no primeiro semestre do curso, na faixa etária de 18 a 24 anos e possuir religião. Para eles, a doença esteve mais associada ao desequilíbrio, sendo a massagem a prática mais adotada. Esses estudantes relacionaram as práticas integrativas à produção de benefícios à vida, à saúde e à manutenção ou alcance da qualidade de vida individual. Nesse sentido, as respostas sugerem que os discentes acreditam na eficácia das práticas integrativas, considerando-as como ligadas à promoção, prevenção e recuperação da saúde. Eles mostram-se abertos a outras racionalidades médicas, ainda que também estejam ligados ao modelo biomédico. Compreender como estudantes pensam a doença e a utilização de práticas integrativas colabora para atribuir sentidos aos projetos terapêuticos organizados no sistema de saúde, dirigindo-se a atenção para a construção da integralidade do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE Doença. Terapias complementares. Estudantes. Universidades.

ABSTRACT *The objective of this study was to apprehend the social representations of university students about disease and to analyze the uses and meanings conferred by them to Integrative and Complementary Practices. For this purpose, a qualitative research based on the Theory of Social Representations was carried out, using a semi-structured questionnaire to collect the data, which included, in its structure, the Free Word Association Test. The majority of students declared to be attending the first semester of the course, in the age group of 18 to 24 years old and has a religion. For them, disease was most associated with imbalance, with massage being the practice most adopted. These students have related integrative practices to production of benefits to life, health and maintenance or achievement of individual quality of life. In this sense, the answers suggest that students believe in the efficacy of integrative practices, considering them as linked to health's*

[1] Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.
therezacoelho@gmail.com

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

promotion, prevention and recovery. They are open to other medical rationalities, although they are also linked to the biomedical model. Understanding how students think about disease and use of integrative practices collaborate to assign meanings to therapeutic projects organized in health system, directing the health care to construction of comprehensive care.

KEYWORDS *Disease. Complementary therapies. Students. Universities.*

Introdução

Inúmeras são as formas de representar a doença em uma mesma sociedade, pois existem variações de pensamentos entre grupos e indivíduos. Todavia, uma ideia sempre se afirma hegemônica em relação às outras num dado contexto cultural[1-3]. No mundo ocidental, as representações dominantes de doença estão associadas às racionalidades médicas dominantes, mesmo que sofram a influência das concepções populares[2]. Para Canguilhem[4], entretanto, é o indivíduo que tem o poder de dizer em qual grau de normalidade se encontra, pois somente ele é capaz de distinguir onde se inicia uma patologia. Por conseguinte, a normalidade e os fenômenos patológicos em si apresentam caráter individual, e o que pode ser considerado para um organismo como anormal, para outro, pode ser normal.

De modo diverso, para Durkheim[5], as representações estão presentes nos pensamentos individuais e são impostas pelo pensamento coletivo. Nessa direção, Moscovici[6] considerou que as representações são sociais e manifestam-se por meio das expressões do sujeito individual ou coletivo nas interações sociais, constituindo-se como parte integrante da sociedade e, mais amplamente, do contexto social em que emergem. Inseridas nos ideais contemporâneos, continuamente em transformação, elas são dinâmicas, compartilhadas por grupos, referem-se a um objeto comum e possuem 3 dimensões: informação (conhecimentos sobre o objeto representado), campo da representação (opiniões) e atitude (posicionamento do sujeito)[6,7]. Assim, elas implicam a influência mútua entre o sistema social e o sujeito[6,8], havendo a necessidade da ação humana para a sua manifestação[9].

Desse modo, as representações sociais são criadas sempre que um novo saber é elaborado e compartilhado, alcançando o campo de concepções e práticas dos grupos, de forma que os sujeitos pertencentes a eles irão construir e adquirir as representações ao entrarem em contato com as ideias e/ou os novos achados[6,7]. Por esse ângulo, as representações sociais estimulam a preocupação com relação às atitudes ideológicas dos grupos sociais, pois são estas que subscrevem a organização das estruturas que compõem a sociedade[6], presentes também no campo da saúde. Assim, os estudos sobre representações sociais de saúde e doença são relevantes para a saúde coletiva[2,9].

Nesse sentido, o corpo social possui representações acerca da cura das doenças, que envolvem os discursos, os sistemas médicos dominantes e os dominados, nos quais estão inseridas as Práticas Integrativas e Complementares (PIC), ainda com pouca força no mundo ocidental[1]. Entretanto, a desassistência em saúde, pelos sistemas médicos dominantes, tem contribuído para o crescimento das PIC[10], uma vez que estas contrapõem-se à natureza generalizante, mecanicista e analítica da biomedicina, que detém a hegemonia no campo da saúde ocidental[10,11]. A racionalidade biomédica caracteriza-se, portanto, por seguir um modelo cartesiano, que situa a medicina

enquanto ciência das doenças, destituindo a *práxis* de sua dimensão humanizada e sua apresentação enquanto arte (de curar)[10,11].

Como disposto na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), as PIC envolvem sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos[12] que apresentam uma abordagem holística do processo saúde-doença-cuidado, intervindo tanto na promoção e recuperação da saúde quanto na prevenção de doenças e agravos. Além disso, proporcionam a possibilidade de maior exercício de cidadania em saúde, resultam em menores custos para o sistema de saúde e integram o ser humano ao meio sociocultural, promovendo o autocuidado e a escuta acolhedora[12]. À vista disso, as PIC apresentam-se como potencializadoras do arranjo de trabalho em equipes multiprofissionais de saúde com centralidade do cuidado no usuário[13]. Esses aspectos se coadunam com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como a integralidade da assistência[14].

No Brasil, essas práticas foram integradas ao eixo de cuidado do SUS oficialmente em 2006, por intermédio da PNPIC. Na sua publicação, abrangia medicina tradicional chinesa, homeopatia, medicina antroposófica, termalismo e fitoterapia[12]. No entanto, em 2017 e 2018, houve a ampliação dessa oferta, com a inclusão de 24 novas práticas, 14 delas em 2017 e 10 em 2018[15,16].

Embora já dispostas no âmbito do SUS, as PIC apresentam diversas dificuldades de implementação e difusão. Isso é materializado pelo fato de os cursos superiores da área de saúde ainda apresentarem barreiras para incluí-las em seus currículos formais, provocando a existência de espaço reduzido para a sua discussão[17-22]. Nesse sentido, estudantes de medicina, por exemplo, têm apresentado conhecimentos científicos insuficientes sobre as PIC[17,21,23], além de revelarem desinteresse em utilizá-las em seu trabalho futuro[21]. Tais constatações podem se constituir em um grande problema, tendo em vista que é no ambiente acadêmico que os futuros profissionais de saúde aprendem e apreendem os conhecimentos que adotarão nas práticas de cuidado. Sendo assim, se apenas a biomedicina é aprendida, provavelmente, somente ela será utilizada no momento do (des)encontro terapêutico.

Enquanto isso, acadêmicos de saúde têm reconhecido nas PIC um caminho alternativo e eficaz para a promoção da saúde, o tratamento e a prevenção de doenças. Prova disso é a grande aprovação por parte de discentes da inserção da abordagem sobre as PIC nos seus respectivos cursos[19,21,24-27], corroborando os estudos que apontam a necessidade imediata da oferta de componentes curriculares que comportem essa temática[17,19,20,22]. Além disso, a PNPIC ressalta a necessidade de inserção dessas práticas nos cursos universitários, e a educação superior em saúde deve tornar as pessoas aptas a manejá-las.

Por conseguinte, a relevância deste estudo decorre da necessidade de se produzir conhecimento sobre tais aspectos emergentes, fornecendo subsídios para o fortalecimento de políticas públicas. A doença e as PIC foram compreendidas aqui, portanto, como associadas às experiências individuais e coletivas, inseridas em contextos socioculturais, mas não dissociadas de processos biológicos[28]. Ademais, a discussão sobre o que pensam os estudantes da área de saúde sobre as doenças e as PIC integra a atuação dos profissionais de saúde – também cuidadores de si e de seus iguais –, favorecendo um cuidado equânime, eficaz e atuante, que considere singularidades e especificidades. Nesse sentido, este trabalho objetivou apreender as representações sociais acerca da doença entre estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e compreender os usos e significados atribuídos às PIC por eles.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais (TRS), desenvolvida por Serge Moscovici[6]. Essa abordagem mostra-se pertinente nos estudos relacionados à saúde, uma vez que as relações sociais, os processos

de cuidado, a estrutura dos sistemas e serviços de saúde e os princípios formativos de recursos humanos em saúde são carregados de representações que conferem autoridade aos discursos que permeiam o campo da saúde. Nesse sentido, as representações sociais constituem-se como pensamentos que guiam a sociedade em sua ação sobre si e sobre o mundo[6].

Participaram voluntariamente deste estudo 223 estudantes do BIS da UFBA. Foram definidos como critérios de inclusão: ser aluno do BIS e possuir no mínimo 18 anos de idade. Nesse sentido, 243 pessoas participaram da coleta de dados, mas 20 foram excluídas por fazerem outro curso. Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário semiestruturado, com questões ligadas aos dados sociodemográficos, às representações de doença, à utilização e aos significados atribuídos às PIC. Esse questionário incluiu, em sua estrutura, o Teste de Associação Livre de Palavras (Talp), para apreender as representações sobre a doença. Para captar os usos e significados conferidos pelos participantes às PIC, foram analisadas as respostas das seguintes perguntas do questionário: 'o que você faz quando está doente?', 'qual(is) são as práticas abaixo que você utiliza ou já utilizou?' e 'independentemente de adotar ou não essas práticas, que significados elas têm para você?'. Esse instrumento foi aplicado no período de 15 a 31 de maio de 2017, durante as aulas do componente curricular obrigatório 'Introdução ao campo da saúde'.

A técnica da Associação Livre de Palavras, desenvolvida por Jung[29], foi adaptada por Di Giacomo[30] para o campo da psicologia social. Desde então, tem sido largamente empregada em pesquisas sobre representações sociais[31]. O Talp, enquanto uma técnica projetiva, é útil para revelar as representações acerca de objetos e fenômenos, pois acessa a organização psíquica dos sujeitos, trazendo à tona para o pesquisador o que está oculto ou não[32]. No presente estudo, o termo indutor foi 'doença', para o qual foi solicitado que se evocasse até cinco palavras ou expressões curtas que viessem imediatamente à consciência, em associação ao termo. Por fim, entre as palavras escritas, solicitou-se que assinalassem aquela considerada como sendo a mais importante.

No processamento dos termos evocados acerca do estímulo doença, foi utilizada a análise textual com o auxílio do *software* Iramuteq, que conformou uma nuvem de palavras, em que é possível observar, por meio do tamanho e da espessura dos termos, a frequência simples, de modo que quanto maior é o tamanho da fonte, maior é a representatividade do termo no *corpus* em análise[33].

No que se refere aos usos das PIC, utilizou-se o *software* IBM SPSS Statistics, que pôde fornecer um gráfico com a utilização dessas práticas[34]. O *corpus* constituído a partir dos significados atribuídos às PIC foi organizado e processado com o auxílio do *software* Iramuteq, que gerou a Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Na constituição da CHD, o *corpus* foi organizado em Unidades de Contexto Elementar (UCE), que são os menores fragmentos de texto com sentido das respostas, e separado em classes, nas quais os elementos que as compõem apresentam certa homogeneidade entre si[35]. Para a apresentação da CHD, foi constituído um dendograma formado pelos termos mais significativos que surgiram nas respostas agrupadas em cada classe.

Seguindo a orientação de Herzlich[8], a análise dos dados buscou situar as representações dos sujeitos nos planos ideológico, social e histórico em que estão inseridas. Delineou-se, então, como se caracterizam as representações e em quais modelos sociais estão inseridas[9], associando-as às práticas que as determinam ou são determinadas por elas[28].

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, sob o Parecer nº 741.187, respeitando a Resolução nº 466/2012[36]. Com o propósito de assegurar o anonimato dos participantes, as respostas estão identificadas no texto alfanumericamente, configuradas no seguinte termo: (número do questionário-gênero-idade).

Resultados e discussão

Perfil sociodemográfico dos participantes

Dos 223 participantes deste estudo, 138 se autorreferiram como mulheres, 83 como homens, um como 'outros' e uma pessoa optou por não declarar a autorreferência. A maioria (51,1%) se encontrava no primeiro semestre, na faixa etária entre 18 e 24 anos, sendo pardos ou pretos. É importante destacar que, para 70,40% dos estudantes ingressantes, o BIS é a primeira graduação. Isso corrobora a proposta política e pedagógica dos Bacharelados Interdisciplinares, os quais pretendem constituir o primeiro de um regime de três ciclos, sendo, portanto, a porta de entrada para os estudantes na Universidade[37]. Ademais, 57,84% afirmaram ser baianos e adeptos de alguma religião *(tabela 1)*.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA, que informaram o gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2017 (n=221)

Variável	Homem		Mulher		Total	
	N	%	N	%	N	%
Faixa etária						
18 a 24 anos	64	28,69%	111	49,77%	175	78,47%
25 a 32 anos	13	5,82%	17	7,62%	30	13,44%
32 a 39 anos	5	2,24%	4	1,79%	9	4,03%
Acima de 40 anos	0	0,00%	3	1,34%	3	1,34%
Não respondeu	1	0,44%	3	1,34%	4	1,78%
Cor autodeclarada						
Branca	15	6,72%	33	14,79%	48	21,51%
Preta	24	10,76%	24	10,76%	48	21,52%
Parda	40	17,93%	78	34,97%	118	52,91%
Amarela	4	1,79%	3	1,34%	7	3,13%
Tem religião?						
Sim	45	20,17%	100	44,84%	145	65,01%
Não	38	17,04%	38	17,04%	76	34,08%
Naturalidade						
Salvador	40	17,93%	68	30,49%	108	48,43%
Interior da Bahia	38	17,04%	53	23,76%	91	40,80%
Fora da Bahia	4	1,79%	15	6,72%	19	8,51%
Não respondeu	1	0,44%	2	0,89%	3	1,33%
Semestre						
Ingresso	70	31,39%	115	51,56%	185	82,95%
Não ingresso	13	5,82%	23	10,31%	36	16,13%

Fonte: Elaboração própria.

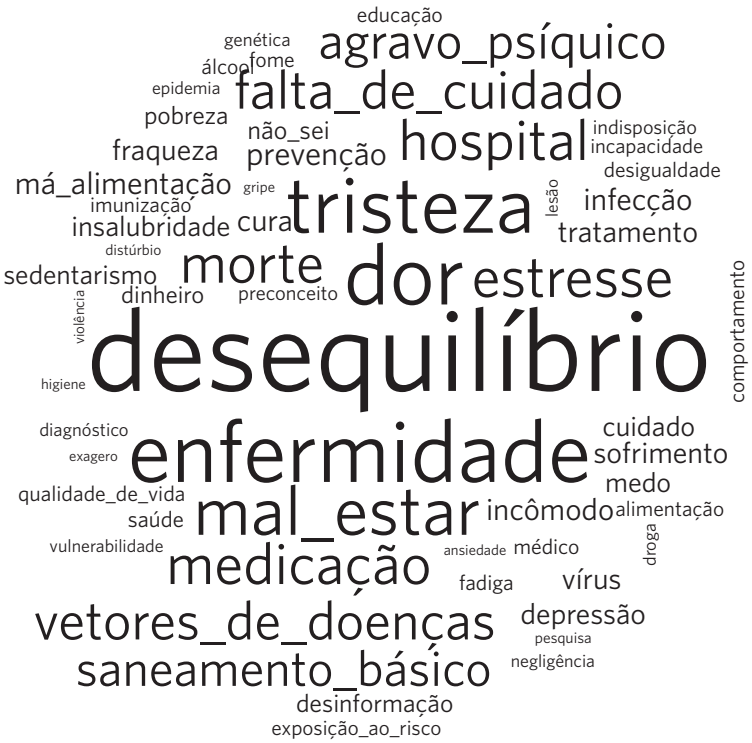
A participante que se autorreferiu como 'outros' e a que optou por não responder a 'autorreferência' de gênero pertenciam à faixa etária de 18 a 24 anos, declararam cor parda, não ter religião, ser natural de Salvador e estar no primeiro semestre.

Quanto à questão religiosa, 65,01% dos estudantes referiram ser adeptos de alguma religião, 49,65% eram católicos, 28,96% protestantes, 14,48% espíritas, 3,44% de religiões de matriz africana e 3,44% relataram frequentar/participar de outras doutrinas ou seitas.

Representações da doença

Na aplicação do Talp, foram evocadas 1050 palavras, das quais, 77 eram diferentes *(figura 1)*.

Figura 1. Nuvem de palavras processada através do *software* Iramuteq, referente às evocações realizadas pelos estudantes do BIS da UFBA acerca do termo indutor 'doença'. Salvador, Bahia, Brasil, 2017



Fonte: Elaboração própria.

Entre os termos mais evocados, desequilíbrio ocupa a primeira posição (F=83), seguido de dor (63), enfermidade (61), tristeza (57), mal-estar (47), hospital (40), morte (40), estresse (40), medicação (37), falta de cuidado (35), vetores de doença (33), agravo psíquico (32), saneamento básico (30), fadiga (19) e prevenção (18). Essa representação está associada ao conhecimento corrente, socialmente construído[6], ou seja, os estudantes expõem suas opiniões ordenadas a partir das interações sociais estabelecidas dentro e fora da Universidade.

A concepção de doença como 'desequilíbrio' também aparece como dominante em um estudo realizado com estudantes da primeira turma do BIS da UFBA durante o 1º ano de estudos, em 2009[38]. Além de conceberem a doença como desequilíbrio, observa-se que ela é representada como negativa, pois provoca 'dor', 'tristeza', 'mal-estar' e 'morte'. Entre os termos evocados, fica evidente que a experiência patológica foi considerada nociva, em consonância ao saber médico ocidental, que simboliza a doença como uma anormalidade contraproducente[1]. Esses achados corroboram a compreensão de que esse grupo formado por estudantes majoritariamente ingressantes na universidade apresenta uma representação social da doença relacionada aos sistemas médicos dominantes.

Para os participantes, o tratamento dispensado às condições de adoecimento dar-se-á por meio do que está disposto pelo modelo biomédico, como, por exemplo, dirigir-se ao hospital e/ou (auto)medicar-se. A racionalidade homeopática não faz parte desse leque de cuidados, e a doença, assim como seus sintomas, deve ser combatida e ter um fim em si mesma[1]. Seguindo essa ideia, é apontado que a doença pode ser prevenida, na medida em que os termos 'vetores de doença', 'saneamento básico' e 'prevenção' são evocados.

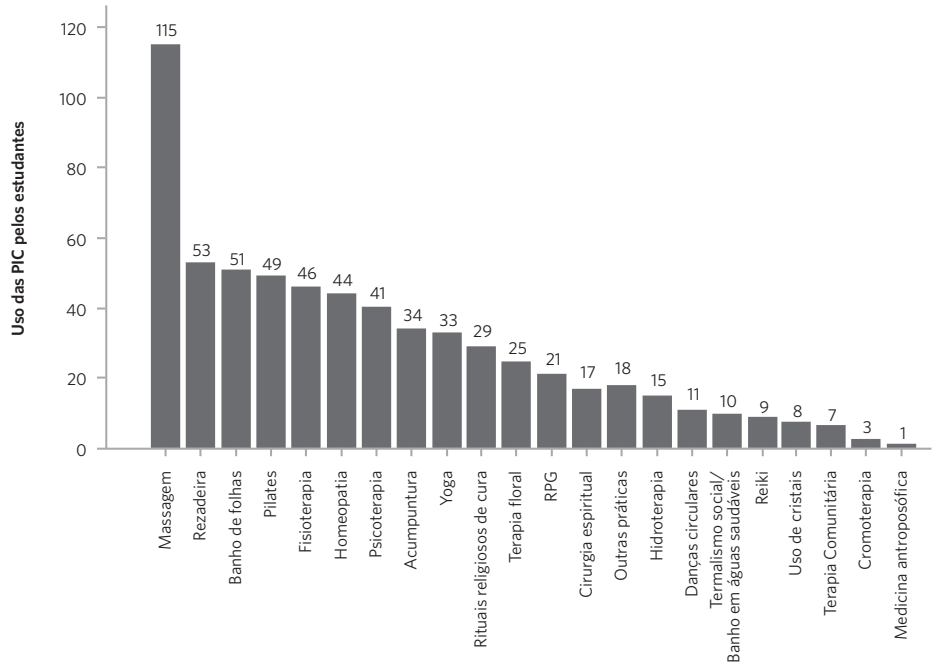
Além disso, tais representações estão associadas às doenças mentais, haja vista a presença de evocações referentes a 'agravo psíquico'. Isso pode ser atribuído à prevalência de doenças no âmbito da saúde mental na contemporaneidade, relacionada ao fenômeno da medicalização da vida, que abarca em seu escopo a patologização de comportamentos, presente no campo da educação[39]. Tomando como base as ideias de Canguilhem[4], entretanto, é possível visualizar que as alterações de padrões de normalidade podem não se estabelecer como doenças ou ser, em si mesmas, vias para a manutenção ou o estabelecimento de uma nova normalidade.

Usos de Práticas Integrativas e Complementares

No que se refere à experiência pessoal com as PIC, 41,57% dos estudantes responderam que as utilizavam quando estavam doentes, sendo apontadas como as mais usadas por 16,14%. Ao mesmo tempo, 85,65% procuram um profissional de saúde, 68,16% automedicação, 64,57% remédios prescritos, 17,69% tratamentos religiosos e 15,69% outras práticas. Essa porcentagem de uso das PIC entre estudantes de saúde está conforme a literatura sobre o tema. No estudo de Morales et al.[18] com estudantes de medicina, por exemplo, somente 30,6% relataram ter utilizado PIC em algum momento da vida, ao passo que no trabalho de Contreras et al.[25] essa porcentagem foi de 49%. É possível depreender, portanto, que a atitude referente ao uso das PIC pelos participantes desta pesquisa ratifica as suas representações sociais sobre doença: ainda que tal utilização seja expressiva, ela é minoritária em relação à utilização da medicina tecnocientífica. O modelo biomédico domina, assim, tanto as representações sobre doença quanto as práticas de cuidado desse grupo.

Independentemente do motivo de uso, a massagem aparece como a PIC mais utilizada (115 estudantes indicaram seu uso) *(gráfico 1)*.

Gráfico 1. Usos das Práticas Integrativas e Complementares pelos estudantes do BIS da UFBA, processado através do *software* IBM SPSS Statistics. Salvador, Bahia, Brasil, 2017 (n=223)



Fonte: Elaboração própria.

A utilização da massagem, referida pelos participantes, pode refletir a difusão de terapêuticas alternativas na sociedade, que visam a dar conta de problemas considerados menos 'importantes' ou com baixos 'danos à saúde', persistindo os de maior complexidade a serem tratados nos campos da medicina hegemônica. Em estudo de Luz[3], os demandantes do cuidado acreditavam que uma dor somente se configura como doença quando os incapacita de realizar as tarefas diárias, incluindo aquelas relacionadas ao trabalho. Assim, se uma dor não leva a uma incapacidade funcional, não precisa ser tratada formalmente pelo saber médico instituído, sendo utilizadas outras alternativas de cura. Ademais, na pesquisa de Saha et al.[27], os objetivos do uso de medicinas alternativas por estudantes de farmácia, em Bangladesh, estiveram relacionados, em sua maioria, ao tratamento de agravos à saúde menos complexos. Do mesmo modo, Jamshed et al.[40] encontraram majoritariamente, entre estudantes de farmácia da Malásia, a ideia de que essas terapias podem ser utilizadas para 'doenças menores'.

Incluídas entre as medicinas alternativas[10], com relação à utilização das práticas religiosas, vale destacar que a maioria dos estudantes afirmou ter religião, sendo a católica a predominante. As práticas compreendidas nos sistemas da medicina popular brasileira podem apresentar contorno religioso, destacando-se as plantas medicinais, utilizadas para fins terapêuticos e religiosos[41]. Segundo Laplantine[1], a cultura cristã impregnou os comportamentos médicos ocidentais, bem como a representação da doença, como um mal ou uma punição. Fica evidente, portanto, a influência do sistema cultural-simbólico-religioso nas representações sobre doença e nas práticas de cuidado.

Acerca do uso de pilates, fisioterapia e *yoga*, é importante lembrar que os estudantes

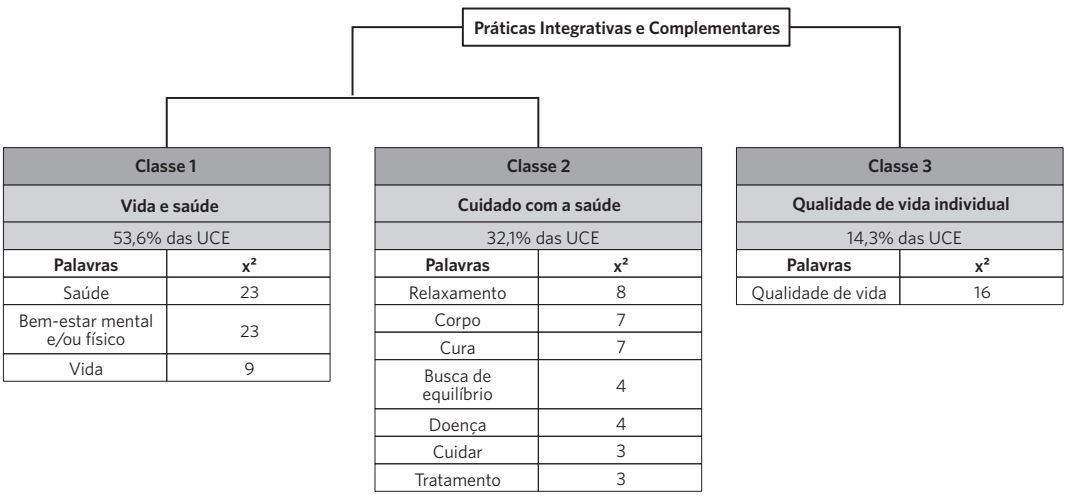
consideraram que as doenças podem ser prevenidas. Desse modo, essas práticas, que buscam cuidar do corpo, apresentam aspectos segundo os quais são consideradas como promotoras da saúde. Além disso, a *yoga* já está sendo incorporada pela PNPIC, episódio que aponta para sua difusão dentro do SUS[15].

A homeopatia e a acupuntura, que estão dispostas na PNPIC desde a sua publicação, em 2006, com experiências de uso dentro do sistema público de saúde[12], aparecem na sequência de usos. A homeopatia no Brasil é visualizada e legitimada como uma especialidade médica, possuindo uma intersecção no saber médico ocidental, enquanto que a acupuntura, aproximada da medicina contemporânea desde o século passado, também tem sido prescrita e executada por profissionais de saúde[12]. Em estudos realizados na Espanha e no Chile[24,25], homeopatia e acupuntura foram apontadas por estudantes como as terapias alternativas mais conhecidas. Em outra pesquisa com estudantes de medicina no Brasil, as Práticas Não Convencionais em Saúde mais conhecidas eram *yoga*, homeopatia, acupuntura e práticas religiosas[17], resultado semelhante ao observado entre os discentes do BIS.

Significados conferidos às Práticas Integrativas e Complementares

Nesta pesquisa, estudantes atribuem significados positivos às PIC, como pode ser visualizado no dendograma a seguir *(figura 2)*.

Figura 2. Dendograma produzido com auxílio do *software* Iramuteq e gerado por meio da CHD, referente aos significados atribuídos pelos estudantes do BIS da UFBA às Práticas Integrativas e Complementares. Salvador, Bahia, Brasil, 2017



Fonte: Elaboração própria.

A partir do dendograma acima, é possível depreender que a Classe 1 possui palavras que associam as PIC à saúde e à vida; a classe 2 remete aos cuidados com a saúde que podem ser empreendidos por meio das PIC; e a classe 3 apresenta elementos que apontam as PIC como possibilidade de acesso e/ou preservação da qualidade de vida individual.

A classe 1 – Vida e saúde – expõe, por meio dos termos 'saúde', 'bem-estar mental e/ou físico' e 'vida', os sentidos atribuídos às PIC ligados à vida e à saúde. É possível

compreender, mediante as respostas, que os estudantes expressam benefícios relacionados às racionalidades médicas alternativas enfatizando o bem-estar:

> *Melhoria da vida e qualidade da saúde.* (1-M-19).

> *Forma de alcançar o bem-estar em vários aspectos da minha vida, não só física.* (19-M-30).

> *Confirmações da minha concepção de vida e saúde.* (191-M-23).

> *[...] são práticas importantes para garantir o bem-estar ao indivíduo que se submete.* (219-H-19).

Destarte, infere-se desta última fala que a utilização das PIC está vinculada a uma escolha dos indivíduos. Estes, inseridos num grupo que compreende essas práticas como necessárias para a vida e a saúde, as empregariam, alguns compreendendo que elas possuem outra racionalidade que não a biomédica: *"Modelo de busca da saúde alternativa, saindo do modelo biomédico."* (190-M-27).

As PIC aparecem, então, como importantes para garantia, manutenção e melhoria da saúde e do bem-estar, nos planos físico e mental, como pode ser observado nos recortes a seguir: *"Melhora da saúde física e mental."* (42-H-18); *"Importante para o corpo e mente do paciente."* (157-H-20).

Ademais, essa classe também exibe as PIC como importantes para o conhecimento do indivíduo sobre si e sobre os processos que atingem a sua vida: *"Importantes. A popularização delas ajudará a população a entender mais o processo saúde-doença e como manter a saúde"* (119-H-21).

São recursos, portanto, para o empoderamento dos povos, uma vez que promovem o autocuidado de forma integral e potencializam a cidadania em saúde, garantindo a conscientização sobre os procedimentos terapêuticos empreendidos, o que é vital para o SUS, já que sua construção passa pela formação da consciência sanitária[12].

A classe 2, intitulada Cuidados com a saúde, abrange 'relaxamento', 'corpo', 'cura', 'busca de equilíbrio', 'doença', 'cuidar' e 'tratamento', determinando pensamentos sobre as PIC como mecanismos para a realização do cuidado com a saúde nos âmbitos físico e mental. No entanto, os estudantes delimitam um sentido particular para o uso das PIC, como se elas atendessem a demandas específicas relacionadas à doença, que diferem das trabalhadas por outras racionalidades médicas:

> *Formas que algumas pessoas procuram para um determinado processo de cura.* (47-M-23).

> *Formas alternativas visando outras causas que influenciaram nos meus sintomas.* (56-H-20).

Essa classe, portanto, apresenta mais concretamente os benefícios que os acadêmicos atribuem a essas práticas (relaxamento, tratamento, cura). Entre elas, o relaxamento aparece como a prática mais recorrente. Nesse sentido, algumas respostas demonstraram a existência de estresse entre os participantes (o que corresponde à presença de agravos psíquicos nas representações sobre doença), sendo as PIC um modo de contornar esse problema:

> *Forma da pessoa extravasar, desestressar.* (127-M-18).

> *Cuidar não só da matéria do corpo, como também da alma, da mente.* (139-M-30).

> *Formas diferentes de atingir o relaxamento.* (146-H-18).

Em estudo realizado com pacientes crônicos[42], observou-se efeito das PIC no tratamento de sintomas como estresse e dores no corpo.

Nessa classe, também emerge o entendimento das PIC como mecanismos de retomar o equilíbrio do corpo e da mente. O fato de as representações de doença dos estudantes estarem ancoradas e atreladas à ideia de desequilíbrio insinua a possibilidade de

intervenção dessas racionalidades médicas sobre as doenças:

> *Restabelecem o equilíbrio do indivíduo de acordo com a crença de cada um.* (33-M-26).

> *Métodos utilizados para levar o indivíduo a melhorar algum aspecto que esteja perturbado.* (93-H-19).

Ademais, surgiram respostas que apontaram que o uso das PIC é uma forma de contrariar o consumo de medicamentos, movimento muitas vezes ligado à negação da medicalização da vida e da existência: *"Forma de não recorrer sempre a medicamentos"* (92-M-20); *"[...] lembrar que remédio nem sempre resolve tudo"* (211-M-18).

Os discentes apontam as PIC também como métodos de prevenção de doenças, não as reduzindo ao contexto físico: *"[...] prevenção de doenças físicas e mentais"* (34-M-22).

Por conseguinte, nota-se que as classes 1 e 2 compartilham a ideia de que as PIC incidem sobre a vida e a saúde das pessoas que as utilizam, sendo, portanto, parte das vivências culturais das mesmas, as quais, para alguns, antagonizam-se às práticas de saúde instituídas e prevalentes socialmente. Entretanto, essas classes demonstram contraste, na medida em que a primeira confere às PIC ações no sentido geral da vida/saúde, e a segunda as restringe ao tratamento e à prevenção da doença.

Na classe 3, denominada Qualidade de vida individual, está disposta a expressão 'qualidade de vida', demonstrando que esse grupo compreende as PIC como um caminho possível para alcançar a qualidade de vida, porém, numa perspectiva individual, como observado nos excertos a seguir:

> *Cada indivíduo tem a oportunidade de escolher o que te faz bem [...].* (60-H-20).

> *Métodos alternativos que sejam capazes de melhorar a qualidade de vida do indivíduo.* (189-H-23).

Mesmo que atualmente a qualidade de vida esteja relacionada às condições mais gerais de vida, tocando nas 'causas das causas' dos processos de saúde-adoecimento-cuidado[14], as ideias dos estudantes não explicitam ligação com os determinantes sociais da saúde. Desse modo, as PIC são compreendidas como medidas terapêuticas individuais, não coletivas. Sabe-se, porém, que elas são oferecidas prioritariamente nos pontos de cuidado dedicados à atenção básica à saúde[22], nos quais, por meio de medidas gerais e inespecíficas, busca-se promover a saúde e prevenir doenças[12].

É observado, por conseguinte, que os discentes sugerem nas três classes que as PIC possuem eficácia e são vias para promoção, proteção e recuperação da saúde. As respostas apontam que eles possuem atitudes e imagens positivas sobre essas práticas, além de informações (populares e científicas) que embasam a construção de suas representações. A esse respeito, a literatura corrobora tal achado. Por exemplo, em um estudo[18] com discentes de medicina, no início do curso, mais da metade declarou que indicaria ou apoiaria a utilização das PIC em pacientes e parentes. Em outro trabalho[23], também com estudantes de medicina, houve a tomada de posição positiva no tocante à realização de tratamentos de doenças com uso da homeopatia. Em uma pesquisa[20] com acadêmicos de enfermagem, estes foram unânimes em afirmar que utilizam as plantas medicinais no dia a dia, contribuindo para a valorização e a disseminação da prática.

É relevante observar que o fato de os estudantes conferirem significados positivos às PIC demonstra que concebem e reconhecem que elas proporcionam benefícios e que acreditam nos seus poderes terapêuticos, além de evidenciar a abertura para que possam ser utilizadas por profissionais de saúde. Ressalta-se, entretanto, que a maioria dos participantes apontou estar no primeiro semestre do BIS e encontrar-se na faixa etária entre 18 e 24 anos, ou seja, no início

do percurso formativo, ao longo do qual terão a possibilidade de engrandecer ainda mais esses pensamentos e práticas. Essa perspectiva corresponde aos resultados da pesquisa desenvolvida por Feitosa et al.[19], os quais evidenciam que o interesse pelas plantas medicinais foi maior em estudantes concluintes que em recém-ingressos. No trabalho de Contreras et al.[25], no entanto, as opiniões desfavoráveis com relação às terapias complementares aumentaram com a progressão acadêmica.

Outro ponto que merece destaque está relacionado à oferta, ao corpo discente, da possibilidade de apreender e tecer reflexões acerca das PIC, pois pesquisas demonstram o despertar do interesse entre estudantes da área da saúde em estudar sobre elas[16,19,22]. O BIS, por exemplo, oferece tanto componentes curriculares[43] quanto atividades de extensão[44], que abordam as PIC de maneira geral ou específica. Logo, o escopo de assimilação das PIC nesse curso propicia tanto o contato teórico quanto prático. O reconhecimento e a aceitação das PIC por profissionais da saúde têm sido apontados como determinantes para o acesso dos usuários[42].

O curso oferece, portanto, informações sobre racionalidades médicas alternativas que podem subsidiar o reforço de atitudes positivas com relação a elas e a promoção da sua difusão entre os estudantes. É provável, então, que isso, por incidir nas três dimensões estruturantes das representações sociais – informação, campo da representação e atitude –, seja capaz de fortalecer as representações sobre doença, para além do modelo biomédico.

Considerações finais

As representações sociais de doença relacionadas à ideia de desequilíbrio entre os participantes mostram-se associadas ao que pode ser prevenido. Para os discentes, a doença, ao acometer o ser humano, deve ser tratada, já que, ao se constituir como algo ruim, precisa ter um fim. Essas representações se encontram em estreita consonância com o que é definido pela medicina contemporânea ocidental. Além disso, os estudantes acreditam no poder das PIC, mencionando os seus benefícios e, em parte, o seu uso. Os significados atribuídos por elas/eles às PIC caminham no sentido da preservação e do cuidado com a saúde. Esse aspecto é relevante, considerando-se a necessidade de formar trabalhadores da saúde conscientes e comprometidos no que diz respeito a essas racionalidades, demandadas pela população brasileira nos serviços de saúde. Não obstante, ainda é o pensamento biologicista que domina as práticas de cuidado, promoção, proteção e recuperação da saúde.

Os resultados deste estudo apontam para a existência de representações de doença predominantemente atreladas à racionalidade da biomedicina, dominante no ocidente, ao mesmo tempo que revelam uma abertura para outros sistemas médicos. Como a maior parte dos participantes cursava o primeiro semestre do curso no momento da coleta de dados, é possível que o uso de PIC e os significados atribuídos a elas sejam enriquecidos ao longo da trajetória acadêmica.

Apreender as representações sociais sobre a doença e os usos e significados conferidos às PIC é um recurso para o entendimento dos projetos terapêuticos empreendidos nos serviços de saúde, balizados ou não por pensamentos hegemônicos. Isso possibilita a compreensão e o fortalecimento de políticas públicas ligadas à saúde, bem como o entendimento de práticas de cuidado difundidas entre os brasileiros, relacionadas à cultura e emergentes do meio social. Nesse sentido, realizar um estudo sobre esses aspectos caminha na direção da execução de um cuidado integral à saúde das pessoas, já que expõe a existência de mais de uma racionalidade médica, determinando, assim, que as ações ligadas à saúde podem ser realizadas em consonância com as concepções aceitas nos grupos sociais, sendo mais eficazes quando assim são feitas.

Colaboradores

Coelho MTAD (0000-0001-7857-7473)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. Carvalho VP (0000-0001-5249-2818)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo. Porcino C (0000-0001-6392-0291)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; revisão crítica do conteúdo. ■

Referências

1. Laplantine F. Antropologia da doença. 4. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2010.
2. Minayo MCS. Palavras, interações e representações sociais. In: Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 204-60.
3. Luz MT. Comparação de representações de corpo, saúde, doença e tratamento em pacientes e terapeutas de homeopatia, acupuntura e biomedicina na rede de saúde do município do Rio de Janeiro. In: Luz MT, Barros NS, organizadores. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ; 2012. p. 217-47.
4. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.
5. Durkheim E. As regras do método sociológico. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2007.
6. Moscovici S. A psicanálise, sua imagem e seu público. Petrópolis: Vozes; 2012.
7. Moscovici S. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: Jodelet D, organizadora. As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001. p. 45-66.
8. Herzlich C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. Physis. 1991; 1(2):23-36.
9. Cardoso MHCA, Gomes R. Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. Cad. Saúde Pública. 2000; 16(2):499-506.
10. Luz MT. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. Physis. 1997; 7(1):13-43.
11. Camargo Jr. KR. The biomedicine. Physis. 2005; 15(suppl):177-201.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.

13. Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. Saúde debate. 2018; 42(esp1):163-173.

14. Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Diário Oficial da União. 28 Mar 2017.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. Diário Oficial da União. 22 Mar 2018.

17. Külkamp IC, Burin GD, Souza MHM, et al. Aceitação de práticas não-convencionais em saúde por estudantes de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina. Rev. bras. educ. méd. 2007; 31(3):229-235.

18. Morales NM, Min LS, Teixeira JEM. Atitude de Estudantes de Medicina frente a Terapias Alternativas e Complementares. Rev. bras. educ. méd. 2015; 39(2):240-245.

19. Feitosa MHA, Soares LL, Borges GA, et al. Inserção do Conteúdo Fitoterapia em Cursos da Área de Saúde. Rev. bras. educ. méd. 2016; 40(2):197-203.

20. Badke MR, Heisler EV, Ceolin S, et al. O conhecimento de discentes de enfermagem sobre uso de plantas medicinais como terapia complementar. Rev. pesqui. cuid. fundam. 2017; 9(2):459-465.

21. Carnevale RC, Brandão AL, Ferraz RO, et al. O Ensino da Acupuntura na Escola Médica: Interesse e Desconhecimento. Rev. bras. educ. méd. 2017; 41(1):134-44.

22. Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. Saúde debate. 2018; 4(1):174-188.

23. Teixeira MZ. Homeopatia: desinformação e preconceito no ensino médico. Rev. bras. educ. méd. 2007; 31(1):15-20.

24. Ballesteros-Peña S, Fernández-Aedo I. Conocimientos y actitudes sobre terapias alternativas y complementarias en estudiantes de ciencias de la salud. Investigación educ. médica. 2015; 4(16):207-215.

25. Contreras D, Alamos MJ, Chang M, et al. Opiniones sobre terapias complementarias por parte de los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Año 2014. Rev. méd. Chile. 2015; 143(8):1020-1027.

26. Flaherty G, Fitzgibbon J, Cantillon P. Attitudes of medical students toward the practice and teaching of integrative medicine. J. Integr. Med. 2015; 13(6):412-415.

27. Saha, BL, Seam MOR, Islam MM, et al. General Perception and Self-Practice of Complementary and Alternative Medicine (CAM) among Undergraduate Pharmacy Students of Bangladesh. BMC complement. altern. med. 2017; 17(314):1-8.

28. Gomes R, Mendonça EA. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 109-32.

29. Rapaport D, Schafer R, Gill M. Testes de diagnóstico psicológico. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1971.

30. Di Giacomo JP. Aspects méthodologiques de l'analyse des répresentations sociales. Cahiers de Psychologie Cognitive 1981; 1(1):397-422.

31. Nóbrega SM, Coutinho MPL. A técnica de associa-

ção livre de palavras. In: Coutinho MPL, Saraiva ERA. Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas. João Pessoa: Editora Universitária; 2011. p. 95-106.

32. Neves DAB, Brito RC, Códula ACC, et al. Protocolo Verbal e Teste de Associação Livre de Palavras: perspectivas de instrumentos de pesquisa introspectiva e projetiva na ciência da informação. Ponto Acesso. 2014; 8(3):64-79.

33. Ratinaud P, Marchand P. Application de La méthode ALCESTE à de "gros" corpus et stabilitédes "mondes lexicaux": Analyse du "Cable Gate" avec IraMuTeQ. In: Actes des 11eme Journées Internationales d'Analyse Statistique des Données Textuelles; 2012; Liège: JADT; 2012. p. 835-44.

34. Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 6. ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2014.

35. Oliveira DC, Gomes AMT, Marques SC. Análise estatística de dados textuais na pesquisa das representações sociais: alguns princípios e uma aplicação ao campo da saúde. In: Menin MSS, Schimizu AM, organizadores. Experiência e representação social: questões teóricas e metodológicas. São Paulo: Casa do psicólogo; 2005. p. 157-200.

36. Brasil. Ministério da saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União. 12 Dez 2012.

37. Universidade Federal da Bahia. Projeto Pedagógico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. Salvador: IHAC/UFBA; 2010.

38. Coelho MTÁD, Santos VP, Silva BM, et al. Concepções e práticas de saúde e doença entre alunos da primeira turma do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia. In: Teixeira CF, Coelho MTÁD, organizadoras. Uma experiência inovadora no ensino superior: bacharelado interdisciplinar em saúde. Salvador: EDUFBA; 2014. p. 111-126.

39. Conselho Federal de Psicologia. Subsídios para a campanha Não à medicalização da vida: medicalização da educação. Brasília, DF: CFP; 2012.

40. Jamshed SQ, Khan MU, Ahmad A, et al. Knowledge, Perceptions, and Attitudes toward Complementary and Alternative Medicines among Pharmacy Students of a Malaysian Public University. J. Pharm. & Bioallied. Sci. 2016; 8(1):34-38.

41. Camargo MTLA. As plantas medicinais e o sagrado, considerando seu papel na eficácia das terapias mágico-religiosas. Revista Nures. 2014; Ano X(26):1-16.

42. Dacal MPO, Silva IS. Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. Saúde debate. 2018; 42(118):724-735.

43. Teixeira CFS, Coelho MTAD, Rocha MND. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. Ciênc. Saúde Colet. 2013; 18(6):1635-1646.

44. Veras RM, Cardoso GMP, Figueredo WN, et al. Bacharelado Interdisciplinar em Saúde: um mapeamento de suas ações extensionistas no período de 2009 a 2012. In: Coelho MTÁD, Teixeira CF, organizadoras. Problematizando o Campo da Saúde: Concepções e práticas no bacharelado interdisciplinar. Salvador: EDUFBA; 2017. p. 231-48.

Recebido em 26/12/2018
Aprovado em 28/04/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

‘Saco vazio não para em pé’: Programa Bolsa Família e mortalidade por desnutrição

‘An empty bag cannot stand upright’: The Bolsa Família Program and mortality caused by malnutrition

Rafael dos Santos[1], Carla Garcia Bottega[2]

DOI: 10.1590/0103-1104201912216

RESUMO As condições de saúde resultam de fatores socioeconômicos, sobretudo aquelas doenças de causas evitáveis, como a desnutrição em crianças nos seus primeiros anos de vida. Assim, o objetivo deste estudo foi investigar a relação entre a mortalidade na infância por desnutrição e as ações em saúde do Programa Bolsa Família, comparando dados nacionais com dados do Rio Grande do Sul. Foram correlacionados, por meio do método de Pearson, dados referentes ao Programa Bolsa Família (número de famílias beneficiárias, condicionalidades em saúde colocadas pelo Programa e valores transferidos às famílias beneficiárias) com as taxas de mortalidade por desnutrição em crianças menores de cinco anos entre os anos 2005 e 2014. Os dados, cuja coleta foi realizada entre agosto e setembro de 2016, são originários da Matriz de Informação Social (MI Social), das bases do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e do Sistema de Informações de Mortalidade. Os resultados demonstraram que o Bolsa Família atua por meio da transferência de renda, pois impacta no estado nutricional da criança, e exaltaram o caráter intersetorial do Programa, possibilitando melhores condições de cidadania aos seus beneficiários, por meio da ampliação do acesso aos serviços públicos e da participação em ações de promoção e prevenção em saúde.

PALAVRAS-CHAVE Mortalidade da criança. Desnutrição. Promoção da saúde. Colaboração intersetorial.

ABSTRACT *The health of a person is the result of socioeconomic factors, especially those pertaining to preventable conditions, such as malnutrition in early childhood. Thus, this study investigated the relation between child mortality caused by malnutrition and the health measures of the Bolsa Família (Family Allowance) program in Brazil, comparing nationwide data with data from the state of Rio Grande do Sul. The Pearson correlation coefficient was used to analyze data from Bolsa Família (the number of families benefitting from the program, the health conditions it requires for eligibility, and the amount of money transferred to the families) in relation to malnutrition mortality rates among children under five, from 2005 to 2014. The data, collected between August and September 2016, were obtained from the Social Information Center (Matriz de Informação Social) of the Live Birth Information System (Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos) and the Mortality Information System (Sistema de Informações de Mortalidade) of Brazil. The results demonstrate that*

[1] Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. *d.santosrafael@gmail.com*

[2] Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS) – Porto Alegre (RS), Brasil.

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

Bolsa Família functions by transferring income, which positively affects the nutrition of children, and that its intersectionality allows for better citizenship conditions for families, by broadening access to public services and participating in health promotion and disease prevention programs.

KEYWORDS *Child mortality. Malnutrition. Health promotion. Intersectoral collaboration.*

Introdução

Conforme Monteiro[1], a desnutrição decorre da insuficiência do aporte alimentar em energia e nutrientes, ou então, do aproveitamento biológico inadequado dos alimentos ingeridos. Na infância, a desnutrição, refletida por indicadores antropométricos do estado nutricional configura-se em um dos maiores problemas de saúde enfrentados por países em desenvolvimento, pois responde por cerca de 3,5 milhões de óbitos infantis no mundo[2,3]. Segundo Caulfield et al.[4], a desnutrição infantil compreende atraso de crescimento, ou seja, baixa estatura para a idade; subnutrição, baixo peso para a altura com indicação de perda de peso aguda e baixo peso para a idade. Na maioria dos casos, tem origem em fatores socioeconômicos, visto que crianças provenientes de famílias pobres ou extremamente pobres possuem menores condições de receberem uma alimentação qualificada, em termos de ingestão de nutrientes, ou em quantidade suficiente para seu melhor desenvolvimento[5].

Black et al.[6] e Caulfield et al.[7] apontam para a relação entre a desnutrição e a sobrevivência da criança, uma vez que o aumento do nível de desnutrição infantil faz crescer o risco de óbito, em particular, por infecções como diarreia e sarampo. Ramachandran et al.[8] atentam para o ciclo vicioso existente entre essas duas causas, de modo que a desnutrição debilita as funções imunitárias do organismo e, consequentemente, aumenta o risco de infecções, da mesma forma que as doenças infecciosas prejudicam o estado nutricional da criança.

A Rede Interagencial de Informação para Saúde (Ripsa)[9] define a Taxa de Mortalidade em Menores de Cinco Anos (TMM5), como o número de óbitos destes indivíduos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado território ou espaço geográfico, no ano considerado. A TMM5 é capaz de estimar o risco de morte dos nascidos vivos durante os cinco primeiros anos de vida e expressar, genericamente, o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental insuficiente, que condicionam a desnutrição infantil e outras doenças a ela associadas. Além disso, a interpretação dos coeficientes de mortalidade nesse grupo etário contribui para diagnosticar a situação do acesso aos serviços de saúde e a qualidade dos recursos disponíveis para atender à saúde materno-infantil[9].

Criado por meio da Lei Federal nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004[10], e regulamentado pelo Decreto nº 5.209/2004[11], o Programa Bolsa Família (PBF) surgiu com o intuito de unificar a gestão e a execução das ações de outros programas de transferência de renda do Governo Federal. Dessa forma, os Programas Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Auxílio Gás e Cartão Alimentação, antes vinculados a diferentes órgãos gestores, foram integrados em único Programa de Transferência de Renda Condicionada (PTRC) e passaram a ser administrados pelo Ministério do Desenvolvimento Social. Em relação a seus beneficiários, o Bolsa Família propõe: (I) promover o acesso à rede de serviços públicos, especialmente de saúde, educação e assistência social; (II) combater a fome e promover segurança alimentar e

nutricional; (III) estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza; (IV) combater a pobreza e (V) promover a intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do Poder Público[11]. Essas metas qualificam o PBF como uma política adjuvante às ações de segurança alimentar e à melhora deste indicador em virtude da sua relação com aspectos socioeconômicos.

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) indica que as iniquidades socioeconômicas se manifestam nas condições de saúde da população, especialmente em crianças nos primeiros anos de vida, por meio do efeito cumulativo da pobreza[9]. Assim, por entender que os PTRC podem se configurar em um mecanismo catalisador do desenvolvimento socioeconômico e contribuir para a melhora dos níveis de saúde da população beneficiada por eles, este trabalho tem por objetivo investigar como as ações em saúde do Bolsa Família relacionam-se com as TMM5 por desnutrição no Brasil e no estado do Rio Grande do Sul (RS). A comparação dessa unidade da federação com dados nacionais é justificada pela situação de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) superior do RS em comparação à média nacional[12], 80,8% contra 69,8%, permitindo avaliar a efetividade do PBF em um contexto de maior acesso à alimentação.

Material e métodos

Esta é uma pesquisa avaliativa, baseada em dados secundários obtidos no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). Esses dados consistem em estatísticas vitais referentes ao número de nascidos vivos por residência da mãe e ao número de óbitos, por local de residência, entre crianças com idade menor de cinco anos por causas relacionadas com a desnutrição, elencadas pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10) por meio dos códigos E 40 a E 46.

As TMM5 foram calculadas adaptando o método usual, indicado pela Ripsa, em razão deste trabalho, focando somente nas mortes por desnutrição. Logo, as taxas de mortalidade são obtidas pelo método direto, dividindo o número de óbitos por causas relacionadas com desnutrição por mil nascidos vivos.

As informações sobre a cobertura e o número de beneficiários do PBF, bem como aquelas referentes ao acompanhamento das condicionalidades em saúde, foram obtidas a partir dos dados divulgados pela Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (Sagi) do Ministério do Desenvolvimento Social por meio da Matriz de Informação Social (MI Social). Todos os dados relacionados com a natalidade e com a mortalidade, assim como aqueles que dizem respeito ao PBF, foram coletados entre agosto e setembro de 2016.

Foram verificadas as correlações existentes entre as variáveis número médio anual de famílias acompanhadas pelas ações de saúde do PBF e as TMM5 por desnutrição no Brasil e no RS; correlação que é definida por Stevenson[13] como a medida da força ou do grau de relacionamento entre duas variáveis. Apurou-se também o grau de relacionamento entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) com as TMM5 por desnutrição e com a cobertura do PBF sob forma de verificar se este cumpre com a proposta de possibilitar o acesso à rede de serviços básicos de saúde.

A forma utilizada para verificar a correlação entre as variáveis foi coeficiente r de Pearson, definido por Figueiredo Filho e Silva Júnior[14(118)] como "[...] uma medida de associação linear entre variáveis", que sintetiza o grau de relacionamento entre elas por meio de um fator que varia entre -1,00 e +1,00.

Assim, segundo Stevenson[13], quando o r de Pearson for positivo, ocorre que as duas variáveis se relacionam de forma

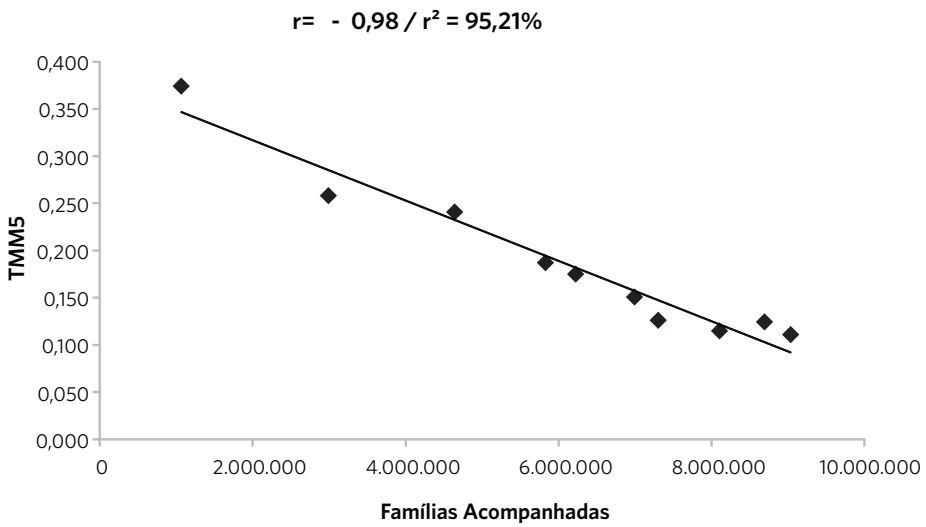
diretamente proporcional, ou seja, à medida que um valor cresce, o valor da variável dependente tende a aumentar. No caso de o coeficiente de Pearson apresentar um valor negativo, significa dizer que o relacionamento entre as variáveis é inversamente proporcional. Sendo assim, enquanto uma variável aumenta, a outra tende a diminuir.

Em um coeficiente de Pearson igual ou bem próximo a 0,00, indica-se a ausência de relação entre as variáveis. O coeficiente de determinação, definido, conforme Stevenson[13], como uma medida descritiva da proporção da variação de Y que pode ser explicada por variações em X, foi outra medida utilizada para apurar quanto, em termos percentuais, o comportamento de uma variável poderia ser determinado pelo comportamento de outra.

Resultados e discussão

Os primeiros resultados referem-se à correlação entre o número de famílias acompanhadas pelas ações de saúde do PBF e as TMM5 por desnutrição. Em nível nacional, observa-se uma correlação negativa muita alta (r = - 0,98) entre o número de famílias acompanhadas pelas ações em saúde do PBF e as TMM5 por desnutrição. Esse resultado aponta que, quanto maior o número de famílias acompanhadas, menores as taxas de mortalidade por desnutrição. Observa-se, também, que o coeficiente de determinação (r^2) aponta que 95,21% da variação da taxa de mortalidade está associada ao aumento da população de famílias acompanhadas pelas ações em saúde do PBF *(gráfico 1)*.

Gráfico 1. Correlação entre o número de famílias acompanhadas pelas ações em saúde do PBF e as TMM5 por desnutrição; Brasil, 2005-2014



Fonte: Elaboração própria. Baseado em Sagi e Datasus.

Esse resultado explica-se pelo caráter intersetorial proposto pelo PBF, que opera de maneira associada a uma perspectiva de garantia de direitos sociais básicos e efetivação das ofertas universais à população em situação de desigualdade. Desta forma, Ximenes e Agatte[15(13)] corroboram este pensamento quando sugerem que a:

> [...] sinergia gerada pela oferta simultânea do benefício monetário e dos serviços sociais de educação, saúde e assistência social potencializa a capacidade de desenvolvimento das famílias, contribuindo para sua melhor inserção na dinâmica da vida social, comunitária e produtiva.

Da Silva e Volpato[16(16)] compartilham da mesma visão na medida em que afirmam "Uma importante parceria é entre a saúde e a assistência social [...]", pois, nessa parceria, é possível aos profissionais realizarem intervenções que façam diferença na vida dessas pessoas, principalmente em relação a seus direitos, muitas vezes não reconhecidos. Cabe ressaltar que o aumento do número de famílias acompanhadas resulta também do entendimento de que PTRC servem como um mecanismo de grande valia à resolução de entraves enfrentados pelas populações mais pobres dos países em desenvolvimento para acessarem os serviços de saúde.

Nesse contexto, destaca-se a importância das condicionalidades do PBF que, conforme Silva[17(56)], constituem-se em mecanismos contributivos ao acesso e ampliação de direitos sociais básicos e incentivam a demanda,

> [...] responsabilizando o Estado na oferta de serviços públicos e às famílias beneficiárias no cumprimento das condicionalidades fixadas pelo Programa [...].

Seu acompanhamento é realizado de forma conjunta e articulada com os registros do Ministério da Saúde, da Educação e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome[10]. As condicionalidades em saúde do PBF incluem ações divididas em focos de atuação, cabendo aos beneficiários do programa o cumprimento de contrapartidas, como: acompanhamento pré-natal; participação em atividades educativas, para gestantes e nutrizes, respectivamente; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 7 anos e cumprimento do calendário de vacinas.

Consequentemente, essas contrapartidas podem se configurar em medidas eficazes na promoção e no incentivo ao uso dos serviços de saúde. No entanto, a fim de que esses resultados se tornem efetivos, é necessária a combinação com intervenções do Estado para que esses efeitos sejam produzidos e ou maximizados[18], logo, a justificativa para a inclusão do PBF na relação de indicadores do Pacto pela Saúde, o qual responsabiliza o Sistema Único de Saúde (SUS) pelo acompanhamento das ações de nutrição e saúde das famílias beneficiárias e inclui, entre as metas de fortalecimento da atenção básica, o monitoramento semestral de, ao menos, 80% das famílias com perfil de saúde beneficiárias do PBF[19].

Convém salientar a relevância da ESF para a concretização dos objetivos do PBF no que tange à promoção do acesso aos serviços básicos em saúde e à segurança alimentar e nutricional, preconizados no art. 4º do Decreto Federal nº 5.209/2004[10]. Na promoção do acesso, essa relação entre a ESF e o PBF é percebida no crescimento conjunto e correlacionado entre a cobertura da ESF, estimada por meio da média anual da população coberta e pelo número de famílias assistidas pelo Programa *(tabela 1)*.

Tabela 1. Coeficiente Pearson e coeficiente de determinação, Brasil, 2005-2014

Relação	Pearson (r)	Coeficiente de determinação (r^2)
ESF x PBF	0,94	89,11%
ESF x Acompanhamento	0,97	94,77%
ESF X TMM5	- 0,94	87,57%
PBF x Acompanhamento	0,94	89,02%
PBF x TMM5	- 0,94	88,60%

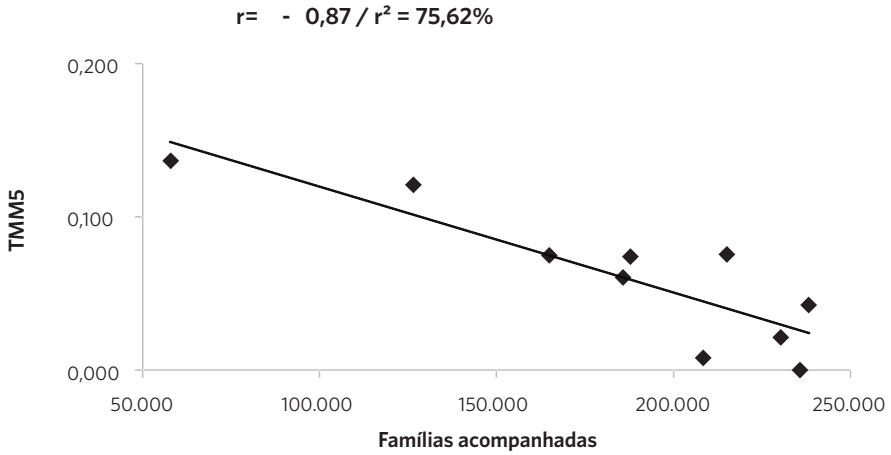
Fonte: Elaboração própria.

Os coeficientes de Pearson (r), expostos na *tabela 1*, apontam uma correlação positiva muito alta entre elas, ratificando o argumento apresentado anteriormente de que o PBF estaria associado com a ampliação do acesso aos serviços de saúde, neste caso, representado pela cobertura da ESF. Assim, à medida que aumentam as coberturas da ESF e do PBF, bem como o número de famílias acompanhadas pelo programa, as taxas de mortalidade por causas ligadas à desnutrição tendem a diminuir, conforme indica o coeficiente r entre essa variável e as demais.

É possível observar também que tanto as coberturas do PBF quanto as da ESF apresentam uma intensidade de correlação negativa muito alta com as taxas de mortalidade por desnutrição. Nota-se ainda que a correlação entre a cobertura da ESF e o acompanhamento das condicionalidades do PBF apresenta uma intensidade negativa muito alta e maior, inclusive, do que o coeficiente de Pearson obtido por meio do relacionamento entre o PBF e o acompanhamento das ações em saúde do programa. Logo, deduz-se que a efetividade do Programa sobre os resultados em saúde, neste caso, representados pelas taxas de mortalidade na infância por desnutrição, dependeria mais do acesso aos serviços de saúde – em particular, à atenção básica – assim como da qualidade ofertada por esses serviços[18,20]. Ranganathan e Lagarde[18] corroboram essa afirmativa ao apontarem que o efeito do PBF nas TMM5 por desnutrição é resultado do aumento propiciado pelos programas de transferência de renda condicional aos serviços de prevenção. Dessa forma, a correlação entre o PBF e as TMM5 resulta da interação entre as ações do Programa, sobretudo aquelas relacionadas com a saúde e com o SUS.

No estado do RS, o primeiro resultado obtido aponta que, assim como os resultados demonstrados na análise nacional, a correlação entre o acompanhamento das condicionalidades e as taxas de mortalidade no estado apresenta um grau de intensidade negativa muito alta[21] (- 0,87) e que 75,62% (r^2) do comportamento das TMM5 por desnutrição ao longo da série histórica é determinado pelo número de famílias acompanhadas pelas ações em saúde do PBF *(gráfico 2)*. No entanto, esses índices, quando comparados aos apresentados em nível nacional (r = -0,98 e r^2 = 95,21%), mostram-se inferiores.

Gráfico 2. Correlação entre o número de famílias acompanhadas pelas ações em saúde do PBF e as TMM5 por desnutrição; Rio Grande do Sul, 2005-2014



Fonte: Elaboração própria. Baseado em Sagi e Datasus.

Observando os mesmos indicadores de análise explorados no âmbito nacional, quais sejam eles: a cobertura do PBF e da ESF, além do acompanhamento das condicionalidades em saúde do Programa no RS, bem como o grau de correlação existente entre essas variáveis (*tabela 2*), obteve-se que os resultados demonstram um grau de relacionamento de intensidade negativa moderada entre o PBF e as taxas de mortalidade na infância por desnutrição, assim como entre a cobertura do programa e o acompanhamento de suas ações em saúde (r = - 0,54 e r = - 0,50, respectivamente).

Tabela 2. Coeficiente Pearson e coeficiente de determinação, Rio Grande do Sul, 2005-2014

Relação	Pearson (r)	Coeficiente de determinação (r^2)
PBF x TMM5	- 0,54	28,89%
PBF x Acompanhamento	-0,50	25,50%
ESF x PBF	0,47	21,95%
ESF x Acompanhamento	0,88	77,24%
ESF X TMM5	-0,77	59,75%

Fonte: Elaboração própria.

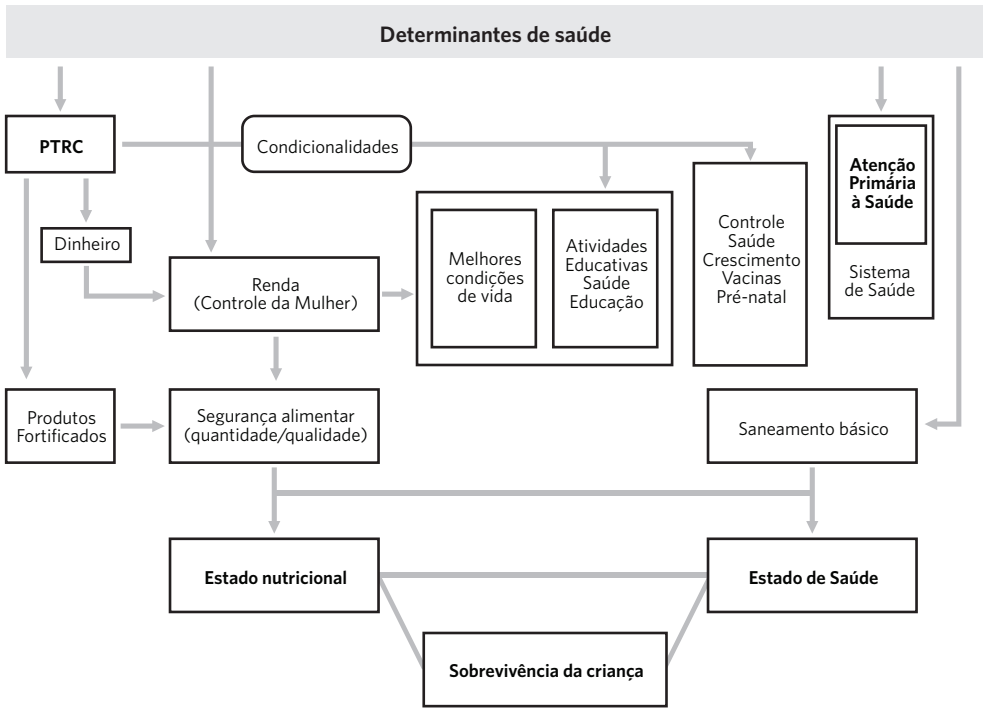
Considerando a regressão (r^2) obtida ao relacionar o número de beneficiários com as variáveis taxas de mortalidade por desnutrição (r^2 = 28,89%) e acompanhamento das ações em saúde do PBF (r^2 = 25,50%), não é possível associar as TMM5 por desnutrição e o acompanhamento das ações em saúde com o Bolsa Família. O mesmo ocorre na correlação entre a abrangência da ESF e a cobertura do PBF no estado (r = 0,47 e r^2 = 21,95%), que, diferentemente dos resultados obtidos em nível nacional, não apresentam uma influência significativa do Programa no acesso à saúde para as famílias beneficiárias. Uma hipótese para essas diferenças em relação aos resultados aferidos no Brasil é o desempenho regularmente superior do Programa Saúde da Família (PSF), na região Sul[22], principalmente em contextos de maior iniquidade social e de saúde, pois a mortalidade na infância estaria mais influenciada pela efetividade da Atenção Primária à Saúde (APS) ofertada nesse território. Os resultados que serão apresentados a seguir ratificam essa conclusão.

A ESF demonstra uma maior associação com as TMM5 por desnutrição, conforme o grau de correlação entre essas variáveis (r = - 0,77), assim como seu coeficiente de determinação (r^2 = 59,75%). A ESF pode ser considerada também como um determinante importante na variação do número de famílias acompanhadas pelas ações em saúde do PBF, tendo em vista a intensidade positiva muito alta apresentada nessa correlação (r = 0,88), e seu coeficiente de determinação, que indica um percentual de 77,24%.

Esses índices reforçam a importância da intersetorialidade para a melhor execução das ações propostas pelo Programa, sobretudo aquelas concernentes à Saúde Pública. As correlações apresentadas neste estudo apontam que o Programa pode ter interferência sobre o comportamento das TMM5 por desnutrição ao longo da série histórica analisada, embora o modelo estatístico utilizado não permita que se infira uma relação de causa-efeito[23]. No entanto, como pode-se observar, há a ocorrência de uma associação entre as ações do PBF, sobretudo aquelas relacionadas com a saúde, tanto no âmbito nacional quanto estadual. Possivelmente, essa relação justifica-se pela atuação do Programa conjuntamente com a APS sobre os determinantes que agem sobre a sobrevivência da criança.

Rasella[20] sintetiza e sugere que a atuação da transferência de renda condicional sobre a sobrevivência da criança ocorre em três domínios *(figura 1)*.

Figura 1. Modelo teórico dos efeitos dos programas de transferências condicionadas de renda e da Atenção Primária à Saúde sobre a sobrevivência da criança



Fonte: Elaboração própria, baseado em Rasella[20].

O primeiro deles, por óbvio, é mediante o valor monetário transferido às famílias beneficiárias, o qual possibilitaria uma melhora em suas condições de vida, principalmente em relação à aquisição de produtos de higiene e farmacêuticos. Outro aspecto diz respeito à segurança alimentar, sendo este um produto fortificado pela renda também e que impacta no estado nutricional da criança. Por fim, encontram-se as condicionalidades colocadas pelo PBF aos beneficiários, que servem como elo entre a assistência social e o sistema de saúde. Sua atuação ocorre por intermédio de atividades de promoção e educação em saúde e nutrição, bem como dos controles de vacinação, crescimento das crianças e pré-natal das gestantes. Essas medidas agem sobre o estado de saúde da população de beneficiários e conjuntamente com a melhora do estado nutricional, propiciado pelo programa de transferência de renda, e têm efeito na sobrevivência da criança.

Considerações finais

Este artigo não teve a pretensão de explicar o comportamento das taxas de mortalidade na infância por desnutrição por meio de uma relação de causa-efeito com o PBF, pois entende que o modelo estatístico adotado na análise serve, tão somente, para verificar a ocorrência de uma associação entre duas variáveis. Dessa forma, procurou-se, com este estudo, investigar a correlação entre o PBF e as TMM5 por desnutrição no Brasil e no estado do RS sob a hipótese de que o Bolsa Família transcenderia a forma de uma política assistencialista e propiciaria, por intermédio de seus objetivos, uma situação de equidade às populações mais pobres em todos os aspectos, criando, assim, melhores condições de cidadania a elas por meio do acesso aos seus direitos sociais; o que, consequentemente, geraria resultados positivos sobre a saúde dessas pessoas.

Assim, os resultados obtidos na pesquisa refutam o caráter meramente assistencialista imputado ao Programa, pois demonstraram um grau de correlação negativo alto entre as variáveis renda transferida, acompanhamento das condicionalidades em saúde e TMM5 por desnutrição, tanto no Brasil quanto no RS. Logo, as informações obtidas com o tratamento desses dados sugerem que o PBF pode produzir resultados em saúde, em particular, sobre a mortalidade na infância, porém, como fora dito anteriormente, não se pode afirmar que seja o causador de determinado comportamento, mas é um dos fatores de sua composição.

Em relação à ampliação do acesso à saúde, procurou-se correlacionar, em paralelo, a cobertura da ESF e do PBF, ainda que não estivesse proposto entre os objetivos desse trabalho, como forma de averiguar se o aumento da cobertura dessas duas políticas públicas tivesse alguma associação. Verificou-se que a ESF poderia, sim, ter influência sobre as taxas de mortalidade na infância por desnutrição, seja por conta de sua alta correlação com o Programa, no caso do Brasil, seja pelo acompanhamento de suas condicionalidades em saúde, ou então, de maneira direta, em razão de os seus objetivos envolver a promoção e a prevenção em saúde, como ocorrera no estado do RS.

Pôde-se constatar, com este estudo, que o Bolsa Família sozinho não é capaz de produzir algum resultado positivo sobre qualquer agravo em saúde; nem ao menos em uma situação que esteja tão ligada a aspectos econômicos e sociais, como a mortalidade na infância. O contrário também se faz verdadeiro, pois, por mais eficiente e eficaz que a saúde pública seja, o desenvolvimento social e o combate às iniquidades do sistema não podem ser negligenciados, porque as condições de saúde são valores comunitários e determinados por aspectos ambientais e relacionados com a capacidade de consumo da população.

Além disso, o PBF configura-se apenas em uma peça de um sistema de direitos sociais básicos e está longe de ser considerado a panaceia das iniquidades, pois se acredita que a transferência de renda deva ser uma condição transitória ao passo que outros setores do estado devam agir de forma integrada, a fim de quebrar o ciclo de pobreza intergeracional, ofertando condições adequadas de educação, saúde e desenvolvimento a sua população.

No entanto, se o Bolsa Família não é a solução para todas as desigualdades, ao menos se apresenta como um meio capaz de contribuir para que elas se atenuem. Por fim, vale lembrar que desenvolvimento econômico também se faz com desenvolvimento social e políticas de assistência aos mais vulneráveis. Como provocação aos detratores do PBF, vale também lembrar, evocando um antigo ditado popular, que se 'saco vazio não para em pé', um país com fome e doente estará fadado a desmoronar com seus altos índices de mortalidade infantil associada à desnutrição e à falta de assistência integral à saúde.

Colaboradores

Santos R (0000-0003-3345-1804)* e Bottega CG (0000-0003-3345-1804)* contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Monteiro CA. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. Estud. Avanç. 2003; 17(48):7-20.

2. Monteiro CA, Benicio MHD, Konno SC, et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. Rev. Saúde Públ., 2009;43(1):35-43.

3. Horton R. Maternal and child undernutrition: an urgent opportunity. The Lancet. 2008; 371(9608):177-274.

4. Caulfield LE, Richard SA, Rivera SA, et al. Stunting, wasting, and micronutrient deficiency disorders. 2006.

5. World Health Organization. The world health report 2008: primary health care: now more than ever. Genebra: WHO; 2008.

6. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. The Lancet. 2008; 371(9608):243-260.

7. Caulfield LE, Onis M, Blössner M, et al. Undernutrition as an underlying cause of child deaths associated with diarrhea, pneumonia, malaria, and measles. The American journal of clinical nutrition, 2004; 80(1):193-198.

8. Ramachandran P, Gopalan HS. Undernutrition & risk of infections in preschool children. Indian Journal of Medical Research. 2009; 130(5):579-83.

9. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.

10. Brasil. Lei Federal nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Diário Oficial da União. 10 Jan 2004.

11. Brasil. Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 18 Set 2004.

12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: segurança alimentar 2004/2009 [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acesso em 2019 jun 10]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=247241.

13. Stevenson WJ. Estatística aplicada à administração. São Paulo: Harbra: 2001.

14. Figueiredo Filho DB, Silva Júnior JA. Desvendando os mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). Rev. Política Hoje. 2010; 18(1):115-146.

15. Ximenes DA, Agatte JP. A gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família: uma experiência intersetorial e federativa. Inclusão Soc. 2012; 5(1):11-19.

16. Da Silva GA, Volpato LMB. Articulação entre a Política de Saúde e a Política de Assistência Social no âmbito do Programa de Transferência de Renda Bolsa Família, na busca de atender a totalidade das famílias beneficiárias [internet]. Seminário Integrado. 2015 [acesso em 2016 nov 15]; 9(9):1-19. Disponível em: http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/SemIntegrado/article/view/5153/4905.

17. Silva MOS. Condicionalidades do Programa Bolsa Família. In: Rosa MCF, Hellmann A, organizadoras. Dicionário crítico: política de assistência social no Brasil. Porto Alegre: UFRGS, 2016. p. 56-59.

18. Ranganathan M, Lagarde M. Promoting healthy behaviours and improving health outcomes in low and middle income countries: a review of the impact of conditional cash transfer programmes. Preventive medicine. 2012; 55(suppl):S95-S105.

19. Brasil. Portaria nº 325/GM de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramen-

to e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação [internet]. [acesso em 2016 abr 23]. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dl static/10112/5127 629/41327 82/Portarian.325GMde21defevereirode2008.pdf.

20. Rasella D. Impacto do Programa Bolsa Família e seu efeito conjunto com a Estratégia Saúde da Família sobre a mortalidade no Brasil [tese]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2013. 92 p.

21. Bisquerra R, Sarriera JC, Matínez F. Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS. Porto Alegre: Bookman, 2009.

22. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Ciênc. Saúde Colet. v. 11, p. 669-681, 2006.

23. Asher HB. Causal modeling: Quantitative applications in the social sciences. Beverly Hills: Sage Publications, 1983.

Recebido em 14/01/2019
Aprovado em 18/07/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Caminhos da internacionalização dos periódicos de saúde coletiva

Pathways for the internationalization of public health journals

José Leopoldo Ferreira Antunes[1], Aluísio Jardim Dornellas de Barros[2], Maria Cecília de Souza Minayo[3]

DOI: 10.1590/0103-1104201912217

RESUMO Esse texto teve como objetivo apresentar caminhos para que o meio editorial em saúde coletiva incremente a visibilidade das revistas brasileiras no exterior. Sinteticamente, essas medidas são: publicação dos artigos em inglês; indexação dos periódicos nas principais bases de dados internacionais (PubMed, Scopus, Web of Science etc.); inclusão das revistas nos repositórios on-line internacionais (SciELO, PMC, Europe PMC etc.); adoção de sistema de gestão editorial em inglês, permitindo a comunicação entre autores, editores e revisores de diferentes países; adoção de licença de direitos de cópia, permitindo a divulgação dos artigos publicados em repositórios individuais e institucionais. Muitas dessas sugestões já vêm sendo implantadas, e várias revistas no Brasil já avançaram no trajeto assinalado. Essas diretrizes implicam custos adicionais e empenho editorial. A produção de uma revista científica com impacto internacional não deveria ser responsabilidade apenas dos editores e dos autores. É fundamental que as agências de fomento à pesquisa criem fontes sustentáveis de financiamento e de internacionalização para as revistas brasileiras de reconhecido mérito.

PALAVRAS-CHAVE Publicações periódicas. Resumos e indexação como assunto. Saúde global.

ABSTRACT *The objective of this text was to explore how public health journals edited in Brazil can increase their international impact. Synthetically, the following measures were proposed: the publication of articles in English; the indexing of journals in the leading international databases (PubMed, Scopus, Web of Science etc.); the inclusion of journals in international online repositories (SciELO, PMC, Europe PMC etc.); the adoption of editorial a management system allowing for the communication in English between authors, editors and reviewers from different countries; the adoption of copyrights allowing for free access of the articles, and their distribution in individual and institutional repositories. Several journals in Brazil have already implemented many of these suggestions. These guidelines imply additional costs and editorial commitment. The production of a scientific journal with international impact should not be the responsibility of editors and authors alone. Governmental agencies for funding research should provide sustainable sources to support the internationalization of Brazilian journals with recognized merit.*

KEYWORDS *Periodicals. Abstracting and indexing as topic. Global health.*

[1] Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública – São Paulo (SP), Brasil.
leopoldo@usp.br

[2] Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia – Pelotas (RS), Brasil.

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

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

Introdução

A ciência (diferentemente da tecnologia *hard*) não tem reserva de mercado. Ela já nasceu com vocação para se expandir. Seu berço mais expressivo foram os países ocidentais considerados mais desenvolvidos. Neste século, algumas nações emergentes vêm tomando consciência da importância de dar visibilidade internacional ao produto de seu conhecimento, por meio das mais diferentes estratégias. E nesse caminho, muitas questões se fazem presentes: por que internacionalizar? Em que direção?

Em texto publicado na revista 'Nature', Adams[1] apresentou uma análise dos artigos das três últimas décadas e concluiu que, na atualidade, a melhor ciência provém da colaboração internacional. O autor avaliou que, no Reino Unido, a proporção de trabalhos com participação de autores de mais de um país aumentou de 20% para 50% entre 1981 e 2012. No Brasil, essa proporção oscilou em torno de 25% em todo o período, com o máximo na década de 1990, quando alcançou pouco mais de 30%[2]. A publicação feita com a colaboração de vários pesquisadores também impacta positivamente os índices de citação.

Cunha-Mello[3] fez uma longa revisão sobre como a internacionalização da ciência é pensada e efetivada nos países ditos desenvolvidos, e apresenta dois exemplos: o caso da Dinamarca, e a forma de indução e avaliação do Conselho de Pesquisa Europeu. Quatro atores principais estão implicados em ambos os exemplos: os governos, as agências de fomento, as universidades e os grupos de pesquisa. Nos locais em que a ciência e a tecnologia passaram a fazer parte do bem-estar cotidiano da população, os governantes já entenderam que as sociedades do conhecimento induzem políticas econômicas, sociais e culturais que podem resultar em bem-estar das nações. No entanto, a ciência não pode ser feita apenas com ações pontuais, as quais costumam ajudar, mas não resolvem o âmago da questão da internacionalização, por exemplo, em um país como o Brasil.

No caso brasileiro, Farias[4] considerou que a chave para as revistas brasileiras é a intensificação do conhecimento da língua inglesa e a especialização dos editores, revisores e autores. Para elevar o padrão de compreensão dos textos, os tradutores precisam ser profissionais nativos de países onde o inglês é a língua oficial. Mas para isso é preciso que a editoração científica seja valorizada e devidamente financiada.

O caso aqui em questão é o papel dos periódicos do campo da saúde pública/saúde coletiva, hoje uma das áreas mais atuantes na produção científica nacional. A introdução mais geral sobre internacionalização da ciência se justifica pelo fato de que muitos obstáculos encontrados hoje no caminho pretendido são fruto da falta de uma visão abrangente que contemple profissionalização e financiamento. Nos últimos anos tem havido uma forte indução da Coleção SciELO Brasil para a profissionalização e o aprimoramento dos processos editoriais, e para que as revistas se abram ao público do exterior.

O texto a seguir tem como objetivo apresentar alguns caminhos para que o meio editorial em saúde coletiva incremente a visibilidade das revistas brasileiras no exterior. Muitas sugestões já vêm sendo implantadas, e no Brasil várias revistas já avançaram no trajeto assinalado. Tudo isso certamente tem valor, desde que não se perca a perspectiva mais ampla de valorizar a divulgação da produção nacional. Por esse motivo, muitas questões ficam pendentes, e é sobre elas também que se fazem algumas considerações finais.

Caminhos iniciais da internacionalização dos periódicos

A história da imprensa científica em ciências da saúde no Brasil remonta à primeira metade do século XIX. Os primeiros periódicos médicos foram criados pela Academia Imperial

de Medicina – o 'Propagador das Ciências Médicas', em 1827, e o 'Semanário de Saúde Pública', em 1831[5]. Tiveram vida curta e foram interrompidos poucos anos depois, por dificuldades financeiras. Mas nas décadas seguintes outros periódicos os sucederam na divulgação das pesquisas de saúde e em assuntos corporativos da classe médica, como é o caso da 'Gazeta Médica da Bahia', 'Brasil Médico', da 'Gazeta Clínica' e da 'Revista Médica de São Paulo', entre outras.

Desde seus primórdios, esses periódicos tiveram a internacionalização como uma diretriz editorial, uma vez que traziam notícias de outros países e traduziam artigos publicados no exterior. Ou seja, a internacionalização era uma interação valorizada pelo meio profissional, mas tinha apenas um sentido 'de lá para cá'.

Especificamente aplicada à área da saúde coletiva, a 'Revista de Saúde Pública'[6] é a mais antiga do País, tendo sido lançada em 1967 pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) como sucedânea de outros periódicos, o mais antigo deles criado em 1919. As outras revistas que integram o quadro atual da divulgação científica em saúde coletiva no País foram criadas nas décadas seguintes: 'Saúde em Debate'[7] (a revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes), em 1976; os 'Cadernos de Saúde Pública'[8], da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em 1985; 'Epidemiologia e Serviços de Saúde'[9], mantida pelo Ministério da Saúde desde 1992; os periódicos da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) 'Ciência & Saúde Coletiva'[10], em 1996, e a 'Revista Brasileira de Epidemiologia'[11], em 1998; além de 'Physis', 'Interface: Comunicação, Saúde e Educação', 'Saúde e Sociedade', 'Cadernos Saúde Coletiva', 'Revista Brasileira de Saúde Ocupacional'. Esta relação não é abrangente e está longe de ser completa. Em 2014, a Abrasco criou o Fórum de Editores de Saúde Coletiva[12], congregando 26 periódicos da área em todo o País.

Do ponto de vista editorial, a saúde coletiva é uma das áreas mais bem servidas no País. Além desses periódicos, a produção científica da área ocupa um espaço considerável nas revistas médicas, odontológicas, de nutrição, de enfermagem, de educação física, das ciências da saúde em geral. Ademais, periódicos no exterior publicam artigos escritos no Brasil, qualificando uma interlocução internacional que ultrapassa as revistas sediadas no País.

A multiplicidade e a longevidade da produção bibliográfica em saúde coletiva no Brasil atestam suas muitas funções e utilidades. Os periódicos da área veiculam a comunicação entre estudantes, pesquisadores e trabalhadores de saúde. Além disso, propiciam a interação destes com os gestores dos serviços de saúde e com os formuladores das políticas do setor, diferentemente das áreas em que a comunicação científica é mais restrita ao meio acadêmico. Muitos artigos também são lidos pelo público em geral, porque estão em acesso aberto, e alguns deles, nas redes sociais. E os conteúdos promovem a educação continuada, a atualização profissional e a inovação em procedimentos, programação e políticas de saúde.

Em todos esses aspectos, o escopo das revistas se beneficia da troca de experiências propiciada pela interação internacional. No contexto mais recente, já não é tão importante divulgar notícias de outros países e traduzir artigos publicados no exterior – a preocupação dos primeiros periódicos de nossa história –, pois os periódicos sediados no exterior circulam extensamente no Brasil. De um lado, há o movimento de acesso aberto à comunicação científica; de outro, o recurso ao portal periodicos.capes.gov.br para acesso a muitas revistas que ficariam restritas aos assinantes e leitores pagantes. Assim, o alvo principal dos esforços de internacionalização dos periódicos de saúde coletiva passou a ser dar visibilidade internacional ao conhecimento científico produzido no País. Ou seja, o sentido 'de lá para cá' de nossa interação foi bem resolvido com o acesso on-line e o acesso livre. Mas a divulgação 'de cá para lá' de nossa atividade profissional ainda enfrenta dificuldades e precisa ser expandida, de

modo a ampliar a visibilidade internacional do conhecimento aqui produzido.

A perspectiva de divulgar a produção científica do País no exterior favorece a comunicação dos problemas de saúde do País, dos métodos utilizados e das tentativas de solução. A divulgação internacional é também um meio para fortalecer os periódicos nacionais, tornando-os mais atraentes para o meio profissional e oferecendo aos pesquisadores difusão mais ampla de seus estudos.

Caminhos atuais para intensificar a internacionalização

Uma primeira medida relevante na atualidade é publicar os artigos em inglês. Tem-se valorizado a publicação simultânea em inglês e português como estratégia preferencial para maximizar a divulgação dos artigos tanto no País como no exterior. Essa iniciativa começou a ser aplicada nos anos 1980, e expandiu-se consideravelmente nas décadas seguintes, apesar do custo adicional para os autores e os periódicos. Parte-se da premissa de que o inglês é, inegavelmente, o idioma mais utilizado mundialmente na comunicação científica.

Em geral, estudantes, pesquisadores e profissionais brasileiros são proficientes para a leitura de artigos em inglês. No entanto, poucos conseguem escrever em inglês com eficiência e efetividade, o que gera um custo adicional para a publicação científica. Nesse sentido, a recomendação de verter os artigos para o inglês deveria ser acompanhada pelo apoio financeiro de que as revistas necessitam para cumprir essa tarefa.

Essa é uma questão-chave. No Brasil, de maneira geral, o poder público não valoriza a divulgação científica. Enquanto agências internacionais de fomento pagam os custos de publicação dos artigos gerados pelos projetos que financiam, as agências nacionais fazem o contrário. Por exemplo, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) não permite incluir a publicação dos artigos ou livros no orçamento dos projetos. Seria preciso reverter essa tendência.

Uma segunda medida é indexar as revistas editadas no Brasil nas principais bases de dados internacionais: Medline, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Embase, Web of Science e outras. Essa iniciativa também é fundamental, pois os artigos publicados em revistas não indexadas têm circulação muito restrita e é difícil encontrá-los. Cumprir o objetivo de indexação internacional implica custo e esforço dos periódicos, pois eles precisam atingir e manter os critérios de excelência editorial estipulados pelas bases de dados.

Muitos periódicos já foram indexados, o que intensificou a interlocução dos autores no âmbito internacional. A divulgação do resumo de seus artigos nos mecanismos de busca especializada potencializa sua leitura por profissionais interessados nos temas publicados. Além disso, o aumento da participação de revistas brasileiras nas bases de dados que contabilizam citações bibliográficas ajuda a soerguer as demais revistas, pois resulta em melhor avaliação dos indicadores métricos de todos os periódicos, como é o caso do fator de impacto e do índice H. É muito importante que as revistas brasileiras se organizem e se qualifiquem para sua indexação nas bases internacionais.

A terceira proposição para os periódicos de saúde coletiva é sua inclusão nos principais repositórios internacionais. Essa iniciativa também vem sendo progressivamente adotada, e algumas revistas brasileiras já utilizam esse recurso para dinamizar a divulgação internacional dos artigos. Tão logo são publicados em meio físico ou digital, os textos completos passam a ter seus arquivos HTML e PDF distribuídos gratuitamente por esses repositórios, de modo análogo à publicação on-line em Scientific Electronic Library Online (SciELO). Além disso, esses repositórios inserem *links* de direcionamento nos mecanismos de busca,

aumentando a visibilidade internacional dos artigos. Para as revistas brasileiras que ainda não o fizeram, a adoção dessa medida também é uma estratégia muito interessante.

Os principais repositórios internacionais são os seguintes:

• PubMed Central (PMC), o acervo com mais de três mil periódicos da National Library of Medicine dos Estados Unidos: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/

• Europe PMC, mantido por associações de profissionais e instituições de saúde europeias: https://europepmc.org/

• Redalyc (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal), o sistema de informação científica mantido pela Universidade Autônoma do Estado do México e por várias outras instituições de ensino e pesquisa (cerca de 550 periódicos): http://www.redalyc.org/home.oa

• CNKI (China National Knowledge Infrastructure), acervo com cerca de dois mil periódicos da Universidade de Tsinghua e apoio dos Ministérios da Educação e da Ciência do governo chinês: http://oversea.cnki.net/kns55/default.aspx

A quarta medida de interesse para a internacionalização é a adoção do sistema administrativo ScholarOne Manuscripts, para gerenciar a submissão e a avaliação de manuscritos. Para as revistas integrantes da Coleção SciELO Brasil, esse sistema foi oferecido sem custo adicional; isto é, a expensas da SciELO. Mesmo assim, algumas revistas da coleção ainda não adotaram o sistema.

O ScholarOne apresenta muitas vantagens operacionais em relação aos antigos sistemas administrativos utilizados pelas revistas: permite a produção de estatísticas sobre o processo editorial e o controle de plágio e similaridade de texto, e faz sugestão automatizada de especialistas internacionais para indicação como revisores. O sistema ScholarOne tem ainda a vantagem de fazer em inglês a comunicação entre editores, autores e revisores, permitindo que a submissão de artigos, seu processamento editorial e a solicitação de pareceres sejam acessíveis para interessados que não falam português.

Por fim, a quinta medida para a difusão internacional dos periódicos de saúde coletiva editados no Brasil também é promovida pela Coleção SciELO Brasil: a adoção da licença de direitos de cópia Creative Commons (CC-BY). Essa opção autoriza redistribuir os artigos publicados em qualquer suporte ou formato, como os repositórios internacionais acima mencionados. Os artigos completos que foram publicados sob essa licença podem ser republicados integralmente ou em parte em livros ou coletâneas, desde que devidamente referenciados. Podem ser oferecidos nas redes de relacionamento de pesquisa e nos repositórios de pesquisa. Os autores podem carregar os arquivos PDF dos artigos publicados, no formato original da publicação, em *sites* como researchgate.net e academia.edu, em *blogs* e em páginas pessoais. O mesmo pode ser feito pelas instituições de ensino e pesquisa em seus repositórios institucionais, como revistas.usp.br, periodicos.fiocruz.br e arca.fiocruz.br. Todos esses recursos são de interesse das revistas de saúde coletiva e favorecem a divulgação internacional dos artigos publicados.

O caminho que rejeitamos e as soluções que esperamos

As revistas de saúde coletiva não rejeitam a internacionalização. Ao contrário, valorizam essa perspectiva, e vêm tomando medidas importantes nessa direção. Há interesse internacional pelo conhecimento produzido no País; há reconhecimento internacional quanto à qualidade da pesquisa aqui realizada e dos pesquisadores que aqui atuam.

Mas o meio editorial da saúde coletiva resiste à adoção de critérios de avaliação da qualidade dos periódicos com base na contabilidade da participação de profissionais sediados no exterior como autores dos artigos publicados, revisores *(peer review)* e editores das revistas. Critérios desse tipo têm sido impostos unilateralmente em processos de avaliação em ciência e tecnologia, com resultados ainda obscuros.

Mas a avaliação induz o planejamento e a ação. Atribuir valor ao aumento de autores estrangeiros no portfólio de artigos publicados pode levar a distorções como induzir a aprovação de artigos de pior qualidade. Até mesmo em função do progresso editorial das revistas brasileiras, há uma crescente submissão de artigos de baixa qualidade produzidos no exterior, sem nenhuma perspectiva de interlocução com a pesquisa realizada no País. Autores estrangeiros eventualmente incluíram as revistas brasileiras no rol de oportunidades para publicação internacional de seus trabalhos, especialmente porque, em sua maioria, elas oferecem publicação em acesso aberto sem custo. É uma opção legítima por parte dos autores; no entanto, os editores precisam preservar sua autonomia para avaliar tais submissões com o mesmo critério que utilizam para avaliar os trabalhos produzidos no País. Em resumo, os artigos submetidos não devem ser priorizados em função de sua origem.

Valorizar mais a publicação de artigos de autores 'estrangeiros' (ou sediados no exterior) em relação aos autores 'nacionais' (ou sediados no País) rompe a premissa de que o processo de avaliação editorial deve ser autônomo e livre de constrangimentos extracientíficos. O mesmo pode ser dito quanto à seleção dos revisores e editores envolvidos no processo de avaliação de cada artigo. Os critérios para a seleção de editores e revisores devem ser a competência para avaliar os temas abordados e a independência entre avaliadores e avaliados. Valorizar mais a participação de avaliadores estrangeiros em relação aos nacionais também rompe a autonomia do processo editorial.

A credibilidade e o prestígio das revistas se fundamentam na qualidade desse processo. Revistas boas são aquelas que atraem os melhores artigos, e os selecionam e aprimoram por meio de *peer review*. Os periódicos científicos devem preservar a escolha, a avaliação e a edição dos artigos livres de interferências externas quanto a quem é escolhido para participar desses processos, ou quanto a seus resultados. A reflexão científica que seleciona e aprimora os artigos publicados deve estar restrita ao conselho editorial das revistas, a editores científicos e associados, e a revisores convidados para participar do processo.

O Brasil conta com profissionais com excelente qualificação para a interlocução internacional. Muitos brasileiros e estrangeiros que atuam nas instituições de ensino e pesquisa do País participam do processo editorial internacional como editores científicos, associados e revisores convidados das revistas estrangeiras, ou mesmo como autores de artigos publicados nessas revistas. Isto é, há prestígio e competência reconhecidos internacionalmente nos profissionais que aqui atuam.

Não é correto e não se justifica impor a participação de autores, revisores e editores sediados em instituições no exterior nos processos editoriais das revistas brasileiras. Quando se dá pela livre iniciativa dos profissionais e dos periódicos, essa participação pode ser proveitosa para a produção e a veiculação do conhecimento científico. Sob o pretexto de promover a internacionalização das revistas, a imposição de critérios de avaliação dos periódicos pelo país de origem dos autores, revisores e editores parece querer induzir um desnecessário e indesejado efeito de 'estrangeirização' dos periódicos produzidos no País.

Por fim, retomam-se dois pontos do que foi dito na introdução. Em primeiro, como foi constatado por Adams[1], ex-diretor de avaliação de pesquisa da Thomson Reuters e atual consultor da Universidade de Leeds, no Reino Unido, a melhor investigação é fruto da colaboração entre pessoas de vários países. Esse é o ponto alto da internacionalização, e

depende de política científica. O País precisa ter incentivo para que pesquisadores e estudantes possam ir para o exterior, e para atrair colaboradores para as investigações locais. Isso é importante porque, pelo menos na área da saúde, salvo raras exceções, a participação dos brasileiros nos artigos de estrangeiros – quase sempre os americanos – não se dá com autores principais. Nesse sentido, as revistas estão na ponta extrema do processo científico: elas publicam o que foi produzido e não podem ser responsabilizadas pela ausência de cooperação entre pesquisadores.

O segundo ponto é sobre política científica. A divulgação feita pelos periódicos precisa fazer parte de uma política de governo que reconheça a importância da produção do conhecimento e a inclua em seu planejamento e em seu financiamento. O esforço de produzir uma revista e todas as estratégias para internacionalizá-la não podem ser responsabilidade apenas dos editores e dos autores. Portanto, é fundamental que a saúde pública/saúde coletiva, ao lado de outras áreas, provoque uma mudança de cultura no Ministério de Ciência e Tecnologia e nas instituições de fomento, para que sejam criadas fontes sustentáveis de financiamento e de internacionalização para as revistas brasileiras de reconhecido mérito.

Colaboradores

Antunes JLF (0000-0003-3972-9723)*, Barros AJD (0000-0002-2022-8729)* e Minayo MCS (0000-0001-6187-9301)* contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Adams J. The fourth age of research. Nature 2013; 497:557-560.
2. Carvalho MS, Travassos C, Coeli CM. A internacionalização da ciência. Cad. Saúde Pública 2014; 30(8):1585-1587.
3. Cunha-Melo JR. Indicadores efetivos da internacionalização da ciência. Rev Col Bras Cir 2015; 42(supl1):20-25.
4. Farias AS. Internacionalização dos periódicos brasileiros. Rev Adm Empres. 2017; 57(4):401-4.
5. Oliveira PHFD. Propagador das Sciencias Medicas e Semanário de Saúde Pública: as moléstias mentais nos periódicos médicos brasileiros (Rio de Janeiro, 1827-1833). Revista Discente do Programa de Pós-Graduação em História – UFJF. 2017; 3(6):92-109.
6. Monteiro CA, Barata RB, Antunes JLF. Cinquenta anos da Revista de Saúde Pública. Rev Saude Publica. 2016; 50:1.
7. Amarante P, Rizzotto MLF, Costa AM. Memória de um movimento: a revista Saúde em Debate e a reforma sanitária brasileira. Ciênc. Saúde Colet. 2015;

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

20(7):2023-2029.

8. Carvalho MS, Coeli CM, Travassos C. Uma breve história de Cadernos de Saúde Pública. Ciênc. Saúde Colet. 2015; 20(7):2007-2012.

9. Garcia LP, Duarte E. Epidemiologia e Serviços de Saúde: a trajetória da revista do Sistema Único de Saúde do Brasil. Ciênc. Saúde Colet. 2015; 20(7):2081-2090.

10. Minayo MCS, Gomes R. Ciência & Saúde Coletiva no contexto nacional e internacional da divulgação científica. Ciênc. Saúde Colet. 2015; 20(7):2013-2022.

11. Almeida MF, Goldbaum M, Carvalheiro JR. A Revista Brasileira de Epidemiologia: 18 anos de contribuição à difusão de conhecimentos. Ciênc. Saúde Colet. 2015; 20(7):2031-2039.

12. Antunes JLF, Garcia LP, Almeida MF. O Fórum de Editores e a estratégia para ações políticas e científicas. Ensaios & Diálogos em Saúde Coletiva 2017; 4:30-32.

Recebido em 08/01/2019
Aprovado em 10/05/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental?

The Psychosocial Care Network under the look of complexity: who cares for mental health?

Déborah Karollyne Ribeiro Ramos Lima[1], Jacileide Guimarães[1]

DOI: 10.1590/0103-1104201912218

RESUMO Objetivou-se pensar a Rede de Atenção Psicossocial, suas tensões e contradições, através das lentes compreensivas do pensamento complexo. Trata-se de ensaio teórico e analítico, apresentado na forma de exposição lógico-reflexiva, com ênfase na argumentação e na interpretação pessoal. Para embasamento teórico-conceitual, realizou-se revisão narrativa da literatura pelo cruzamento de palavras-chave em várias bases de dados eletrônicos. Vê-se o serviço especializado como o cenário privilegiado da atenção. As relações em rede são ainda incipientes e carecem de uma maior aproximação à matriz conceitual das Redes de Atenção à Saúde. Julga-se primordial garantir a integração e a interlocução dos pontos de atenção das redes de saúde no território. Por fim, aceitar a relação dialógica que se estabelece entre os espaços dentro/fora dos serviços, assim como a hologramaticidade que se estabelece entre a Rede de Atenção Psicossocial/Redes de Atenção à Saúde e apostar na interdisciplinaridade e na intersetorialidade parece uma alternativa para fazer fluir o cuidado e as relações em rede.

PALAVRAS-CHAVE Saúde mental. Serviços de saúde mental. Atenção à saúde.

ABSTRACT *The objective was to think the Psychosocial Care Network, its tensions and contradictions, through the comprehensive lenses of complex thought. This is a theoretical and analytical essay, presented in the form of a logical-reflexive exposition, with emphasis on argumentation and personal interpretation. For a theoretical-conceptual basis, a narrative review of the literature was carried out by crossing keywords in several electronic databases. The specialized service is seen as the privileged setting for care. Networked relationships are still incipient and require a closer approximation to the conceptual matrix of Health Care Networks. It is judged essential to guarantee the integration and interlocution of health work points of care in the territory. Finally, accept the dialogical relationship established between the spaces inside and outside the services, as well as the hologramaticity that is established between the Psychosocial Care Network/Health Care Networks and to bet on the interdisciplinarity and the intersectoriality seems like an alternative to make the caring and the networked relationships flow.*

KEYWORDS *Mental health. Mental health services. Health care (public health).*

[1] Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Rio Grande do Norte (RN), Brasil.
deborah.ribeiro.ramos@gmail.com

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

Introdução

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) apresenta-se como o grande marco da reorientação teórico-prática da loucura no Brasil. Nascida no interior do processo de conscientização sanitária, vem, desde os primeiros anos do movimento de Luta Antimanicomial até os dias atuais, promovendo incontestáveis avanços em todo território nacional e nos diversos âmbitos que conformam suas múltiplas facetas – teórico-conceitual, jurídico-político, técnico-assistencial e sociocultural[1].

A partir do ano de 2011, após a Portaria Ministerial nº 3.088/2011[2], os serviços de saúde mental passaram a se organizar seguindo a lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS) – sistema integrado que opera de forma contínua, proativa e voltado para as condições agudas e crônicas de saúde/doença[3] –, estabelecendo, assim, a rede temática, e prioritária, de cuidados em saúde mental: Rede de Atenção Psicossocial (Raps).

É fato que, desde a sua institucionalização, a Raps vem passando por avanços e retrocessos. Alguns dos desafios que se impõem à referida rede temática podem ser assim enunciados: atenção à crise, principalmente pela escassez de dispositivos substitutivos que atendam 24 horas por dia; aproximação entre Atenção Básica (AB) e os Centros de Atenção Psicossocial (Caps); formação de laços entre os indivíduos e entre estes e a cidade; inclusão dos setores de educação, justiça, assistência social, direitos humanos na luta pela cidadania; continuidade do cuidado em território; e a postura centralizadora que vem sendo assumida pelo Caps (ou imputada a este pelos outros elementos da Raps) como organizador da atenção em nível territorial[4] quando, em tese, tem-se a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.

Neste ensaio, aprofundaremos as discussões sobre o emaranhado de tensões e contradições que afloram no cotidiano de serviços, atores e setores que compreendem a Raps – novo desenho organizativo que se propõe a oferecer assistência integral, contínua e de base comunitária ao usuário em sofrimento psíquico. Neste artesanato intelectual, iremos trilhar a interface saúde mental/saúde coletiva para que assim possamos compreender a lógica que orienta a organização e estruturação dos serviços de saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico. Lançando um 'olhar-caleidoscópio'[5] sobre a Raps, almejamos pensar a rede viva, em movimento, reconhecendo a sinergia que se estabelece entre esta e as RAS.

Para lançar esse olhar ampliado sobre a Raps subsidiar-nos-emos de conceitos fundamentais do pensamento complexo. Recorremos ao auxílio das lentes compreensivas da complexidade por sua capacidade de reconhecer a interconexão entre as múltiplas dimensões da realidade e a inter-relação entre cada ser vivo, ambicionando refletir sobre as articulações que foram/são destruídas pelos cortes entre disciplinas, entre categorias cognitivas e entre tipos de conhecimento[6]. Tal característica parece-nos interessante em face da própria ideia de atenção em redes de saúde e ao apelo de integralidade que emana das entrelinhas das Portarias Ministeriais nº 4.279/2010[7] e nº 3.088/2011[2].

Diante do exposto, o presente ensaio tem como objetivo pensar a Raps, suas tensões e contradições, através das lentes compreensivas do pensamento complexo.

Ressaltamos a importância de pensar/problematizar a Raps inicialmente pela posição que esta ocupa na lista de programas prioritários do Ministério da Saúde. Além disso, urge a necessidade de fortalecer o discurso e a concepção da rede de saúde mental a partir da lógica das RAS, sobretudo em face da alteração que vem sofrendo a Política Nacional de Saúde Mental por meio da Resolução nº 32[8] e da Portaria nº 3.588[9], ambas de dezembro de 2017.

Métodos

Trata-se de ensaio teórico e analítico, apresentado na forma de exposição lógico-reflexiva, com ênfase na argumentação e na interpretação pessoal.

Para discussão e problematização do fenômeno em foco, realizamos revisão da literatura da área que contou com busca nas bases eletrônicas de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), do Banco de Teses da Capes e da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. Foram utilizados o descritor 'saúde mental' articulado à palavra-chave 'Rede de Atenção Psicossocial' pelo operador booleano *AND*. Foram selecionados 21 trabalhos, dos quais eram 12 artigos e 9 dissertações. O cruzamento foi realizado em março de 2017, contando também com busca ativa em livros e materiais impressos que se estendeu por todo ano de 2017. Com o intuito de atingir o maior alcance possível de obras que contemplassem direta ou indiretamente o problema em análise, não se delimitou marcador temporal ou idioma, sendo a busca orientada por proximidade teórica/temática.

O produto desta busca foi submetido à leitura e análise crítica das autoras e, na sequência, dividido em duas seções: 1) Considerações sobre o pensamento complexo; 2) Refletindo sobre a Raps a partir do olhar da complexidade.

Considerações sobre o pensamento complexo

O pensamento complexo, também referenciado como complexidade, Teoria da Complexidade ou paradigma complexo, vem sendo desenvolvido, na tradição moriniana, desde a década de 1960. Edgar Morin traça seu caminho a partir da teoria da informação, da cibernética, da teoria dos sistemas, do conceito de auto-organização e da microfísica, mais especificamente do conceito de sistema aberto no qual sujeito e objeto mantêm relação (sujeito/ambiente; sistema/ecossistema). O reconhecimento das relações sujeito/objeto representa um dos precedentes que se abre para a virada paradigmática que propõe a integração das realidades banidas pela ciência clássica[10].

Nesse sentido, a complexidade é entendida como:

> o tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos que constituem nosso mundo fenomênico, [...] se apresenta com os traços inquietantes do emaranhado, do inextricável, da desordem, da ambiguidade, da incerteza[10(13)].

De tal modo, a Teoria da Complexidade ambiciona exercer um pensamento capaz de lidar com o real e com ele dialogar e negociar, privilegiando as

> articulações entre os campos disciplinares que são desmembrados pelo pensamento disjuntivo, que isola o que separa e oculta tudo que religa, interage, interfere[10(13)].

Justificamos nossa opção teórico-conceitual inicialmente por ser uma abordagem que se contrapõe ao reducionismo e ao determinismo positivista hegemônico, possibilitando que lancemos um olhar ampliado sobre a Raps, que é essencialmente complexa. Por outro lado, consideramos que os seres humanos e a própria sociedade – e por que não dizer os sistemas de saúde? – estão em constante construção-desconstrução-reconstrução, por isso a necessidade de lidar com o inesperado e com as certezas provisórias.

Assim, admitimos a possibilidade do diálogo entre o pensamento complexo e os fenômenos envolvidos na busca da integralidade das RAS, e, por extensão, da Raps[12]; inspirados em Amarante[11(18)] ao referir que a própria

> [...] natureza do campo da saúde mental vem contribuindo para que comecemos a pensar de forma diferente, não mais com este paradigma da verdade única e definitiva, mas sim em termos de complexidade, de simultaneidade, de transversalidade dos saberes,

Para iluminarmos pontos cegos, nos movimentando no terreno das inter-relações e

interconexões[13], valer-nos-emos, neste ensaio, de princípios e conceitos fundamentais do pensamento complexo. Dialógica, recursividade organizacional, holograma, além do tetragrama da complexidade conformado pela 'fórmula paradigmática' ordem-desordem--interação-organização são os conceitos-chave que nos acompanharão nesta análise.

O princípio dialógico nos auxilia a entender os fenômenos como simultaneamente antagônicos, concorrentes e complementares; permite-nos manter a dualidade no seio da unidade e, assim, conceber a existência da ordem em meio à desordem. A recursão organizacional, ou recursividade, indica a compreensão de que efeitos de um processo são também seus coprodutores; é uma ruptura com a ideia linear de causa/efeito, de produto/produtor, já que tudo que é produzido volta-se em um ciclo autoconstitutivo, auto-organizador e autoprodutor. O holograma, por sua vez, refere-se à ideia de que a parte está no todo, assim como o todo está na parte, de modo que as partes não dão conta de explicar o funcionamento do todo. Assim, estimulam a utilização de procedimentos científicos mais dinâmicos, interativos, recursivos e não lineares[10,14].

O tetragrama da complexidade propõe a dialogicidade entre os termos ordem-desordem-interação-organização como uma fórmula paradigmática para conceber o jogo de formações e transformações sem esquecer a complexidade do universo. Dentro dessa perspectiva, compreende-se a ordem como ideia de determinação, estabilidade, constância, regularidade, repetição; já a desordem é vista como acaso, agitações, dispersões, colisões, irregularidades e instabilidades, desvios no processo, choques, encontros aleatórios, acontecimentos, ruídos e erros. Atualmente, a ideia de ordem está ligada à ideia de interação, de modo que ordem e desordem, mesmo parecendo 'inimigas', se espiadas por olhos desatentos, cooperam de certa maneira para organizar o universo[15]. Nessa lógica, são como duas facetas de uma mesma moeda.

Familiarizados com os conceitos-chave do pensamento complexo, sigamos à discussão da Raps.

Reflexões sobre a Rede de Atenção Psicossocial a partir do olhar da complexidade

Para iniciar esta discussão julgamos pertinente resgatar o cenário de transformações ideológicas e jurídico-políticas que prepararam o terreno para o estabelecimento das RAS como uma estratégia potente no contexto sociossanitário brasileiro. Manobra que supomos necessária diante da hologramaticidade que se reconhece entre RAS/Raps e que, em analogia ao pensamento de Edgar Morin[10], autoriza-nos a reconhecer que a Raps está na RAS, que por sua vez está na Raps.

Imaginemos, então, um cenário marcado pela ampliação do conceito de saúde no qual o processo saúde-doença passa a ser reconhecido como produto e produtor de uma complexa rede de produção social. Tal redirecionamento fez avançar, no Brasil, o entendimento da saúde como resultante de complexas redes multidimensionais que envolvem elementos biológicos, subjetivos, sociais, econômicos, ambientais e culturais, atuando de maneira simultânea e inseparável na experiência concreta de sujeitos e coletividades[16]. Por outro lado, reconheçamos que a reformulação da Constituição Federal em 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ao definir a saúde como direito de qualquer cidadão e dever do Estado, fomentaram transformações no setor saúde balizadas pelos ideais de universalização e democratização do acesso aos serviços, equidade e integralidade da assistência.

Com a nova sensibilidade do conceito ampliado de saúde na percepção dos processos saúde-doença e dos contextos a eles vinculados, emerge a necessidade de inovações que permitam a criação de múltiplas respostas no

enfrentamento da produção saúde-doença. Nessa perspectiva, as RAS surgem como uma alternativa para recompor a coerência entre uma situação de saúde marcada pela tripla carga de doenças – que envolve uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva, doenças crônicas e crescimento da morbimortalidade por causas externas – e o sistema de atenção à saúde, objetivando, assim, transpor a assistência fragmentada, episódica, reativa e focada nas condições e eventos agudos e na agudização das condições crônicas[17,18].

No âmbito da saúde mental, paralelamente, as mudanças nas formas de compreender o transtorno mental e de cuidar do indivíduo em sofrimento psíquico passam a exigir novas formas de estruturação e de organização dos serviços – assim como de itinerário dos usuários – em prol da desinstitucionalização da assistência em saúde mental, com ênfase no tratamento extra-hospitalar, da inclusão social da pessoa com transtorno mental[19], da humanização da assistência, valorizando-se o protagonismo, a autonomia e a participação social dos sujeitos.

Foi no contexto de críticas ao modelo hospitalocêntrico de abordagem do transtorno mental e de politização da questão da saúde mental que foram produzidas reflexões que fomentaram movimentos de ruptura epistemológica, criação de experiências de cuidado contra-hegemônicas, mudanças em normas legais e efeitos socioculturais[20]. Em síntese, reconhecemos que o cenário efervescente de mudanças teórico-práticas e políticas que envolveu o setor saúde, de maneira geral, e o campo da saúde mental/atenção psicossocial, de modo específico, culminou mais recentemente com a reestruturação do sistema de saúde brasileiro de atenção à saúde mental segundo a lógica das RAS com a criação da Raps.

A Portaria Ministerial nº 4.279/2010 conceitua a RAS como

> [...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado[7(4)].

Tem como característica a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, está centrada na necessidade de saúde da população, assumindo responsabilidade na atenção integral e contínua, além de oferecer um cuidado multiprofissional comprometido com os resultados sanitários e econômicos[7].

A RAS apresenta-se como um conjunto de serviços de saúde organizados poliarquicamente e vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente que busca aprofundar e estabelecer inter-relações entre os diversos nós que o compõe, o que implica e possibilita continuidade e integralidade da atenção[3].

Em síntese, esse novo arranjo organizativo propõe a integralidade e continuidade do cuidado, a integração e interação de serviços e a construção de vínculos horizontais entre atores e setores em contraposição à fragmentação de programas e práticas clínicas, ações curativas isoladas em serviços e especialidades. Por esse motivo, a organização dos serviços em RAS é reconhecida como uma "estratégia para qualificar a atenção e a gestão do SUS"[16(6)].

São basicamente três os elementos constitutivos da RAS: população adscrita, estrutura operacional e modelos de atenção à saúde. A estrutura operacional da RAS, por sua vez, é composta por uma série de elementos que compreende o centro de comunicação focado na APS enquanto ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado; pontos de atenção secundária e terciária; um sistema logístico conformado pelo cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico eletrônico, sistema de acesso regulado à atenção e sistema de transporte em saúde; e sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e Sistemas de Informação em Saúde; além de um sistema de governança responsável pelo exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado[7].

Devido à necessidade de enfrentamento de vulnerabilidades, agravos ou doenças específicas que acometem as pessoas ou as populações, foram organizadas cinco redes temáticas consideradas prioritárias no atual contexto sanitário brasileiro, sendo elas: a Rede Cegonha, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, a Rede de Atenção às Doenças Crônicas, a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e a Raps. Empenharemos nossas análises sobre esta última.

Diz-se rede temática, pois visa oferecer respaldo técnico-assistencial para o caminhar do usuário por uma linha de cuidado que toca uma necessidade específica desse indivíduo. A linha de cuidado é a imagem pensada para expressar o caminho a ser percorrido pelos sujeitos no sentido de atender às suas necessidades de saúde. Disparada pelos Projetos Terapêuticos Singulares, incorpora a ideia de integralidade da atenção, uma vez que contempla, entre as possibilidades terapêuticas, ações de prevenção, cura e reabilitação – integralidade vertical –, além de serviços inseridos no sistema de saúde e entidades comunitárias e da assistência social – integralidade horizontal. Tem no acolhimento, no vínculo e na responsabilização suas diretrizes[21].

No contexto da atenção em rede, destacam-se como verdadeiramente temáticos os pontos de atenção secundária e terciária, uma vez que aí estão alocados os serviços especializados e de alta complexidade. Entretanto, admitimos uma relação de complementaridade entre os serviços especializados e a APS na conformação das redes temáticas – a exemplo da Raps. Por isso, afirmamos que as redes temáticas complementam e são complementadas pelos demais componentes da RAS, incluindo-se os sistemas de apoio e logístico.

Essa relação de complementaridade entre as redes temáticas na conformação do todo da assistência em rede se dá pela superação da dicotomia entre os programas verticais e horizontais, rumo ao estabelecimento de

> [...] programas diagonais, em que se combinam os objetivos singulares de determinadas condições de saúde com uma estrutura operacional que organiza transversalmente a APS, os sistemas logísticos, os sistemas de apoio e o sistema de governança[22(26,27)].

Uma das dificuldades é que, no atual contexto da atenção em rede, alguns temas (componentes temáticos) – a exemplo do transtorno mental e do uso abusivo de álcool e outras drogas –, por várias questões, vão ficando segregados. Barreiras vão sendo postas, transformando as curvas do território em labirintos que circunscrevem especialidades e especialistas. Igualmente difícil é reconhecer que, para fazer valer a integralidade da atenção, é preciso 'emaranhar' as linhas de cuidado, 'transdisciplinarizar', e, enfim, admitir a coexistência de múltiplas facetas nos processos saúde-doença de um usuário, que, em última instância, é um ser multidimensional.

Enquanto uma RAS temática, a Raps apresenta-se como um arranjo organizativo de ações e serviços de saúde de diversas complexidades assistenciais. Foi organizada a partir da necessidade de enfrentamento de vulnerabilidades relacionadas com os transtornos mentais e com o uso abusivo de crack, álcool e outras drogas. Em linhas gerais, objetiva ampliar e promover o acesso à atenção psicossocial da população e garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências[2]. Afirma-se que "a Raps é uma expressão da RPB para o fortalecimento do SUS como política de Estado"[23(5)], uma vez que possibilita e potencializa a integralidade do cuidado de base territorial ao indivíduo em sua existência-sofrimento.

A nova proposta organizacional para a saúde mental incorporou serviços, estratégias e ações para promover integralidade, continuidade e longitudinalidade do cuidado. De acordo com a Portaria nº 3.088/2011[2] a Raps é constituída por sete componentes:

• APS, na qual estão alocadas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), as Equipes de Consultórios na Rua e os Centros de Convivência e Cultura;

• Atenção psicossocial, que conta com os Caps em suas diversas modalidades – Caps I, Caps II, Caps III, Caps AD II, Caps AD III e Caps Infanto-juvenil – definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional;

• Atenção de urgência e emergência por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 192 (Samu), a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro e UBS;

• Atenção residencial de caráter transitório composta por unidade de acolhimento e pelos serviços de atenção em regime residencial, entre os quais estão as comunidades terapêuticas;

• Atenção hospitalar que é composta por leitos/enfermarias de saúde mental em hospital geral e pelo serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

• Estratégias de desinstitucionalização como os serviços residenciais terapêuticos e o Programa de Volta para Casa que consiste no auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência;

• Reabilitação psicossocial por meio de iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Essa rede assistencial específica, da maneira como foi pensada e instituída no ano de 2011, reveste-se de fundamental importância por propor meios para a desconstrução do aparato manicomial e para a continuidade da assistência em território. Ainda que reconheçamos os avanços conquistados a partir da criação da Raps, não negamos as dificuldades vivenciadas por seus atores nos movimentos de tessitura da rede, seja pelos 'pés' do usuário que, ao circular por serviços e estratégias, desbrava caminhos e possibilidades de atenção, ou pela perspectiva dos trabalhadores que se articulam para o compartilhamento do cuidado.

Trazemos à baila uma reflexão de Raps que transcende a mera justaposição de serviços como parâmetro de análise, para colocar em questão o modo em que estão se relacionando, reconhecendo a existência e conformação de uma 'rede viva' que se estabelece no cotidiano dos serviços e dos indivíduos que por eles circulam[16]. Rede viva, pois formada por serviços e pessoas em relações dinâmicas e dialógicas que se articulam em um processo complexo, individual e coletivo e que envolve setores e, principalmente, atores e seus saberes, símbolos, afetos e memórias.

Defendemos que, para que a rede instituída mediante leis e portarias ministeriais se concretize no território, é mister a construção cotidiana das relações em rede, seja com base no trabalho vivo em ato[24], seja por meio de articulações entre os serviços de saúde, as equipes, os saberes (científicos, interdisciplinares e da tradição), as práticas e as subjetividades[25].

Outro ponto evocado à luz do debate é a necessidade de considerar as características sociais, culturais, físicas e funcionais dos pontos que conectam a rede – os serviços – para o estabelecimento de arranjos e rearranjos que supram as necessidades sociais e de saúde dos usuários[26].

Nesse sentido, consideramos que as redes não são simplesmente um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações – estabilidade que admitimos ser relativa, pois

em movimento, já que reconhecemos a própria complexidade da vida com suas idas e vindas, encontros e desencontros. A rede transcende o ajuntamento de serviços, ela requer a adoção de elementos que deem sentido a esse entrelaçamento de ações e processos[27]. Como um modelo complexo de promoção da saúde[28], a rede equivale a estruturas sistêmicas abertas em constante mudança, totalidades compostas por partes inter-relacionadas, elementos mutantes, conexões e parâmetros.

De tal modo, admitimos a Raps como um todo complexo, que se concretiza no cotidiano dos serviços, em território, por meio de inter-relações concretas e intersubjetivas que sofrem influência do contexto histórico (tradição) e social desses indivíduos. Sendo constituída por nós – pontos de atenção distribuídos em território e responsáveis pela oferta de serviços[3] – e por ligações materiais e imateriais que os comunicam – as quais denominamos fios – que se materializam por meio dos fluxos assistenciais, das relações interpessoais e das linhas de cuidado.

Aceitamos o sistema de saúde como um sistema complexo com conexões e interconexões dentro e fora do setor saúde[12]. Reconhecemos, também, a própria formação da rede de saúde como um fenômeno complexo, pois cada conexão possui características próprias, uma vez que envolve profissionais, e um corpo de saber, e usuários com características peculiares, em diferentes contextos e situações. Assim, a Raps está situada em um contexto multidimensional, com múltiplas conexões e inter-relações.

Arriscando uma leitura preliminar da Raps sob o olhar da complexidade, reconhecemos a objetividade das leis e portarias ministeriais, dos serviços e das normatizações que os conformam. Percebemos também a subjetividade inerente aos atores dessa rede e à interação entre eles, às emergências do cotidiano dos serviços e ao território em toda sua dinamicidade. Entre eles e junto com eles, conformando essa rede viva, reconhecemos ordem e desordem em constante interação. É no diálogo e na complementaridade entre esses componentes que a rede se concretiza, auto-organiza-se e avança.

O princípio da dialogicidade se apresenta no contexto da Raps também no que concerne à coexistência entre modelos de atenção e serviços com diferentes inclinações assistenciais – cura, prevenção, reabilitação –, diversas especialidades, níveis e complexidades dentro da mesma rede temática. Além desses pontos, salientamos a relação dialógica que se estabelece entre o dentro/fora dos serviços de saúde. Relação esta que, na atualidade da atenção psicossocial, vem desencadeando tensões na rede, principalmente pela postura que os Caps vêm assumindo no contexto da atenção em rede territorial com pouca interlocução com outros elementos da rede e com a sociedade.

Acrescentamos que, enquanto rede viva, a Raps vibra 'ao som' ou não dos movimentos dos atores sociais que por ela circulam ao passo que esses mesmos atores têm seu caminhar orientado pelas políticas que institucionalizam a própria rede. Temos nessa sentença a expressão da recursividade que delineia os atores – gestores, trabalhadores, usuários/familiares e a comunidade – como produtos e produtores da Raps; estando todos esses elementos influenciando e sendo influenciados por um emaranhado de contextos econômico, histórico, social e político. Tais indicativos nos fazem reconhecer a Raps como um sistema auto-eco-organizador que não pode bastar-se a si mesmo, concluir-se, fechar-se, ser autossuficiente[10].

No contexto da Raps, essa dependência com o mundo exterior se apresenta com maior força ao considerarmos que a atualidade do cuidado em saúde mental suscita a saída do hospital psiquiátrico e a ocupação dos espaços da cidade. Nesse novo cenário, a vida em comunidade e a livre circulação pelo território, com as emergências cotidianas típicas deste convívio, são condições fundamentais. Assim, fechar-se em si mesma ou, dito de outro modo, negligenciar essa abertura à comunidade – ao social – vem causando tensões e contradições na própria rede.

Em aproximação teórica às experiências brasileiras de cuidado em saúde mental em rede, o que se vê é o Caps como o cenário privilegiado para as investigações científicas, por vezes considerado como o 'lugar do louco' e o responsável pelo mandato social da loucura[29-31]. Evidenciamos que muito se fala sobre a necessidade e a dificuldade de articulação entre os serviços que compõem a Raps, porém pouco se problematiza sobre os modos de articulação, as potencialidades e as dificuldades de promovê-la, como também possíveis alternativas de transposição das barreiras encontradas. Percebe-se que a assistência à saúde mental, grosso modo, ainda não incorporou plenamente o discurso e a lógica da assistência em rede, as relações em rede são ainda incipientes e carecem de uma maior aproximação à matriz conceitual das RAS.

Sobre os modos de articulação da Raps, encontramos maior ênfase na inter-relação entre a APS e o Caps[29,32,33]. Em se tratando das potencialidades da rede, elencam-se: a construção/fortalecimento de uma rede solidária e cooperativa de saúde mental municipal e regional[32]; avanços no cuidado em saúde mental de base comunitária e na inserção da saúde mental na APS, com utilização de ligações telefônicas como estratégia de comunicação entre os profissionais[34]; trabalho coletivo e dialógico[35]; comunicação dentro da rede favorecida pelo uso de tecnologias leves, como a escuta e o vínculo e proporcionada pelo matriciamento[33].

As dificuldades de articulação da Raps é tema recorrente nas publicações da área. Em síntese, os autores elencam como fatores associados a tal problemática: desarticulação entre os serviços substitutivos (atenção especializada) e AB seja por preconceito dos profissionais, seja por dificuldades de comunicação ou por desconhecimento sobre os fluxos assistenciais agravado pela incipiência dos esforços de aproximação entre os serviços[26,29,35-40]; pouca flexibilidade nos fluxos assistenciais, cristalizando a construção de trajetos assistenciais mais dinâmicos[39]; falta de sistematização para as trocas de informações sobre os usuários e para os encaminhamentos dentro da rede[29,41]; intervenções fragmentadas e pouco flexíveis[38]; dificuldades políticas, inclusive desinteresse pela saúde mental e precarização dos vínculos trabalhistas[29,36].

De maneira geral, confirma-se a constatação de redes que privilegiam articulações funcionais entre os equipamentos que pouco se comunicam com os territórios em que vivem os usuários, em um *modus operandi* hegemônico que tem na rede o lugar de oferta técnica de cuidado, em uma tendência ao isolamento temático e à supervalorização dos serviços especializados[42].

Com base no exposto, sentimo-nos impelidos a um processo reflexivo que perpassa por dois pontos principais.

O primeiro deles refere-se à priorização do serviço de atenção psicossocial – o Caps – e de profissionais especializados – psiquiatras e psicólogos – quando a lógica organizacional da rede coloca a APS e a articulação entre esta e a atenção psicossocial como características fundamentais da atenção a este público específico, negligenciando-se, por vezes, a integralidade da atenção e o exercício da cidadania. Indício problemático, visto que, para dar conta da complexidade humana, o cuidado deve ser prestado à pessoa em sua totalidade[43]. Reconhecemos que a busca pelos Caps é importante, considerando-se as demandas específicas dos sujeitos que caminham pela linha do cuidado em atenção psicossocial. O que colocamos em questão é quando a atenção desenvolvida nesses serviços assume um caráter não comunicante, ou seja, não busca a interação complementar entre os demais componentes da RAS/Raps, ficando a atenção restrita ao Caps ou, em outros casos, ao hospital psiquiátrico, que, apesar de não fazer parte da Raps, ainda apresenta representatividade considerável nas práticas de saúde mental e que, por este motivo, é considerado nesta discussão.

O segundo ponto remete aos modos de articulação fragilizados que, quando existentes, antepõem a relação APS-Caps, ficando

os outros componentes da Raps à margem do processo. Sobre este segundo tópico, esclarecemos que não é a intenção minimizar a importância dos serviços especializados no contexto da Raps, mas, sim, elevar o nível e a complexidade do debate, abrindo possibilidades para outros focos de análise. Além de alertar para a posição lacunar que os serviços de urgência e emergência vêm ocupando na referida rede, com possíveis complicações para a continuidade do cuidado em território.

A impressão que se tem é que, ao se colocar sob os holofotes da ciência (e do senso comum?), a temática atenção psicossocial, uma linha abismal – no sentido propugnado por Boaventura de Souza Santos[44] – estabelece-se, separando 'deste lado da linha' os componentes específicos/temáticos da Raps e isolando 'do outro lado da linha' os demais componentes da rede. Nesse ponto de vista, e tomando como referência o contexto da atenção psicossocial em rede, parece existir uma linha imaginária que coloca os serviços especializados como 'o lugar' do cuidado, ficando à margem – por vezes esquecidos – do processo saúde-doença-cuidado os demais componentes da Raps, em que pese a relevância destes para a continuidade do cuidado em território.

Assim, a parte se separa do todo de maneira praticamente inatingível, a essência do cuidado em rede é pulverizada pelo domínio da especialidade e do saber-poder médico psiquiátrico, o que, a nosso ver, apresenta-se como um dos grandes paradoxos da Raps. Paradoxo, pois, assim como reconhecemos uma interdependência hologramática entre Raps-RAS, aceitamos a existência desse mesmo princípio entre os componentes temáticos (Caps, residências terapêuticas, entre outros) e os componentes transversais (APS, urgência e emergência, hospitais gerais) da rede em análise – já que, em tese, cada componente possui dentro de si a lógica organizacional da atenção em rede, além do que, é na inter-relação que se constituem enquanto RAS.

Alertamos para a negligência que se observa em relação à interdependência entre os serviços de saúde mental e os próprios recursos do meio ambiente/comunidade/sociedade, que se torna mais preocupante se considerarmos a imprescindibilidade desta relação (serviço-meio ambiente/comunidade/sociedade; dentro/fora) para o modelo de atenção psicossocial ao qual se afilia a Raps – fato constatado pelo vazio teórico com o qual se depara ao se revisitar publicações da área[31].

Pensando a Raps na perspectiva da complexidade, desafios são evocados à luz do debate. O primeiro deles é a distância entre a intenção – manifestada em Portarias Ministeriais nº 4.279/2010[7] e nº 3.088/2011[2] – e o gesto concreto de oferecer um atendimento integral, contínuo e efetivo aos usuários, inclusive com profissionais habituados a uma assistência focada nas partes e não no todo articulado e interdependente do sistema de saúde[12].

A esse respeito, há que se considerar nessa trama o compromisso dos trabalhadores da saúde mental com a concretização da rede e a continuidade do cuidado. Questionamo-nos, então, se a atmosfera de críticas e de luta dos trabalhadores que envolveu e nutriu o movimento de RPB foi obnubilada ao longo desses quase 40 anos? A nosso ver, em que pese as tensões e contradições da Raps e do trabalho em rede, é mister trazer trabalhadores, usuários e sociedade para discutir alternativas para transpor as barreiras que ora se apresentam ante a linha do cuidado em atenção psicossocial e investir na formação permanente dos técnicos, indivíduos que estão na ponta do sistema implementando (ou não) as políticas públicas de saúde.

O segundo ponto que se coloca em reflexão é a exigência de flexibilidade e olhar dinâmico por parte da gestão das RAS para que estas transcendam o mero emaranhado de fios com pontos incomunicáveis[12]. Sem a flexibilidade e a readaptação do sistema a partir das diversidades regionais tão caras à atenção em rede, vê-se cair por terra a rede plástica, horizontal e sensível às mudanças[28].

Reconhecemos o avanço inegável da desinstitucionalização da assistência em saúde

mental potencializado pela criação da Raps. Entretanto, consideramos a existência de realidades problemáticas no contexto da assistência à saúde mental em rede que perpassam, entre outros pontos, pela articulação entre os serviços que a compõem e pela emergência de fluxos assistenciais labirínticos. Nesse sentido, a saúde complexa e transdisciplinar – com interação e troca de saberes, numa dinâmica construtiva e criativa, de forma essencialmente transdisciplinar[45] – parece ainda incipiente. As constatações deste ensaio nos colocam a impressão de que o cuidado em rede ainda é uma realidade distante, seja pela desmobilização de pessoas e grupos sociais para uma luta coletiva por melhores condições de vida e saúde[45], seja pelo esmaecimento político-ideológico e sociocultural dentro do próprio movimento de RPB[31].

Entretanto, a existência de esforços, ainda que pontuais e localizados, conferem fôlego às manobras de reestruturação da assistência à saúde mental em rede e nos impulsiona a transpor os muros que ora se apresentam à efetivação teórico-prática da atenção à saúde mental em rede.

Considerações finais

Ao longo deste ensaio reconhecemos que tensões se apresentam no âmbito do cuidado em saúde mental em rede territorial. Chamou-nos atenção o isolamento do componente temático da rede – principalmente os Caps –, o que, a nosso ver, reflete a persistência do domínio da especialidade médico-psiquiátrica em detrimento do cuidado e do trabalho em rede.

Sobre a tendência de os Caps fecharem-se em si próprios, no que cumpre em convidar e convocar os diversos pontos da rede a atuarem como atores da territorialização, ponderamos se o serviço especializado fecha-se em si mesmo ou se foi sitiado por velhas barreiras invisíveis que isolam a 'doença mental' nas paredes, agora, do Caps.

Colocamos em reflexão esse fechamento/aprisionamento dos componentes temáticos da Raps enquanto uma contradição provocada pela atmosfera cultural na qual está inserido, com predomínio do poder médico-psiquiátrico como balizador das relações entre atores, serviços e setores. O que também pode ser potencializado pelo esmaecimento da militância que, nos anos dourados da RPB, conclamava uma 'sociedade sem manicômios até o ano 2000'.

Considerando o círculo recursivo de produção da atenção à saúde mental em rede, no qual o cuidado ao sujeito que sofre de transtorno mental influencia e é influenciado pelos modos de articulação da Raps, julgamos primordial garantir a integração e interlocução dos pontos de atenção das redes de saúde no território. Isso porque reconhecemos as implicações dessa articulação entre atores/serviços/setores para a integralidade e continuidade da assistência.

Assim, aceitar a relação dialógica que se estabelece entre os espaços dentro/fora dos serviços da Raps, assim como a hologramaticidade que se estabelece entre a Raps/RAS, e apostar na interdisciplinaridade e na intersetorialidade parece-nos uma alternativa para fazer fluir o cuidado e as relações em rede; dado que, quando se cuida de maneira integral, a intersetorialidade e a articulação para a continuidade do cuidado se tornam condição *sine qua non* à prática. Quando se reconhece a necessidade de compartilhamento do cuidado, aí está implícita a visão integral do sujeito e o reconhecimento da limitação do serviço, e até mesmo do setor saúde, em dar conta do sujeito e sua essência bio-psico-social-espiritual.

Reconhecendo, pois, a complexidade dos movimentos de intersetorialidade dentro e fora do setor saúde – muitos deles impulsionados pelas (inter)subjetividades dos diversos atores das RAS –, julgamos ser preciso transitar pelos micro e macro espaços das políticas de saúde, assistência e seguridade social e estimular uma cultura da intersetorialidade que transcenda o domínio teórico para atingir o campo prático de atuação profissional rumo a um 'agir intersetorial'.

Colaboradores

Lima DKRR (0000-0003-0616-0286)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise, a interpretação dos dados, além da elaboração do rascunho do conteúdo. Guimarães J (0000-0003-4664-5886)* contribuiu com discussões conceituais sobre a temática e para a aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Amarante P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: Amarante P, organizador. Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: NAU Editora; 2003. p. 45-65.

2. Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria no 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 30 Jun 2011.

3. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde; 2011.

4. Lobosque AM. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Ciênc. Saúde Colet. 2011; 16(12):4590-4602.

5. Carvalho AL, Amarante P. Avaliação de qualidade dos novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros. Saúde debate [internet]. 1996 [acesso 2019 fev 2]; 52:74-82. Disponível em: http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.52+--+set.+1996&pesq=&x=55&y=12.

6. Minayo MCS, Tôrres JJM. Visão complexa para uma forma complexa de agir. Vigil. sanit. debate. 2013; 1(1):12-20.

7. Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 31 Dez 2010.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Diário Oficial da União. 22 Dez 2017.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 22 Dez 2017.

10. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 5. ed. Porto Alegre: Sulina; 2015.

11. Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHAL, et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2015; 19(1):169-173.

13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

14. Bedin DM, Scarparo HBK. Integralidade e saúde mental no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. Psicol. teor. prát. 2011; 13(2):195-208.

15. Morin E. Ciência com consciência. 15. ed. rev. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2013.

16. Brasil. Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de Produção de Saúde. Brasília, DF: MS, 2009.

17. Oliveira NRC. Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes. São Luís: UNA-SUS/UFMA; 2015.

18. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2010; 15(5):2297-2305.

19. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

20. Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.

21. Franco CM, Franco TB. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. [internet]. [acesso 2018 jul 5]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/acesso-rapido/formacao-tecnica-em-acolhimento-na-atencao-basica/passo_a_passo_linha_de_cuidado.pdf.

22. Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção à saúde coordenada pela Atenção Primária à Saúde: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília, DF: Opas; 2011.

23. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental em Dados 12. Ano 10. Brasília, DF: MS, 2015.

24. Quinderé PHD, Jorge MSB, Franco TB. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? Physis. 2014; 24(1):253-271.

25. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc; 2006. p. 459-474.

26. Antonacci MH, Kantorski LP, Willrich JQ, et al. Estrutura e fluxo da rede de saúde como possibilidade de mudança nos serviços de atenção psicossocial. Rev. Esc. Enferm. USP. 2013; 47(4):891-898.

27. Santos L, Andrade LOM. Redes no SUS: marco legal. In: Silva SF, organizador. Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS. 2. ed. rev. Campinas: Saberes; 2013. p. 13-23.

28. Almeida-Filho N. A Saúde e o Paradigma da Complexidade. Cad. Inst. Humanitas Unisinos; 2006; 4(15):1-45.

29. Miranda L, Oliveira TFK, Santos CBT. Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: paradoxos e efeitos da precariedade. Psicol. ciênc. prof. 2014; 34(3):592-611.

30. Delgado PG. Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. Physis. 2015; 25(1):13-18.

31. Ramos DKR, Paiva IKS, Guimarães J. Pesquisa qualitativa no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira: vozes, lugares, saberes/fazeres. Ciênc. Saúde Colet. 2019; 24(3):839-852.

32. Almeida AB, Aciole GG. Gestão em rede e apoio institucional: caminhos na tessitura de redes em saúde mental no cenário regional do Sistema Único de Saúde (SUS). Interface (Botucatu). 2014; 18(supl1):971-981.

33. Sousa FSP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, et al. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. Physis. 2011; 21(4):1579-1599.

34. Silva GM. A articulação da saúde mental em Redes de Atenção à Saúde: a perspectiva dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família e do Centro de Atenção Psicossocial de Santa Cruz do Sul-RS [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013. 93 p.

35. Ballarin MLGS, Carvalho FB, Ferigato SH, et al. Centro de atenção psicossocial: convergência entre saúde mental e coletiva. Psicol. estud. 2011; 16(4):603-611.

36. Silva NS. Panorama dos serviços de saúde mental no interior do estado de Goiás. [dissertação]. Goiânia: Universidade Federal do Goiás; 2012. 230p.

37. Onocko-Campos R, Baccari IP. A intersubjetividade no cuidado à Saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial. Ciênc. Saúde Colet. 2011; 16(4):2051-2058.

38. Severo AK, Dimenstein M. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. Psicol. ciênc. prof. 2011; 31(3):640-655.

39. Teixeira-Jr S. Trajetórias assistenciais de usuários com transtornos psíquicos na rede de saúde no município de Porto Alegre. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010. 131 p.

40. Azevêdo MS. O cuidado à saúde mental em rede em um distrito sanitário de Salvador, BA: discussões e desafios para a integração de serviços. [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2010. 156 p.

41. Viega LP. A rede de serviços de atenção psicossocial na região sudeste da cidade de São Paulo: potencialidades e limites. [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2012. 125 p.

42. Souza TP, Carvalho SR. Apoio territorial e equipe multirreferencial: cartografias do encontro entre o apoio institucional e a redução de danos nas ruas e redes de Campinas, SP, Brasil. Interface (Botucatu). 2014; 18(supl1):945-56.

43. Demarco DA, Jardim VMR, Kantorski LP. Cuidado em saúde às pessoas com transtorno mental na rede de atenção psicossocial. Cuidado é fundamental [internet]. 2016 [acesso 2019 fev 4]; 8(3):4821-4825. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4361/pdf_1

44. Santos BS. Más allá del pensamiento abismal: de las líneas globales a una ecología de saberes. In: Olivé L, Santos BS, Salazar C, et al, organizadores. Pluralismo epistemológico. La Paz: Muela del Diablo Editores; Comuna; Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; CIDES – UMSA; 2009. p. 31-84.

45. Spagnuolo RS, Guerrini IA. A construção de um modelo de saúde complexo e transdisciplinar. Interface (Botucatu). 2005; 9(16):191-194.

Recebido em 07/02/2019
Aprovado em 29/07/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde: linha de fuga na formação em saúde para uma atuação na saúde coletiva

Experiences and Stages in the Reality of the Unified Health System Project: line of flight in health education for collective health action

Eduardo Carvalho de Souza[1], André Ribeiro de Castro Júnior[1], Ana Suelen Pedroza Cavalcante[1], Raimundo Augusto Martins Torres[1], Maria Rocineide Ferreira da Silva[1]

DOI: 10.1590/0103-1104201912219

RESUMO Em um cenário no qual se tem discutido de forma intensa a formação em saúde, devido a uma fragmentação entre a teoria e a prática, entre outras deficiências que podem comprometer uma articulação direcionada à saúde coletiva, construiu-se o presente ensaio teórico, com o objetivo de refletir sobre o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde como uma linha de fuga para uma formação interprofissional para a gestão e organização do Sistema Único de Saúde. Nesse âmbito, tornou-se essencial sistematizar a discussão em dois momentos, sendo eles: Da formação fragmentada à problematizadora da realidade social; e Cenas possíveis a partir da compreensão do Sistema Único de Saúde por meio do estágio de vivência. Fundamentou-se o presente ensaio a partir da perspectiva de linha de fuga apontada por Gilles Deleuze e Félix Guattari, bem como da perspectiva de sujeitos, de Foucault. Por meio das reflexões realizadas, pôde-se perceber que o Projeto surgiu como uma linha de fuga que oportunizava uma formação diferenciada dos sujeitos que viriam a ser protagonistas no processo de ensino-aprendizagem, com vistas a uma atuação direcionada à organização e gestão do sistema de acordo com a realidade na qual estariam inseridos, além de possibilitar a (des)transformação de uma formação cristalizada e deficiente.

PALAVRAS-CHAVE Educação. Sistema Único de Saúde. Saúde pública.

ABSTRACT *In a scenario in which health education has been intensively discussed, due to fragmentation between theory and practice, among other deficiencies that may compromise an articulation towards collective health, this theoretical essay was written to reflect on the Experiences and internships in the Reality of the Unified Health System Project as a line of flight for an interprofessional training for the management and organization of the Unified Health System (SUS). In this context, it became essential to systematize the discussion in two moments, namely: From fragmented training to problematizing social reality; and Possible scenes based on the understanding of the Unified Health System through the experiences and internships. This essay was based on the line of flight perspective pointed out by Gilles Deleuze and Félix Guattari, as well as on Foucault's perspective of the subjects. Through the reflections prompted, it was possible to realize that the*

[1] Universidade Estadual do Ceará (Uece) – Fortaleza (CE), Brasil.
eduardo_carvalho21@hotmail.com

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

Project emerged as a line of flight that allows a distinct training of subjects who would have leading roles in the teaching-learning process, in order to organize and manage the system according to their reality, besides allowing for a (de)transformation of a crystallized and deficient education.

KEYWORDS *Education. Unified Health System. Public health.*

Introdução

No Brasil, a formação de profissionais de saúde se tornou objeto de análise e reflexões com maior ênfase nas últimas décadas, considerando o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua necessidade de responder às demandas sociais de saúde da população de modo coerente com seus princípios e diretrizes voltadas à reorientação do modelo de atenção à saúde.

Neste contexto, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área de saúde são responsáveis por orientar o planejamento curricular e apontam para uma formação diferenciada, na qual deve haver a integração entre a teoria e a prática, o trabalho em equipe e interprofissional, a integralidade da atenção à saúde com corresponsabilização, estabelecimento de vínculo e a parceria indissociável entre os mundos do trabalho e da formação profissional[1].

Deflagra-se, portanto, a necessidade de materializar a reorientação da formação em saúde, que deve ser fundamentada nas recomendações estabelecidas pelas DCN, por se considerar que sua implementação tem o potencial de contribuir com a reorganização tanto do modelo de cuidado como de formação, objetivando o enfrentamento das necessidades de saúde, para as quais o modelo biomédico mostra-se insuficiente.

No entanto, podem ser apontadas dificuldades de implementação das diretrizes curriculares nos cursos da área da saúde, a partir das quais podem ser trazidas pistas acerca da mudança curricular, na qual a formação dos profissionais deve ser pautada mediante a inserção de novos conteúdos e a incorporação de práticas pedagógicas inovadoras, como uso das metodologias ativas de ensino[2] que sejam capazes de fazê-los refletir a partir da realidade na qual estarão inseridos, permitindo que eles sejam sujeitos críticos e transformadores da realidade, capazes de não dissociar a teoria da prática.

Em paralelo a essa discussão, torna-se necessário citar que diversas ações foram propostas e são passíveis de implantação com o intuito de avançar e fortalecer a formação em saúde no Brasil, como, por exemplo, o Programa de Educação Tutorial (PET) e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Para tanto, contou-se com o apoio de organizações ou com incentivos e/ou diretrizes governamentais voltadas ao estímulo, à colaboração e à articulação entre as instituições de ensino, os serviços de saúde e/ou à comunidade, com a intenção de atender as necessidades de saúde da sociedade, com foco nas atividades de ensino, pesquisa e extensão[1].

Os problemas na implementação de novas diretrizes curriculares perpassam a realidade no distanciamento da formação com o mundo do trabalho, e na deficiência de estratégias que reorientem esta formação. Tal reorganização no modelo de formação visa o enfrentar das necessidades de saúde, para as quais o modelo biomédico mostra-se insuficiente, como foi citado anteriormente. Parcerias entre instituições formadoras e serviços de saúde vêm

por articular essa fuga da 'prisão' da academia, para que se possa vivenciar os serviços de saúde, aproximando-se da comunidade a fim de enfrentar as necessidades de saúde da sociedade, a partir do tripé universitário[1].

Entre essas ações, pode ser citado o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), que busca estimular a formação de trabalhadores para o SUS, comprometidos eticamente com seus princípios e diretrizes, e que se entendem como atores/atrizes sociais e agentes políticos capazes de promover transformação na sociedade[3].

O Projeto VER-SUS possibilita uma intensa imersão teórica, prática e vivencial no sistema de saúde, com duração de vários dias, na perspectiva transdisciplinar, na qual o participante fica disponível para suas atividades durante todo o período[4]. O VER-SUS visa, então, a uma aprendizagem significativa da realidade dos sistemas de saúde, com o intuito de fazer com que os participantes percebam o papel de social de cada um no sistema – estudantes, profissionais, gestores, movimentos sociais e usuários, no processo de fortalecimento do SUS[5].

O Projeto foi inspirado em outras iniciativas, que buscavam proporcionar a estudantes universitários aprendizagem e vivências por meio de sua inserção nos territórios/comunidades, muitas vezes não oportunizadas no ambiente acadêmico[6]. Os estudantes são divididos por grupos de trabalho, com um facilitador em cada grupo, geralmente algum estudante que já havia participado da vivência em edição anterior[7].

Com a intenção de valorizar e potencializar o compromisso ético-político dos participantes no processo de implantação do SUS, além de provocar reflexões acerca do papel do estudante como agente transformador da realidade social, o Projeto pretende sensibilizar gestores, trabalhadores e educadores da área da saúde, incentivar discussões e práticas relativas à Educação Permanente em Saúde (EPS) e às interações entre educação, trabalho e práticas sociais. É importante destacar a contribuição do amadurecimento da prática interprofissional e interdisciplinar para a articulação interinstitucional e intersetorial[8].

Nessa conjuntura, questiona-se: o Projeto VER-SUS caracteriza uma linha de fuga na formação em saúde e uma ferramenta que visa à (trans)formação de sujeitos para uma atuação diferenciada na saúde coletiva?

O presente ensaio teórico tem como objetivo promover uma reflexão sobre o Projeto VER-SUS, partindo do pressuposto de que ele seja uma linha de fuga para a formação em saúde, além de ferramenta para a (trans)formação de sujeitos que se impliquem com o SUS.

Da formação fragmentada à problematizadora da realidade social

O Projeto VER-SUS apresenta uma estrutura organizacional diferenciada para uma formação que seja capaz de desenvolver e/ou aprimorar potências em seus participantes, a partir de movimentos de desterritorialização e reterritorialização com o vivido no contexto de uma aprendizagem significativa acerca da gestão e organização do SUS.

A desterritorialização pressupõe a ruptura com o velho, que se caracteriza como processo de mudança, muitas vezes conflituoso, no qual o sujeito é, todo o tempo, colocado diante de si mesmo e do novo território que se anuncia. Já a reterritorialização parte do vivenciar o novo, buscando identidades construídas a partir do compartilhar de novas referências e produções de saber[9].

Os desassossegos produzidos pelo Projeto VER-SUS possuem potências que envolvem o incentivo ao protagonismo estudantil no que tange ao processo formativo, não só individual, como também coletivo. Estes incômodos têm a potência de colaborar com as análises dos processos de trabalho e de formação, unindo o tecnicismo ao humanismo[3].

Porém, antes de expandir a discussão sobre o Projeto como uma linha de fuga na formação

em saúde e como uma ferramenta que possibilita a (trans)formação de sujeitos para uma atuação diferenciada na saúde coletiva, é importante desvelar o que é uma linha de fuga na perspectiva de Deleuze e Guattari, a partir da obra 'Mil Platôs capitalismo e esquizofrenia', e sujeito, na perspectiva de Foucault[10].

Iniciando com o conceito de rizoma, eis que este tem seu princípio na biologia e representa aqueles tipos de extensões subterrâneas do caule, para armazenamento de nutrientes, que se alongam horizontalmente, mas que não são raízes nem tubérculos. Tais extensões do caule em um platô formam a imagem de um emaranhado de linhas conectadas, onde não se distingue início, fim e núcleo fundante ou central. A imagem é de linhas que se propagam, cada uma comportando o seu próprio devir[10].

Para cada componente do rizoma, existe um conceito ou outra imagem complementar e explicativa. Parte destes conceitos-imagens que explicam o rizoma são as linhas, elementos que, dentro de um rizoma, comportam, em seu devir, o rompimento da dicotomia uno/múltiplo. As linhas de um rizoma são uma multiplicidade, pois cada individualidade carrega em si a heterogeneidade.

Cada indivíduo e cada objeto estão repletos de potencialidades, que só se realizarão de acordo com os encontros com outros objetos exteriores, promovendo saltos, rupturas e conexões com outros devires, com outras linhas, produzindo os agenciamentos. Os agenciamentos, por sua vez, são as conexões entre os diferentes estratos da 'realidade', impulsionados pelo desejo.

O VER-SUS provoca agenciamentos nos estudantes, uma vez que seus participantes, após saírem desta experiência, são mobilizados à defesa de um SUS de qualidade para toda a população[11]. O Projeto, aqui, será considerado como uma linha de fuga na formação em saúde com o intuito de potencializar o conhecimento acerca do SUS. A linha de fuga não está vinculada ao sentido de fugir de uma formação acadêmica, mas ao sentido de criar possibilidades para uma aprendizagem significativa e de criar alternativas que façam sentido para os participantes, de forma a modificar suas práticas, a partir de uma experiência interprofissional, na qual eles são os protagonistas de todo o processo.

Como foi problematizado no início do presente ensaio, ainda existem muitos desafios a serem superados na formação em saúde, entre eles, uma melhor integração entre a teoria e a prática, necessidade de uma articulação mais estratégica para a saúde coletiva, além de outros avanços que permitam materializar o que está posto nas DCN e venham permitir uma formação de sujeitos implicados com o SUS, e que tenham um olhar interprofissional para as necessidades de saúde da população, que muitas vezes não é oportunizado no mundo acadêmico.

A partir desse ponto, defende-se que o Projeto VER-SUS surge como uma linha de fuga que permite aos envolvidos vivenciarem de forma dinâmica e interativa a saúde coletiva em contato direto com a realidade, passando interprofissionalmente por todo o quadrilátero da formação em saúde: ensino, gestão, serviço e controle social[12].

Nesse sentido, as linhas de fuga são linhas de ruptura; verdadeiros rompimentos que promovem mudanças bruscas, muitas vezes imperceptíveis, não sendo sobrecodificadas nem pelas linhas duras, nem pelas maleáveis. São rupturas que desfazem o eu, com suas relações estabelecidas, entregando-o à pura experimentação do devir, ao menos, momentaneamente[10].

Avançando na discussão, para abordar a (trans)formação de sujeitos a partir do Projeto VER-SUS, podem ser utilizados os pensamentos de Foucault acerca do sujeito. O referido autor postula que o sujeito é histórico, mas produzido na sua própria história e pela história que o permeia, por meio do que denominou uma 'história da verdade'[13]. Assim, insere-se o VER-SUS como parte da história dos sujeitos que o vivenciam, protagonizando-o.

Com isso, o objetivo de Foucault foi criar uma história dos diferentes modos pelos quais

os seres humanos tornaram-se sujeitos. Estes modos de subjetivação são as práticas de constituição do sujeito. Tais práticas referem-se às formas de atividade sobre si mesmo. O autor se utiliza dos conceitos de 'práticas de si', 'técnicas de si' e 'cuidado de si', extraídos da Antiguidade grega, para analisar a forma pela qual o sujeito se constitui[13].

Foucault não define o sujeito, mas sim, realiza uma 'história da verdade', através da qual busca saber quais 'jogos de verdade' estavam presentes nos indivíduos, na sua relação consigo mesmos e em relação à cultura, e que os tornaram sujeitos[13].

Por meio das 'práticas de si' e do 'cuidado de si', os homens tornam-se sujeitos de uma maneira ativa. Estas práticas estão relacionadas aos 'jogos de verdade', isto é, a como o indivíduo se posiciona em um exercício de si sobre si mesmo, se transformando, elaborando um modo de ser diante de valores instituídos, como a loucura, a doença, o trabalho, o crime e a sexualidade[13].

O VER-SUS, no âmbito da formação em saúde, se trata de uma iniciativa inovadora, que proporciona uma aprendizagem significativa por meio da vivência, da imersão na comunidade (territórios), e dos serviços de saúde e aparelhos sociais, sendo atravessado por muitas discussões sobre o SUS, abordando seu processo histórico, suas diretrizes, seus princípios e sua operacionalização. Os sujeitos que participam são (trans)formados na medida em que entram em contato com essa realidade e que compartilham essa experiência com diversos atores, permitindo que o sujeito reflita sobre os problemas e também pense soluções coletivas e viáveis.

Os estudantes problematizam a realidade junto com diversas categorias profissionais da área da saúde e áreas afins, e têm contato com os usuários, profissionais e gestores dos serviços de saúde que os afetam em seus modos de vida e existência.

O Projeto tem como essência o desenvolvimento da transformação social, assim como seu impacto no raciocínio sobre a mudança do currículo mínimo e das estratégias de ensino-aprendizagem. Verifica-se, também, que a proposta de estágios e vivências está relacionada como alternativa para avaliar e intervir na formação acadêmica[14]. Esta iniciativa pode nortear novas práticas pedagógicas, por meio da articulação do tripé universitário e de novas práticas de saúde, contribuindo para a inserção de políticas públicas em diferentes regiões, com abertura para ações intersetoriais[6].

Isso se confirma pelas próprias metodologias utilizadas durante as vivências, que são dialógicas e participativas, sendo a aprendizagem centrada no estudante. As atividades são fundamentadas, teoricamente, no conceito de educação popular e de aprendizagem significativa, o que pode colaborar com a realidade social na qual os estudantes estarão inseridos enquanto futuros profissionais.

A aprendizagem vivencial é uma das abordagens da aprendizagem facilitada, que representa um maior envolvimento do aprendiz com seu aprendizado em aspectos globais, ou seja, um processamento mais denso de conhecimento e habilidades por meio da experiência, reflexão, experimentação e aplicação[15].

A partir desses aspectos do Projeto, é possível visualizar um rompimento com o uno; constitui-se uma linha de fuga, promovendo rupturas e conexões com outros devires, o que corrobora para produzir agenciamentos. O processo de (trans)formação de sujeitos está diretamente relacionado à oportunidade de aprender com os dispositivos supracitados, para que, futuramente, eles venham a potencializar o SUS, a partir de ações e intervenções estimuladas por meio da vivência e realizada com a participação de todos os atores sociais que o constituem. Enfatiza-se que o Projeto visa também formar agentes políticos que contribuam significativamente para o fortalecimento do SUS, ou seja, contribui para a formação de atores políticos.

O Projeto VER-SUS se mostra como uma ferramenta capaz de sensibilizar os futuros profissionais do País para o reconhecimento das potencialidades e limitações do SUS,

trazendo os estudantes para o enfrentamento dos desafios que permeiam a saúde coletiva e a consolidação do sistema. Assim, reafirmar a saúde como direito social universal, gratuito e de qualidade, estimulando o envolvimento dos diversos atores sociais e políticos na luta em defesa do SUS e da democracia, além de promover a formação de profissionais comprometidos ético-politicamente com as necessidades de saúde da população[16].

Apesar do reconhecimento de todas as potencialidades do Projeto, é preciso considerar suas fragilidades, que são pautadas, sobretudo, na questão da falta de financiamento, que pode inviabilizar sua execução[17].

Cenas possíveis a partir da compreensão do SUS por meio do estágio de vivência

Nesta parte do estudo, pretende-se, por meio do Projeto VER-SUS como uma linha de fuga e de (trans)formação de sujeitos, construir um pensamento, a partir das evidências postas na literatura acerca das (des)transformações possíveis vividas pelos participantes da iniciativa. Aqui se fala em cenas devido às possibilidades de compreensão que surgem a partir das subjetividades dos diversos atores do Projeto.

O Projeto VER-SUS pode ser fundamental para qualificar a formação. Os princípios que alicerçam o SUS, como integralidade, universalidade e equidade, também são substanciais ao profissional que deseja possuir um olhar humanizado, compreender o desempenho do sistema e encarar os desafios do cotidiano de forma distinta, levando em conta as limitações e as potencialidades do serviço, oferecendo à população uma assistência satisfatória[18].

A participação no Projeto VER-SUS pode proporcionar a ruptura de paradigmas, promovendo um olhar ampliado, instigando o questionamento às interações sociais e a forma como se faz saúde pautada no SUS. Ele forma militantes e sujeitos críticos sobre as práticas de saúde exercidas atualmente[19]. Os estudantes, ao experienciarem as atividades proporcionadas pelo Projeto, são convidados a problematizar a realidade.

Depois de vivenciar, na prática, e poder conhecer os dispositivos de saúde, os conceitos são reformulados, ou seja, o VER-SUS pode proporcionar a experiência de desconstruir e reconstruir paradigmas por meio dessa integração ao cotidiano do trabalho nos serviços, gerando profissionais protagonistas na luta pelo direito à saúde, que, em um exercício de cidadania, podem aprender muito mais do que o conteúdo oferecido na matriz curricular, alcançando o propósito do Projeto, que é o de "transformar mentes e corações para um sistema de saúde de qualidade"[19(22)].

Os desassossegos produzidos pelo VER-SUS possuem inúmeras potências, que incluem o incentivo ao protagonismo estudantil em seu processo formativo, não só individual, mas, sobretudo, coletivo. São os incômodos que têm a potência de operar nas análises dos processos de trabalho e de formação, aliando o tecnicismo ao humanismo[23].

Apontam, ainda, que as 'vivências no SUS' podem proporcionar 'coletivos' – junção de grupo de pessoas que são interligadas por uma atividade com finalidade produtiva. Neste caso, vivenciar, experienciar e debater sobre o SUS, em um coletivo 'organizado', isto é, grupo articulado para uma finalidade. Em relação aos coletivos organizados, estes se agrupam a partir de um objetivo de produção, e não por identidade, a priori (ser estudante, ser professor).

Nesse sentido, o VER-SUS tem a potência de aglutinar não apenas estudantes, mas, também, docentes, usuários, gestores que possuem afinidade, em uma produção de saúde com vistas ao fortalecimento do SUS. É perceptível, neste processo, o protagonismo de estudantes e trabalhadores na saúde e nas práticas cuidadoras que estabelecem relações de alteridade com os usuários[23].

O VER-SUS representa uma experiência necessária para a formação do profissional que atuará no SUS, pois contribui para enriquecer

o conhecimento, além de proporcionar um amadurecimento das decisões a serem tomadas em prol das necessidades da comunidade. Além disto, promove uma conexão entre as instituições de ensino superior e o sistema público de saúde, contribuindo, desta forma, para a formação profissional na qualidade de atenção à saúde individual e coletiva[22].

O incentivo ao 'olhar crítico' é algo que também pode ser notado, ligado a diversos assuntos, como: as dificuldades do SUS, a atuação profissional, a formação acadêmica, as representações políticas em saúde etc. E quando tal incentivo vem interligado a sugestões de melhorias, de modo que os profissionais e usuários identifiquem os problemas e, ao mesmo tempo, proponham soluções de maneira construtiva, isto caracteriza um sinal de que a proposta do VER-SUS é algo que está mostrando resultados, ao menos, inicialmente satisfatórios, pois senso crítico apurado é uma das características que demonstram o êxito do processo de graduação dos profissionais em questão[24].

Por fim, seria interessante se todos os estudantes tivessem a oportunidade de passar pela experiência do VER-SUS, o que revelaria futuros profissionais como atores sociais nas mudanças que o SUS e a sociedade almejam[19]. Reflete-se, ainda, a importância dos estudantes que vivenciarem o Projeto se tornarem multiplicadores e mobilizadores de mais estudantes em defesa do SUS, em seus locais de atuação.

Considerações finais

Por meio das reflexões realizadas, foi perceptível o fato de que o Projeto VER-SUS pode tornar-se uma linha de fuga, por contribuir com uma formação diferenciada de sujeitos que venham a ser protagonistas no processo de ensino-aprendizagem, com vistas a uma atuação direcionada no quesito organização e gestão do sistema, além de possibilitar uma (des)transformação de borramentos ocasionados por uma formação cristalizada e deficiente. Neste sentido, o VER-SUS pode ser uma das potências para a efetivação do SUS.

De uma forma geral, é importante ressaltar que as experiências proporcionadas pelo Projeto têm-se apresentado como iniciativas que não objetivam constituir-se como modelo de formação para a área da saúde. O VER-SUS visa provocar desassossegos, incômodos e curiosidades entre os envolvidos, no que se refere à formação do trabalho em saúde.

Dessa forma, acredita-se que o Projeto colabora com a formação de sujeitos que podem ser estratégicos para potencializar a organização e gestão do SUS, além de aliados na militância pela sua defesa.

Colaboradores

Souza EC (0000-0002-2494-1177)* e Castro Júnior AR (0000-0002-3681-3607)* contribuíram igualmente para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; aprovação da versão final do manuscrito. Cavalcante ASP (0000-0002-2220-4333)* contribuiu para análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; aprovação da versão final do manuscrito. Torres RAM (0000-0002-8114-4190)* contribuiu para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; aprovação da versão final do manuscrito. Silva MRF (0000-0002-6086-6901)* contribuiu para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília, DF: Conasems; 2008 [acesso em 2017 nov 28]. Disponível em: http://www.cosemsms.org.br/files/publicacoes/formacao_profissionais_2008.pdf.

2. Cruz AR, Reis KMN, Segheto W, et al. Formação e percepção do profissional médico sobre saúde pública. Revista Científica FAGOC-Saúde. 2018; 2(2)80-89.

3. Rede Unida. Guia do Facilitador. Porto Alegre: Rede Unida; 2013.

4. Observatório de Tecnologias em Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde [internet]. Projeto VER-SUS: Apresentação. [acesso em 2019 jul 31]. Disponível em: http://www.otics.org.br/estacoes-de-observacao/versus/versus/apresentacao.

5. Souza EC. Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde – Piauí: Estudo de Avaliabilidade. [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2016.

6. Ferla AA, Ramos AS, Leal MB. A história do VER-SUS: um pouco sobre o conjunto das iniciativas que inspiraram o projeto VER-SUS/Brasil. In: Ferla AA, Ramos AS, Leal MB, organizadores. Porto Alegre: Rede Unida; 2013. p. 1-5.

7. Ribeiro MA, Cavalcante ASP, Albuquerque IMN, et al. Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) como agente promotor de mudanças na formação de graduação e nas práticas profissionais. Sau. & Transf. Soc. 2016; 7(1):109-119.

8. Maranhão T, Matos IB, Morrudo CA. Educação superior e práticas inovadoras: por que não podemos prescindir do VER-SUS na formação de Coletivos Organizados Produtores de Saúde? In: Anais do Colóquio Internacional de Educação & Justiça Social. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2014.

9. Rolnik S. Cartografia sentimental. Porto Alegre: UFRGS; 2011.

10. Deleuze G, Guattari F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. 2. ed. São Paulo: Editora 34; 2011.

11. Fettermann FA, Nietsche EA, Terra MG, et al. Projeto VER-SUS: influência na formação e atuação do enfermeiro. Rev. Bras. Enferm. [internet]. 2018 [acesso em 2019 ago 2]; 71(6):2922-2929.

12. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. Physis. 2004; 14(1):41-65.

13. Foucault M. O sujeito e o poder. In: Dreyfus H, Rabinow P. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.

14. Mendes FMS, Fonseca KA, Brasil JA, et al. VER-SUS: Relato de Vivências na Formação de Psicologia. Psicologia: ciência e profissão. 2012; 32(1):174-187.

15. Deaquino CTE. Como aprender. Andragogia e as habilidades de aprendizagem. Pearson: Fortaleza; 2007.

16. Santos MA, Reis GA, Barros FS, et al. Projeto VER-SUS/Brasil no estado do Tocantins: protagonismo estudantil em defesa do sus, da democracia e dos direitos sociais. Expressa Extensão. 2017; 22(1):22-33.

17. Paim MB. Avaliação participativa: Projeto de vivências e estágios na realidade do sistema único de saúde (VER-SUS). [dissertação] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Florianópolis: Santa Catarina; 2016. p. 248.

18. Silva-Filho GS, Morais AM, Gomes DF, et al. Vivência do Projeto VER-SUS no município de Sobral-CE: Relato de Experiência. In: Anais do 4º Congresso Piauiense de Saúde Pública e 4º Seminário de Ensino na Saúde. Parnaíba; 2015.

19. Weber A, Tombini LHT, Colliselli L, et al. Vivências e estágios na realidade do SUS (VER-SUS) e a for-

mação profissional em saúde: relato de experiência. Revista Eletrônica de Extensão, Florianópolis-SC. 2016; 13(23):112-122.

20. Carvalho VL, Silva CB. Paradigmas do Funcionamento do Sistema Único de Saúde: Percepção de um Vivente do VER SUS. Revista de Enfermagem UFPE online [internet]. 2017 [acesso em 2019 set 2]; 11(supl1):S458-61. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13577/16377.

21. Gonçalves CB, Luz NSA, Barbosa ICFJ. Projeto de vivências e estágios na saúde pública: perspectiva de acadêmicos de enfermagem. Revista de Enfermagem. 2016; 5(4):80-84.

22. Schmidt L, Soder RF, Benetti F. Relato de uma Vivência no Programa Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde. Revista de Enfermagem. 2017; 13(13):106-113.

23. Maranhão T, Matos IB. Vivências no Sistema Único de Saúde (SUS) como marcadoras de acontecimento no campo da Saúde Coletiva. Interface. 2018; 22(64):55-66.

24. Carvalho LSL. VER-SUS Brasil e a Formação profissional em saúde: um estudo de caso no distrito federal no ano de 2016. [internet] [monografia]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2016 [acesso em 2018 nov 28]. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/16255/1/2016_LeonardodeSouzaLourencoCarvalho_tcc.pdf.

Recebido em 09/06/2018
Aprovado em 15/05/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Pesticide exposure and cancer: an integrative literature review

Exposição a agrotóxicos e câncer: uma revisão integrativa da literatura

Thaís Bremm Pluth[1], Lucas Adalberto Geraldi Zanini[2,3], Iara Denise Endruweit Battisti[1]

DOI: 10.1590/0103-1104201912220

ABSTRACT We conducted an integrative literature review of published studies on pesticide and cancer exposure, focusing on farmers, rural population, pesticide applicators, and rural workers. The Medline/PubMed was used as searching database. After the retrieval, 74 articles were selected according to pre-established criteria, which design involved 39 case-controls, 32 cohorts, 2 ecological ones, and 1 cross-sectional. Among them, 64 studies showed associations between pesticides and cancer while 10 did not find any significant association. The studies found 53 different types of pesticides significantly associated with at least one type of cancer and 19 different types of cancers linked to at least one type of pesticide. Although few studies presented contradictory results, the sole fact of being a farmer or living near crops or high agricultural areas have also been used as a proxy for pesticide exposure and significantly associated with higher cancer risk. The literature well illustrates the case of prostate cancer, Non-Hodgkin lymphoma, leukemia, multiple myeloma, bladder and colon cancers. Studies are recommended to further investigate the relationship between pesticide and neoplasm of testis, breast, esophagus, kidney, thyroid, lip, head and neck, and bone.

KEYWORDS Neoplasms. Agrochemicals. Occupational diseases. Review.

RESUMO *Trata-se de revisão integrativa da literatura sobre estudos publicados em relação à exposição a agrotóxicos e câncer, com foco em agricultores, população rural, aplicadores de agrotóxicos e trabalhadores rurais. A busca dos artigos foi realizada por meio do banco de dados Medline/PubMed. Após a triagem, 74 artigos foram selecionados de acordo com critérios pré-estabelecidos, sendo 39 caso-controle, 32 coortes, dois ecológicos e um transversal. Desses, 64 estudos mostraram associação entre agrotóxicos e câncer, enquanto dez não encontraram associação significativa. Nesses 64, 53 diferentes tipos de agrotóxicos foram significativamente associados com pelo menos um tipo de câncer e, inversamente, 19 diferentes tipos de câncer foram associados a pelo menos um tipo de agrotóxico. Embora alguns estudos tenham apresentado resultados contraditórios, ser um agricultor ou morar perto de plantações ou de áreas densamente agrícolas também tem sido motivo para representar a exposição a agrotóxicos e considerado significativamente associado a um maior risco de câncer. A literatura ilustra bem o câncer de próstata, linfoma não-Hodgkin, leucemia, mieloma múltiplo, bexiga e câncer de cólon. Recomendam-se estudos que investiguem mais a relação entre agrotóxicos e neoplasmas de testículos, mama, esôfago, rim, tireoide, lábio, cabeça e pescoço e osso.*

PALAVRAS-CHAVE *Câncer. Agroquímicos. Doenças profissionais. Revisão.*

[1] Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) – Cerro Largo (RS), Brazil. *thaisbremm@hotmail.com*

[2] Hospital de Caridade de Ijuí (HCI) – Ijuí (RS), Brazil.

[3] Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí)– Ijuí (RS), Brazil.

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

Introduction

Pesticides are chemical substances or mixture of substances also used in the public health domain so to combat disease vectors, such as mosquitoes, as in agriculture to combat pests that harm crops[1]. Although they form the base of modern agriculture, pesticides are associated with chemical contamination, which is a complex public and environmental health problem, especially in the rural area[2,3].

Most sprayed pesticides reach non-target species and end up polluting air, water and soil, soon contaminating the pesticide applicators, their direct family, as well as other people living in agricultural areas, who consume foods with high concentrations of these substances[4-6].

Studies have related exposure to pesticides to cancer[7], a chronic disease that is one of the main causes of morbidity and mortality worldwide, with over 14 million new cases in 2012[8]. In 2015, 8.8 million people worldwide died due to malignant neoplasms, the equivalent to one in six of all global deaths[1].

Many review papers, available on Medline/PubMed database under the search described below, investigated the relation between pesticide and cancer. However, they either reviewed only (a) one type of cancer, (b) one type of pesticide or chemical group, (c) one study design or research group, (d) one age range, or (e) a sole population. Therefore, the aim of this study was to conduct an integrative literature review of published studies on pesticide exposure and cancer with a focus on farmers, rural population, pesticide applicators and rural workers, considering all cancer types, agricultural pesticides, and age ranges.

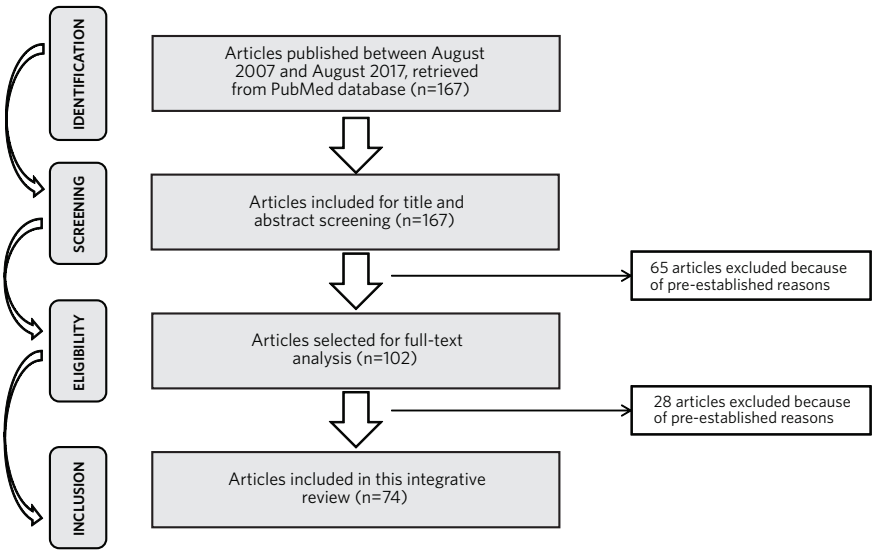
Methods

Studies were retrieved from the Medline/PubMed database (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/advanced) using the following key words in English and Portuguese: cancer OR carcinogenic OR tumor OR cancer OR carcinogenic OR neoplasia AND pesticide OR herbicide OR insecticide OR fungicide OR organophosphate OR agrochemical OR pesticide OR herbicide OR insecticide OR fungicidal OR organofosforados OR agrotoxicos OR agroquimico AND farmers OR husbandman OR agriculturists OR agriculturalists OR agricultural OR cultivator OR applicator OR agriculture OR “rural people” OR “rural population” OR “rural areas” OR “non-urban” OR rural OR “trabalhador rural” OR agricola OR applicator OR “populacao rural” OR “areas rurais” AND cohort OR “case-control” OR “case control” OR transversal OR “medical record” OR “ecological design” OR “ecologic design” OR “ecologic study” OR coorte OR “caso-controle” OR “caso controle” OR prontuario OR “delineamento ecologico”.

Original articles published between August 2007 and August 2017 and examining the relationship between pesticides and cancer were included in this review. Studies were excluded whenever they (a) were not related to farmers, rural population, agricultural pesticide applicators, rural workers, or to residents of areas with intensive use of agricultural pesticides; (b) did not analyze cancer or pesticide; (c) were reviews; (d) analyzed pesticide intake through food; (e) focused on analyses of biomarkers or dust; (f) concerned genetic studies; (g) were not written in English or Portuguese; or (h) had a focus on methodology or protocol.

A primary screening of the titles and abstracts was carried out in order to remove records that fit the excluding criteria. A second and deeper screening analyzed the full text. After the evaluation, 74 studies were chosen to compose the accepted sample *(figure 1)*. The discussion was organized according to overall cancers and specific cancer types so as to better investigate the relationship with pesticide exposure.

Figure 1. Flowchart of the studies included in this integrative review



Source: Own elaboration.

Results

The search on Medline/PubMed database resulted in 167 papers, of which 74 were selected for this study *(chart 1)*. Findings were summarized according to individual cancer types. Several specific pesticides were related to increased risk of cancer and are listed in *chart 2*. The vast majority of the papers reviewed concerned to either case-control (39) or cohort (32) studies. Only one study applied a cross-sectional design and two others, an ecological outline. Overall, 64 papers observed a relationship between pesticides and cancer while 10 could not find any significant positive association. *Chart 3* shows the registration status of pesticides in the European Union, the United States, and Brazil.

Chart 1. Summary of studies selected for this review

Cancer type	Study design	Sample size	Place/Country of study	References
Bladder and colon	Cohort	20,646	IA and NC, USA	Koutros et al. (2009)[72]
Bladder	Cohort	54,344	IA and NC, USA	Koutros et al. (2016)[73]
Bladder[a]	Cohort	148,051	France	Boulanger et al. (2017)[74]
Brain	Case-control	2,040 cases + 4,140 controls	RJ, Brazil	Miranda-Filho et al. (2012)[65]
Brain	Cohort	7,734	RJ, Brazil	Miranda Filho et al. (2014)[66]
Breast[a]	Case-control	207 cases + 621 controls	Canada	Ashley-Martin et al. (2012)[70]
Cervical	Case-control	33 cases +132 controls	Wuhan, China	Zhang et al. (2013)[69]
Cholangio carcinoma[a]	Case-control	210 cases + 840 controls	Thailand	Jeephet et al. (2016)[63]

Chart 1. (cont.)

CNS[b]	Cohort	181,842	France	Piel et al. (2017)[64]
Colon	Cohort	25,712	IA and NC, USA	Kang et al. (2008)[57]
Colon and breast	Cohort	39,628 men + 28,319 women	IA and NC, USA	Andreotti et al. (2010)[58]
Colorretal	Case-control	421 cases + 439 controls	Egypt	Lo et al. (2010)[56]
Cutaneous melanoma	Case-control	150 cases + 24,554 controls	IA and NC, USA	Dennis et al. (2010)[77]
Esophagus	Case-control	5,782 cases + 5,782 controls	RS, PR, SC, Brazil	Meyer et al. (2011)[59]
Glioma	Case-control	798 cases + 1,175 controls	IA, MI, MN, and WI, USA	Ruder et al. (2009)[67]
Glioma[a]	Case-control	798 cases + 1,175 controls	IA, MI, MN, and WI, USA	Yiin et al. (2012)[68]
HCC[c]	Case-control	3,034 cases + 14,991 controls	CA, USA	Vopham et al. (2015)[61]
Head and neck	Case-control	7 cases + 5 controls	Oklahoma, USA	Govett et al. (2011)[81]
HL[d]	Case-control	316 cases + 1,506 controls	6 provinces, Canada	Pahwa et al. (2009)[33]
HL[d]	Case-control	316 cases + 1,506 controls	6 provinces, Canada	Karunanayake et al. (2012)[32]
Leukemia	Case-control	252 cases + 423 controls	13 states, Brazil	Ferreira et al. (2013)[26]
Leukemia	Cohort	6,479,406	South Korea	Cha et al. (2014)[30]
Leukemia	Case-control	132 cases + 132 controls	Rohtak, India	Kumar et al. (2014)[27]
Leukemia	Ecologic	Not applicable	6 states, USA	Booth et al. (2015)[28]
Leukemia[a]	Case-control	111 casos + 444 controls	2 provinces, Italy	Malagoli et al. (2016)[29]
Leukemia (ALL[e])	Case-control	213 cases + 268 controls	CA, USA	Rull et al. (2009)[25]
Leukemia (AML[f])	Case-control	722 cases + 1,444 controls	Shanghai, China	Wong et al. (2009)[31]
Liver	Case-control	281 cases + 20 controls	Tanta, Egypt	Azm et al. (2014)[60]
Liver and follicular cell lymphoma	Cohort	49,616	IA and NC, USA	Silver et al. (2015)[62]
Lung	Cohort	22,830	IA and NC, USA	Jones et al. (2015)[21]
Lung	Case-control	546 cases + 49,266 controls	IA and NC, USA	Bonner et al. (2017)[76]
LHC[g]	Cohort	23,072	IA and NC, USA	Delancey et al. (2009)[22]
LHC[g]	Case-control	354 cases + 455 controls	Tessalia, Greece	Kokouva et al. (2011)[23]
LHC[g]	Cohort	37,099	IA, USA	Jones et al. (2014)[21]
LHC[g]	Cohort	76,493	USA	Schinasi et al. (2015)[24]
Melanoma	Cohort	21,416	IA and NC, USA	Mahajan et al. (2007)[78]
MDS[h]	Case-control	126 cases + 102 controls	Greece	Avgerinou et al. (2017)[83]
MM[i]	Cohort	2,992,166	Sweden	Lope et al. (2008)[47]
MM[i]	Cohort	49,093	IA and NC, USA	Rusiecki et al. (2009)[46]
MM[i]	Case-control	342 cases + 1,506 controls	6 provinces, Canada	Pahwa et al. (2012)[44]
MM[i]	Case-control	342 cases + 1,357 controls	6 provinces, Canada	Kachuri et al. (2013)[43]
MM[i]	Case-control	547 cases + 2,700 controls	USA, Canada	Presutti et al. (2016)[45]
NHL[j]	Case-control	858 cases + 1,821 controls	Germany	Richardson et al. (2008)[35]
NHL[j]	Cohort	56,222	IA and NC, USA	Park et al. (2009)[42]

Chart1. (cont.)

NHL[j]	Case-control	649 cases + 1,298 controls	Shanghai, China	Wong et al. (2010)[31]
NHL[j]	Case-control	513 cases + 1,506 controls	6 provinces, Canada	Hohenadel et al. (2011)[40]
NHL[j]	Case-control	75 cases + 321 controls	Saskatchewan, Canada	Karunanayake et al. (2013)[39]
NHL[j]	Cohort	54,306	IA and NC, USA	Alavanja et al. (2014)[41]
NHL[j]	Case-control	1,317 cases + 2,634 controls	Brazil	Boccolini et al. (2016)[36]
Pancreatic	Case-control	93 cases + 82,503 controls	IA and NC, USA	Andreotti et al. (2009)[54]
Prostate	Cohort	47,822	IA and NC, USA	Christensen et al. (2010)[52]
Prostate	Case-control	1,153 cases + 3,999 controls	Canada	Band et al. (2011)[50]
Prostate	Case-control	173 cases + 162 controls	CA, USA	Cockburn et al. (2011)[49]
Prostate	Cross-sectional	2,938	Saskatchewan, Canada	Sharma et al. (2016)[51]
Several types[a]	Cohort	19,717	IA and NC, USA	Bonner et al. (2007)[14]
Several types	Ecologic	25,110,289	USA	Carozza et al. (2008)[17]
Several types[a]	Cohort	49,762	IA and NC, USA	Koutros et al. (2008)[15]
Several types[a]	Cohort	47,625	IA and NC, USA	Mozzachio et al. (2008)[12]
Several types[a]	Cohort	48,986	IA and NC, USA	Greenburg et al. (2008)[13]
Several types	Cohort	48,378	IA and NC, USA	Van Bemmel et al. (2008)[9]
Several types	Case-control	1,778 cases + 1,802 controls	TX, USA	Carozza et al. (2009)[18]
Several types	Cohort	19,655	IA and NC, USA	Lynch et al. (2009)[10]
Several types	Cohort	44,624	IA and NC, USA	Bonner et al. (2010)[11]
Several types	Cohort	62,960	Great Britain	Frost el al. (2011)[48]
Several types	Case-control	34,205 cases + 1,832,969 controls	Andalusia, Spain	Parrón et al. (2014)[34]
Several types	Cohort	30,003	IA and NC, USA	Lerro et al. (2015)[71]
Several types	Case-control	887 cases + 11,491 controls	Italy	Salerno et al. (2016)[19]
Several types	Case-control	3,350 cases + 20,365 controls	Spain	Gómez-Barroso et al. (2016)[16]
Several types	Cohort	70,570	Canada	Kachuri et al. (2017)[37]
Several types	Cohort	181,842	France	Lemarchand et al. (2017)[20]
Stomach	Cohort	53,588	IA and NC, USA	Barry et al. (2012)[55]
STSk	Case-control	357 cases + 1,506 controls	6 provinces, Canada	Pahwa et al. (2011)[80]
Thyroid	Cohort	36,357	IA and NC, USA	Freeman et al., (2011)[82]
Uveal melanoma[a]	Case-control	293 cases + 3,198 controls	9 European countries[l]	Behrens et al. (2012)[79]

[a]Not significantly associated with pesticides; [b]central nervous system; [c]hepatocellular carcinoma; [d]Hodgkin lymphoma; [e]acute lymphoblastic leukemia; [f]acute myeloid leukemia; [g]lymphohematopoietic cancer; [h]myelodysplastic syndromes; [i]multiple myeloma; [j]non-Hodgkin lymphoma; [k]soft tissue sarcoma; [l]Denmark, Latvia, France, Germany, Italy, Sweden, Spain, Portugal, and UK.

Chart 2. Pesticides positively associated with cancer among studies that presented Odd Ratios, Relative Risks, or Hazard Ratios

Cancer type associated	Pesticide	Pesticide chemical group[e]	Pesticide according to the pest it controls	RR, OR, or HR with 95% confidence interval[g]	p-value for linear trend	Comparison groups[h]	References
All types	EPTC	Thiocarbamate	Herbicide	RR=1.28 (1.09–1.50)	<0.01	Highly exposed (≥ 50 LD) vs non-exposed	Van Bemmel et al. (2008)
All types	Butylate	Thiocarbamate	Herbicide	RR=1.70 (1.20–2.40)	0.01	Highly exposed (≥ 57 LD) vs low exposed (1-9 LD)	Lynch et al. (2009)
All types	Terbufos	Organophos-phate	Insecticide	HR=1.21 (1.06–1.37)	>0.05	Highly exposed (>352 IWLD) vs non-exposed	Bonner et al. (2010)
Bladder	Imazethapyr	Imidazolinone	Herbicide	RR=2.37 (1.20–4.68)	0.01	T3, upper half (≥311.9 IWLD) vs non-exposed	Koutros et al. (2009)
Bladder	Imazaquin	Imidazolinone	Herbicide	RR=1.54 (1.05–2.26)	<0.05	Ever vs never use	Koutros et al. (2016)
Bladder	Bentazon	Thiadiazinol	Herbicide	RR=1.55 (1.10–2.19)	<0.05	Ever vs never use	Koutros et al. (2016)
Bladder	Bromoxynil	Nitrile	Herbicide	RR=1.51 (1.04–2.20)	<0.05	Ever vs never use	Koutros et al. (2016)
Bladder	Chloramben	Benzoic acid	Herbicide	RR=1.56 (1.10–2.22)	<0.05	Ever vs never use	Koutros et al. (2016)
Bladder	Diclofop-methyl	Chlorinated phenol	Herbicide	RR=1.85 (1.01–3.42)	<0.05	Ever vs never use	Koutros et al. (2016)
Bladder	DDT	Organochlorine	Insecticide	RR=1.40 (1.10–1.80)	<0.05	Ever vs never use	Koutros et al. (2016)
Bladder	Imazethapyr	Imidazolinone	Herbicide	RR=3.03 (1.46–6.29)	0.004	Q4 vs non-exposed, among never smokers	Koutros et al. (2016)
Bladder	2,4,5-T	Chlorinated phenol	Herbicide	RR=2.64 (1.23–5.68)	0.02	T3 vs non-exposed, among never smokers	Koutros et al. (2016)
Bladder	2,4-D	Chlorinated phenol	Herbicide	RR=1.88 (0.94–3.77)	0.02	Q4 vs non-exposed, among never smokers	Koutros et al. (2016)
Bladder		Glyphosate	Herbicide	RR=1.93 (0.95–3.91)	0.03	Q4 vs non-exposed, among never smokers	Koutros et al. (2016)
Breast		Organophos-phate	Insecticide	RR=1.20 (1.01–1.43)		Ever vs never use	Lerro et al. (2015)
Colon	Trifluralin	Dinitroaniline	Herbicide	RR=1.76 (1.05–2.95)	0.036	T3 (upper half) vs non-exposed	Kang et al. (2008)
Colon	EPTC	Thiocarbamate	Herbicide	RR=2.09 (1.26–3.47)	<0.01	Highly exposed (≥ 50 LD) vs non-exposed	Van Bemmel et al. (2008)
Colon	Imazethapyr	Imidazolinone	Herbicide	RR=1.78 (1.08–2.93)	0.02	T3 (upper half) vs non-exposed	Koutros et al. (2009)
Colon	Carbofuran	Carbamate	Insecticide	HR=1.10 (1.04–1.17)		Ever vs never use among males	Andreotti et al. (2010)
Colon	Metolachlor	Chloroacetanilide	Herbicide	HR=1.09 (1.04–1.15)		Ever vs never use among males	Andreotti et al. (2010)
Colon	Alachlor	Chloroacetanilide	Herbicide	HR=1.08 (1.03–1.13)		Ever vs never use among males	Andreotti et al. (2010)
Cutaneous Melanoma	Carbaryl	Carbamate	Insecticide	OR=1.7 (1.1–2.5)	0.013	Highly exposed (≥ 56 LD) vs non-exposed	Dennis et al. (2010)
Cutaneous Melanoma	Parathion	Organophos-phate	Insecticide	OR=2.4 (1.3–4.4)	0.003	Highly exposed (≥ 56 LD) vs non-exposed	Dennis et al. (2010)
Cutaneous Melanoma	Maneb/ man-cozeb	Dithiocarbamate	Fungicide	OR=2.4 (1.2–4.9)	0.006	Highly exposed (≥ 63 LD) vs non-exposed	Dennis et al. (2010)
Follicular cell lymphoma	Metolachlor	Chloroacetanilide	Herbicide	RR=2.89 (1.13–7.38)	0.03	Q4 (>108.5 LD) vs non-exposed	Silver et al. (2015)
Hodgkin lymphoma	Chlorpyrifos	Organophos-phate	Insecticide	OR=5.26 (1.56–17.79)		Exposed vs non-exposed	Karunanayake et al. (2012)
Hodgkin lymphoma	Dichlorprop	Chlorophenoxy	Herbicide	OR=6.35 (1.56–25.92)		Exposed vs non-exposed	Pahwa et al. (2009)
Hepatocel-lular carci-noma		Organochlorine	Insecticide	OR=1.87 (1.17–2.99)		Q4 (>14.53 kg km-2) vs others	Vopham et al. (2015)

Chart 2. (cont.)

Leukemia	EPTC	Thiocarbamate	Herbicide	RR=2.36 (1.16–4.84)	0.02	Highly exposed (≥ 50 LD) vs non-exposed	van Bemmel et al. (2008)
Leukemia	Terbufos	Organophos-phate	Insecticide	HR=2.38 (1.35–4.21)	>0.05	Moderately exposed (107<IWLD>352) vs non-exposed	Bonner et al. (2010)
Leukemia (ALL[a])		Organophos-phate	Insecticide	OR=1.6 (1.0–2.7)		Moderately exposed (1–79 lb/mi2) vs low exposure (<1 lb/mi2)	Rull et al. (2009)
Leukemia (ALL[a])		Chlorinated phenol		OR=2.0 (1.0–3.8)		Moderately exposed (1–7 lb/mi2) vs low exposure (<1 lb/mi2)	Rull et al. (2009)
Leukemia (ALL[a])		Triazine	Herbicide	OR=1.9 (1.0–3.7)		Moderately exposed (1–27 lb/mi2) vs low exposure (<1 lb/mi2)	Rull et al. (2009)
Leukemia (ALL[a])			Fumigant	OR=1.7 (1.0–3.1)		Moderately exposed (1–549 lb/mi2) vs low exposure (<1 lb/mi2)	Rull et al. (2009)
Leukemia (ALL[a])	Permethrin	Pyrethroid	Insecticide	OR=2.47 (1.17–5.25)		Children up to 11 months	Ferreira et al. (2013)
Leukemia (ALL[a])	Imiprothrin	Pyrethroid	Insecticide	OR=2.61 (1.06–6.93)		Children up to 11 months	Ferreira et al. (2013)
Leukemia (ALL[a])	Esbiothrin	Pyrethroid	Insecticide	OR=3.03 (1.13–8.09)		Children up to 11 months	Ferreira et al. (2013)
Leukemia (AML[b])	Prallethrin	Pyrethroid	Insecticide	OR=8.06 (1.17–55.65)		Children up to 11 months	Ferreira et al. (2013)
Leukemia (AML[b])	Permethrin	Pyrethroid	Insecticide	OR=7.28 (2.60–20.38)		Children up to 11 months	Ferreira et al. (2013)
Leukemia (AML[b])	Tetramethrin	Pyrethroid	Insecticide	OR=6.19 (2.07–18.56)		Children up to 11 months	Ferreira et al. (2013)
Leukemia (AML[b])	d-Allethrin	Pyrethroid	Insecticide	OR=6.19 (2.07–18.56)		Children up to 11 months	Ferreira et al. (2013)
Leukemia (AML[b])	Esbiothrin	Pyrethroid	Insecticide	OR=3.71 (1.18–11.62)		Children between 12 and 23 months	Ferreira et al. (2013)
Leukemia (AML[b])	d-phenothrin	Pyrethroid	Insecticide	OR=8.43 (1.59–44.75)		Children between 12 and 23 months	Ferreira et al. (2013)
LHC[c]	Butylate	Thiocarbamate	Herbicide	RR=1.84 (1.14–2.97)	0.01	Highly exposed (≥26 LD) vs non-exposed	Lynch et al. (2009)
LHC[c]	Metribuzin	Triazole	Herbicide	RR=2.07 (0.99–4.29)	0.02	Highly exposed (≥174.4 IWLD) vs low exposed	Delancey et al. (2009)
LHCc	Terbufos	Organophos-phate	Insecticide	HR=1.85 (1.31–2.62)	>0.05	Moderately exposed (107<IWLD>352) vs non-exposed	Bonner et al. (2010)
Liver	Metolachlor	Chloroacetanilide	Herbicide	RR=3.99 (1.43–11.1)	<0.01	Q4 (>108.5 LD) vs non-exposed	Silver et al. (2015)
Lungs	Diazinon	Organophos-phate	Insecticide	RR=1.60 (1.11–2.31)	0.02	Highly exposed (>38.8 LD) vs non-exposed	Jones et al. (2015)
Lungs	Chlorimuron ethyl	Sulfenylurea	Herbicide	HR=1.74 (1.02–2.96)	0.18	Fourth quartile vs non-exposed, based on LD	Bonner et al. (2017)
Melanoma	Carbaryl	Carbamate	Insecticide	RR=3.55 (1.27–9.96)	0.07	Moderately exposed (57–175 LD) vs non-exposed	Mahajan et al. (2007)
Melanoma	Carbaryl	Carbamate	Insecticide	RR=4.11 (1.33–12.75)	0.07	Highly exposed (>175 LD) vs non-exposed	Mahajan et al. (2007)
Myelo-dysplastic syndromes	Paraquat	Organic	Herbicide	OR=4.90 (1.05–22.75)		Exposed vs non-exposed	Avgerinou et al. (2017)
Multiple Myeloma	Captan	Phentolamine	Fungicide	OR=2.35 (1.03–5.35)		Exposed vs non-exposed	Pahwa et al. (2012)
Multiple Myeloma		Carbamate	Insecticide	OR=1.90 (1.11–3.27)		Exposed vs non-exposed	Pahwa et al. (2012)

Chart 2. (cont.)

Multiple Myeloma	Mecoprop	Phenoxy	Herbicide	OR=1.89 (1.15–3.12)		Exposed vs non-exposed	Pahwa et al. (2012)
Multiple Myeloma	Mecoprop	Phenoxy	Herbicide	OR=1.94 (1.19–3.19)		Exposed vs non-exposed	Kachuri et al. (2013)
Multiple Myeloma	Carbaryl	Carbamate	Insecticide	OR=2.71 (1.47–5.00)		Exposed vs non-exposed	Kachuri et al. (2013)
Multiple Myeloma	Lindane	Organochlorine	Insecticide	OR=2.37 (1.08–5.16)		Exposed vs non-exposed	Kachuri et al. (2013)
Multiple Myeloma	Captan	Phentolamine	Fungicide	OR=2.96 (1.40–6.24)		Exposed vs non-exposed	Kachuri et al. (2013)
Multiple Myeloma	Carbaryl	Carbamate	Insecticide	OR=2.02 (1.28–3.21)		Ever vs never use	Presutti et al. (2016)
Multiple Myeloma	Captan	Phentolamine	Fungicide	OR=1.98 (1.04–3.77)		Ever vs never use	Presutti et al. (2016)
Multiple Myeloma	DDT	Organochlorine	Insecticide	OR=1.44 (1.05–1.97)		Ever vs never use	Presutti et al. (2016)
Multiple Myeloma	Permethrin	Pyrethroid	Insecticide	RR=3.1 (1.5–6.2)	0.002	Highly exposed (>50.75 LD) vs non-exposed	Alavanja et al. (2014)
Multiple Myeloma	Permethrin	Pyrethroid	Insecticide	RR=5.72 (2.76–11.87)	<0.01	Highly exposed (> 50.75 LD) vs non-exposed	Rusiecki et al. (2009)
NHL[d]	Paraquat	Organic	Herbicide	RR=1.51 (1.01–2.26)		Ever vs never used	Park et al. (2009)
NHL[d]	Butylate	Thiocarbamate	Herbicide	RR=2.94 (1.49–5.76)	0.002	Highly exposed (≥ 26 LD) vs non-exposed	Lynch et al. (2009)
NHL[d]	Terbufos	Organophos-phate	Insecticide	HR=1.94 (1.16–3.22)	>0.05	Moderately exposed (107<IWLD>352) vs non-exposed	Bonner et al. (2010)
NHL[d]	All pesticides			OR=1.63 (1.20–2.21)	0.01	Highly exposed (≥5 pesticides) vs non-exposed	Hohenadel et al. (2011)
NHL[d]			Herbicide	OR=1.62 (1.18–2.22)	0.02	Moderately exposed (2-4 pesticides) vs non-exposed	Hohenadel et al. (2011)
NHL[d]			Insecticide	OR=1.67 (1.25–2.24)	<0.01	Moderately exposed (2-4 pesticides) vs non-exposed	Hohenadel et al. (2011)
NHL[d]			Fungicide	OR=1.72 (1.07–2.77)	0.04	Highly exposed (≥2 pesticides) vs non-exposed	Hohenadel et al. (2011)
NHL[d]		Phenoxy	Herbicide	OR=1.78 (1.27–2.50)	0.01	Highly exposed (≥2 pesticides) vs non-exposed	Hohenadel et al. (2011)
NHL[d]		Organophos-phate	Insecticide	OR=1.69 (1.04–2.74)	<0.01	Highly exposed (≥2 pesticides) vs non-exposed	Hohenadel et al. (2011)
NHL[d]	Potentially carcinogenic			OR=1.94 (1.17–3.23)	0.01	Highly exposed (≥5 pesticides) vs non-exposed	Hohenadel et al. (2011)
NHL[d]	DDT	Organochlorine	Insecticide	RR=1.7 (1.1–2.6)	0.02	Highly exposed (≥56 LD) vs non-exposed	Alavanja et al. (2014)
NHL[d]	Lindane	Organochlorine	Insecticide	RR=2.5 (1.4–4.4)	0.004	Highly exposed (≥56 LD) vs non-exposed	Alavanja et al. (2014)
NHL[d]	Terbufos	Organophos-phate	Insecticide	RR = 1.2 (1.0–1.5)		Ever vs never exposure	Alavanja et al. (2014)
Ovary	Diazinon	Organophos-phate	Insecticide	RR=1.87 (1.02–3.43)		Ever vs never use	Lerro et al. (2015)
Pancreatic	EPTC	Thiocarbamate	Herbicide	OR=1.8 (1.0–3.3)		Ever vs never exposure	Andreotti et al. (2009)
Pancreatic	EPTC	Thiocarbamate	Herbicide	OR=2.5 (1.1–5.4)	0.01	Highly exposed (≥ 118 IWLD) vs non-exposed	Andreotti et al. (2009)
Pancreatic	Pendimethalin	Dinitroanilines	Herbicide	OR=3.0 (1.3–7.2)	0.01	Highly exposed (≥ 117 IWLD) vs non-exposed	Andreotti et al. (2009)

Chart 2. (cont.)

Prostate	Butylate	Thiocarbamate	Herbicide	RR=1.44 (1.04–2.00)	0.03	Highly exposed (≥ 57 LD) vs non-exposed	Lynch et al. (2009)
Prostate	Coumaphos	Organophos-phate	Insecticide	RR=1.91 (1.23–2.95)	0.004	Ever vs never use	Christensen et al. (2010)
Prostate	Methyl bromide	Organobromine	Fungicide	OR=1.62 (1.02–2.59)		Exposed vs non-exposed	Cockburn et al. (2011)
Prostate		Organochlorinef	Insecticide	OR=1.64 (1.02–2.63)		Exposed vs non-exposed	Cockburn et al. (2011)
Prostate	DDT	Organochlorine	Insecticide	OR=1.68 (1.04–2.70)	0.03	Highly exposed vs non-exposed	Band et al. (2011)
Prostate	Lindane	Organochlorine	Insecticide	OR=2.02 (1.15–3.55)	0.03	Highly exposed vs non-exposed	Band et al. (2011)
Prostate	3,5-dinitro-o-cresol	Organic	Insecticide	OR=1.80 (1.05–3.08)	0.03	Highly exposed vs non-exposed	Band et al. (2011)
Prostate	Azinphos-methyl	Organophos-phate	Insecticide	OR=1.88 (1.06–3.32)	0.01	Highly exposed vs non-exposed	Band et al. (2011)
Prostate	Carbaryl	Carbamate	Insecticide	OR=1.73 (1.09–2.74)	0.01	Highly exposed vs non-exposed	Band et al. (2011)
Prostate	Diazinon	Organophos-phate	Insecticide	OR=1.93 (1.21–3.08)	0.02	Highly exposed vs non-exposed	Band et al. (2011)
Prostate	Malathion	Organophos-phate	Insecticide	OR=1.49 (1.02–2.18)	0.03	Highly exposed vs non-exposed	Band et al. (2011)
Prostate	2,4-DB	Chlorinated phenol	Herbicide	OR=2.19 (1.06–4.50)	0.02	Highly exposed vs non-exposed	Band et al. (2011)
Prostate	MCPA	Chlorinated phenol	Herbicide	OR=2.31 (1.09–4.88)	0.02	Highly exposed vs non-exposed	Band et al. (2011)
Prostate	Simazine	Triazine	Herbicide	OR=1.89 (1.08–3.33)	0.01	Highly exposed vs non-exposed	Band et al. (2011)
Prostate	Copper sulfate	Inorganic	Fungicide	OR=1.74 (1.04–2.91)	0.05	Highly exposed vs non-exposed	Band et al. (2011)
Prostate	Dichlone	Napthoquinone	Fungicide	OR=1.88 (1.01–3.52)	0.02	Highly exposed vs non-exposed	Band et al. (2011)
Prostate	Ferbam	Carbamate	Fungicide	OR=1.90 (1.09–3.30)	0.02	Highly exposed vs non-exposed	Band et al. (2011)
Prostate	Maneb	Dithiocarbamate	Fungicide	OR=1.90 (1.09–3.30)	0.02	Highly exposed vs non-exposed	Band et al. (2011)
Prostate	Sulfur		Fungicide	OR=1.81 (1.12–2.92)	0.02	Highly exposed vs non-exposed	Band et al. (2011)
Prostate	Ziram	Carbamate	Fungicide	OR=1.83 (1.08–3.10)	0.03	Highly exposed vs non-exposed	Band et al. (2011)
Prostate	Captan	Phentolamine	Fungicide	OR=1.76 (1.12–2.78)	0.02	Low exposed vs non-exposed	Band et al. (2011)
Prostate	Terbufos	Organophos-phate	Insecticide	HR=1.28 (1.06–1.55)	>0.05	Moderately exposed (107<IWLD>352) vs non-exposed	Bonner et al. (2010)
Prostate			Insecticide + fungicide	OR=2.23 (1.15–4.33)		Men exposed vs non-exposed	Sharma et al. (2016)
Stomach	Methyl bromide	Organobromine	Fungicide	RR=3.13 (1.25–7.80)	0.02	Highly exposed (>765 IWLD) vs non-exposed	Barry et al. (2012)
Soft tissue sarcoma	Aldrin	Organochlorine	Insecticide	OR=3.71 (1.00–13.76)		Exposed vs non-exposed	Pahwa et al. (2011)
Soft tissue sarcoma	Diazinon	Organophos-phate	Insecticide	OR=3.31(1.78–6.23)		Exposed vs non-exposed	Pahwa et al. (2011)
Thyroid	Atrazine	Organic	Herbicide	RR=4.84 (1.31–17.93)	0.08	Q4 (>178.5 IWLD) vs Q1(≤20 IWLD)	Freeman et al. (2011)
Thyroid	Malathion	Organophos-phate	Insecticide	RR=2.04 (1.14–3.63)		Ever vs never use	Lerro et al. (2015)

[a]Acute lymphoblastic leukemia. [b]Acute myeloid leukemia. [c]Lymphohematopoietic cancer. [d]Non-Hodgkin lymphoma. [e]According to the Pesticide Management Education Program (http://pmep.cce.cornell.edu/profiles/index.html). [f]Dicofol, dieldrin, dienochlor, endosulfan, heptachlor, lindane, methoxychlor, and toxaphene. [g]OR= Odd Ratio; RR=Relative Risk; HR= Hazard Ratio. [h]LD=lifetime days of pesticide use, i.e., the product of years of use of a specific pesticide and the number of days used per year; IWLD= intensity-weighted lifetime days of use, i.e., the product of lifetime days of use and a measure of exposure intensity; T3= third tertile, Q4=fourth quantile.

Chart 3. Registration status of pesticides positively associated with cancer – European Union, United States, and Brazil

Pesticide	**Registration Status**		
	European Union[a]	**United States[b]**	**Brazil[c]**
2,4,5-T	Not Approved	Banned or Severely Restricted	Banned
2,4-D	Approved	Banned or Severely Restricted	Approved, but under review
2,4-DB	Approved	Registration Review	Banned
3,5-dinitro-o-cresol	Not registered	Not registered	Not registered
Aldrin	Not Approved	Banned or Severely Restricted	Banned
Alachlor	Not Approved	Reregistration	Approved
Atrazine	Not Approved	Registration Review	Approved
Azinphos-methyl	Not Approved	Banned or Severely Restricted	Not approved
Bentazon	Approved	Registration Review	Approved
Bromoxynil	Approved	Registration Review	Approved
Butylate	Not Approved	Registration Review	Banned
Captan	Approved	Registration Review	Approved
Carbaryl	Not Approved	Registration Review	Approved
Carbofuran	Not Approved	Banned or Severely Restricted	Banned
Chloramben	Not Approved	Approved	Banned
Chlorimuron ethyl	Not Approved	Registration Review	Approved
Chlorpyrifos	Approved	Registration Review	Approved
Copper sulfate	Approved	Registration Review	Approved
Coumaphos	Not Approved	Registration Review	Not registered
d-Allethrin	Not Approved	Registration Review	Approved
DDT	Not Approved	Banned or Severely Restricted	Banned
Diazinon	Not Approved	Registration Review	Approved
Dichlone	Not Approved	Approved	Not registered
Dichlorprop	Not Approved	Approved	Approved
Diclofop-methyl	Approved	Registration Review	Approved
d-phenothrin	Not Approved	Registration Review	Approved
EPTC	Not Approved	Registration Review	Banned
Esbiothrin	Not registered	Registration Review	Approved
Ferbam	Not Approved	Reregistration	Not registered
Glyphosate	Approved	Registration Review	Approved, but under review
Imazaquin	Approved	Registration Review	Approved
Imazethapyr	Not Approved	Registration Review	Approved
Imiprothrin	Not registered	Registration Review	Approved
Lindane	Not Approved	Banned or Severely Restricted	Banned
Malathion	Approved	Registration Review	Approved
Maneb	Not Approved	Registration Review	Banned
Mancozeb	Approved	Reregistration	Approved
MCPA	Approved	Registration Review	Approved

Chart 3. (cont.)

Mecoprop (MCPP)	Not Approved	Reregistration	Not registered
Methyl bromide	Not Approved	Registration Review	Approved
Metolachlor	Not Approved	Registration Review	Approved
Metribuzin	Approved	Registration Review	Approved
Paraquat	Not Approved	Approved	Restricted, but banned starting in 2020
Parathion	Not Approved	Banned or Severely Restricted	Banned
Pendimethalin	Approved	Registration Review	Approved
Permethrin	Not Approved	Registration Review	Approved
Prallethrin	Not registered	Registration Review	Approved
Simazine	Not Approved	Registration Review	Approved
Sulfur	Approved	Registration Review	Approved
Terbufos	Not Approved	Registration Review	Approved
Tetramethrin	Not Approved	Registration Review	Approved
Trifluralin	Not Approved	Registration Review	Approved
Ziram	Approved	Reregistration	Banned

[a]European Comission. EU Pesticides database [internet]. [accessed 2018 Aug 29]. Available at: http://ec.europa.eu/food/plant/pesticides/eu-pesticides-database/public/?event=activesubstance.selection&language=EN.

[b]USEPA. [internet]. [accessed 2018 Aug 29]. Available at: https://iaspub.epa.gov/apex/pesticides/f?p=CHEMICALSEARCH:1: and http://scorecard.goodguide.com/chemical-groups/one-list.tcl?short_list_name=brpest.

[c]ANVISA. [internet]. [accessed 2018 Aug 29]. Available at: http://portal.anvisa.gov.br/registros-e-autorizacoes/agrotoxicos/produtos/monografia-de-agrotoxicos.

Discussion

From the 53 pesticides listed in *chart 2* relating to at least one type of cancer, most are still being used in the United States (44) and Brazil (34) *(chart 3)*. From this list, only 8 pesticides are currently not approved nor registered, banned or severely restricted in the United States, the European Union, and Brazil: 2,4,5-T, 3,5-dinitro-o-cresol, aldrin, azinphos-methyl, carbofuran, DDT, lindane, and parathion. The pesticides mostly related to cancers fell into the category of the herbicides (24), insecticides (19), and fungicides (9) *(chart 2)*. The most frequent chemical groups associated with cancers included organophosphates, pyrethroids, organochlorines, and thiocarbamates *(chart 2)*.

Results from the Agricultural Health Study (AHS), a prospective cohort of licensed pesticide applicators from Iowa and North Carolina (USA), indicated that the highest levels of EPTC[9] and butylate[10] lifetime exposure days (LD) were associated to all cancers. Additionally, moderate and high exposures to terbufos also increased overall cancer hazard ratio[11]. On the other hand, some cohort studies investigated specific pesticides such as chlorothalonil[12], captan[13], malathion[14], and dichlorvos[15], although not finding any association with cancer.

To reside near crops was reported to increase cancer risk in children younger than 14[16] or 15 years old[17]. However, another study[18] evaluated several types of childhood cancers and was not able to find any significant association with residence near agricultural fields.

Being a farmer also significantly increased overall cancer risk (OR=1.459, 95% CI: 1.229–1.731) when compared to non-farmers of the

same gender and age range[19]. Lemarchand et al.[20] also observed significantly higher overall cancer risk among male farm workers, measured by the Standardized Incidence Ratio (SIR) of 1.07, 95% CI: 1.03–1.12.

Several studies analyzed neoplasms of the hematopoietic and lymphoid tissues (LHC) and found significantly increased risk in people living in a farm[21] or near crops[16] exposed to pesticides[22-24], butylate herbicide[10], metribuzin herbicide[22], or terbufos insecticide[11].

Leukemia primarily affects children. Several studies found association between different types of childhood leukemia and pesticide exposure[25-27]. Residing near certain crops[28], or in counties of high level of agricultural activity[17], was also found to significantly increase the risk of childhood cancer. Although Malagoli et al.[29] could not find statistically significant results, they suggested that childhood leukemia risk increased when the child resides near arable crops. Children who were born in rural areas (RR= 1.43, 95% CI: 1.09–1.86, p-trend= 0.003) or in counties with the highest farming index (RR= 1.33, 95% CI: 1.04–1.69) or pesticide exposure index (RR= 1.30, 95% CI: 1.02–1.66) faced significantly higher risk to die from leukemia[30]. In adults, increased leukemia risk was significantly associated with exposure to EPTC herbicide[9] and terbufos insecticide[11]. Other risk factors related to a farm life such as living on a farm, planting crops, raising livestock or animals, working as farm workers or in the agricultural industry, and exposures to insecticides or fertilizers[31].

Hodgkin Lymphoma (HL) in males of 19 years of age or older was significantly associated with exposure to the organophosphate insecticide chlorpyrifos[32] and the herbicide dichlorprop[33]. Hodgkin's disease and Non-Hodgkin Lymphoma (NHL) were significantly reduced in districts with low pesticides exposure compared to those with high exposure[34].

Non-Hodgkin lymphoma risk factors include: being an agricultural worker[35-37] or a farmer[35,38,39]; living in a farm or in communities between 1,000 and 10,000 people[39]; being exposed to pesticides[39], potentially carcinogenic pesticides[40], herbicides[35,38,40], insecticides[38,40], or fungicides[40]. Some specific insecticides such as DDT[41], lindane[41], and terbufos[11,41], as well as some specific herbicides such as butylate[10] and paraquat[42], were also associated with higher risk of NHL.

Multiple myeloma was associated to six specific types of pesticides. Otherwise, results were contradictory for captan fungicide and carbaryl insecticide. While three case-control studies[43-45] showed that these pesticides increased MM risk, one cohort study[41] could not find significant associations. Different results also appeared for DDT and lindane insecticides. Presutti et al.[45] found DDT to be linked to MM, but could not trace significant correlation between lindane and MM. Conversely, Kachuri et al.[43] and Pahwa et al.[44] found DDT not to be linked to MM, while lindane showed a significant association. Two cohort studies investigated permethrin insecticide[41,46], and other two case-control studies[43,44] investigated mecoprop herbicide, and they all found significant high MM risk. Consistency was also seen among the four studies about not finding significant associations between malathion and MM[41,43-45]. Furthermore, increased risk of MM was seen among men who reported the use of fungicides, pesticides classified as probably carcinogenic or higher, using at least one carbamate pesticide, one phenoxy herbicide, and 3 organochlorines[43]. Occasional, although intense, use of pesticides or herbicides by men also caused a significant MM excess risk (RR=1.20, 95% CI: 1.07–1.34)[47]. Female crop farmers[37], as well as female and male pesticide users[48], suffered higher incidences of MM. Similarly, a study[20] observed higher risks among males and females who work in farms and among male farm owners (SIR=1.59 95% CI: 1.29–1.95) and male users of pesticides on crops (SIR=1.49, 95% CI: 1.19–1.84).

Although the main risk factors, i.e., age, black race, family history, related to prostate neoplasm are already identified, this integrative review revealed that exposure

to butylate[10], methyl bromide[49], a group of organochlorine insecticide[49], and terbufos[11] were found to increase the risk. High exposure to the (i) insecticides DDT, lindane, 3,5-dinitro-cresol, azinphos-methyl, carbaryl, diazinon, malathion, (ii) herbicides 2,4-DB, MCPA, simazine, and (iii) fungicides copper sulfate, dichlone, ferbam, maneb, sulfur, ziram significantly increased prostate cancer risk in males[50,51]. Prostate cancer risk was higher among male agricultural workers[20,37] and men exposed to coumaphos who reported a family history of that cancer[52].

Primary testicular tumors are the most common solid malignant tumor in men aged 20 to 34 years in the United States[53] and its cause is still unknown, although a study has evidenced that its incidence was significantly higher among male pesticide users (SIR=1.26, 95% CI: 1.04–1.53)[48].

Among malignant neoplasms of digestive organs, the herbicides EPTC and pendimethalin were associated with pancreatic cancer among pesticide applicators and their spouses[37,54]. Stomach cancer risk significantly increased with exposure to methyl bromide[55] and in districts with greater pesticide use[34]. Colorectal cancer risk was significantly higher among farmers (OR=1.529, 95% CI: 1.011–2.314)[19], those exposed to pesticide (OR=2.6, 95% CI: 1.1–5.9), and those primarily sourcing food directly from farms (OR=4.6, 95% CI: 1.5–14.6)[56]. A higher prevalence of colon cancer was also observed among male pesticide applicators exposed to EPTC[9], trifluralin[57], carbofuran, metolachlor, and alachlor[58]. Esophagus cancer deaths were, in general, significantly higher (OR=1.38, 95% CI: 1.26–1.51) among agricultural than among non-agricultural workers in the south region of Brazil, an area with intense pesticide use[59]. The Hepatocellular Carcinoma (HCC) can be affected by several factors, and pesticide exposure may contribute to non-B and non-C HCC in areas with high level of agricultural activity[17,34,60-62]. In contrast, Jeephet et al.[63] were not able to find statistically significant association between pesticide use and cholangio carcinoma.

Central nervous system tumors increased among farmers (HR= 1.73, 95% CI: 1.01–2.94)[64], pesticide applicators (HR= 1.96; 95% CI: 1.11–3.47)[64], and children living in countries with high level of agricultural activity (OR= 1.3, 95% CI: 1.1–1.4)[17]. Brain cancer prevalence[34] and its mortality[65,66] showed significantly higher rates in districts with greater pesticide use. Glioma was associated with never changing clothes (OR=2.84, 95% CI: 1.04–7.78) or never washing face and hands (OR=3.08, 95% CI: 1.78–5.34) immediately after applying pesticides[67]. Controversially, a study investigating pesticide applicators did not find any positive association between glioma and farm pesticide use[68].

As for malignant neoplasms of female genital organs, a study[69] investigated risk factors for cervical cancer and could not find any association with insecticides. The result was anticipated, once most cervical cancer cases are caused by the human papillomavirus, a well-known risk factor. Ashley-Martin et al.[70] did not find significant associations between breast cancer and fungicide exposure. However, Salerno et al.[19] observed that farmers were at significantly higher risk for breast cancer (OR=1.720, 95% CI: 1.039–2.846), and Lerro et al.[71] found organophosphate insecticides to be associated with breast tumor and diazinon to significantly increase the risk of ovarian cancer.

Among malignant neoplasms of urinary tract, bladder cancer revealed to be the most common type associated with pesticides. The prevalence was significantly higher in districts with greater pesticide use[34]. Any use of imazethapyr, imazaquin, bentazon, bromoxynil, chloramben, and diclofop-methyl herbicides increased the risk of bladder cancer, as did the insecticide DDT solely[72,73]. In contrast, a study[74] investigating risk factors for bladder cancer among farm workers could not find any significant increasing risk for pesticide exposure, whilst significant high risk was observed

among field-grown vegetable workers. Renal tumors were associated with living in counties with high level of agricultural activity (OR=2.1, 95% CI: 1.7–2.6)[17].

Lung cancer is the primary contributor of malignant neoplasms of respiratory and intrathoracic organs. After controlling for several factors including smoking, which is the most common risk factor, lung cancer among pesticide applicators from the AHS cohort was significantly associated to high exposure to the organophosphate insecticide diazinon (RR=1.60, 95% CI: 1.11–2.31)[75]. The highest quartile of use of the herbicide chlorimuron ethyl showed high risk of lung cancer[76]. Significantly higher prevalence was also observed in districts with greater pesticide use[34].

Cutaneous melanoma incidence among pesticide applicators was significantly increased by the exposure to parathion and carbaryl insecticides and maneb/mancozeb fungicide after adjusting for risk factors[77,78]. A higher risk for skin melanoma (SIR= 1.30, 95% CI: 1.00–1.66) was observed among female farm workers[20]. Additionally, an increased melanoma hazard ratio among male agricultural workers and female crop farmers was also identified[37]. A study investigated uveal melanoma but could not find positive associations with activities of farming, pesticide application, or pesticide mixing[79].

Soft Tissue Sarcoma (STS) was significantly associated to also exposure to aldrin and diazinon among men aged 19 years or older[80] as to with high level of agricultural activity (OR=1.7, 95% CI: 1.4–2.0)[17]. Among British women, it was observed that pesticide users died more often from STS than the national population[48]. Malignant bone tumors were associated to living in counties with high level of agricultural activity (OR=2.3, 95% CI: 1.8–2.9)[17].

Head and neck cancer was reported among men and women residing in rural areas[81]. Thyroid cancer risk increased with malathion[71] and atrazine exposure[82]. Lip cancer risk was significantly higher among male agricultural workers (HR= 2.14, 95% CI: 1.70–2.70)[37] and male farm workers (SIR=2.87, 95% CI: 1.61–4.74)[20].

Myelodysplastic Syndromes (MDS) were significantly associated to ever exposure to pesticides (OR=2.47, 95% CI: 1.44–4.24), insecticides (OR=3.34, 95% CI: 1.62–6.90) and herbicides (OR= 2.27, 95% CI: 1.14–4.51), but not to fungicides[83]. Paraquat was the only specific pesticide to positively and significantly associate with MDS (OR= 4.90, 95% CI: 1.05–22.75).

The choice for an integrative review may be considered one of the strengths of this study, since it is the only approach that allows for combining results of different methodologies. This study has the potential to enable for the diversity in primary research to be summarized and to become an instrument also for medical professionals that deal with cancers as for decision-makers responsible for making the public policies, once risks to populations were identified.

As for its limitations, this study focused on a very wide topic that encompassed all kinds of pesticides and cancers, which may have led to the loss of specific details. Second, it was only able to analyze the registration status of pesticides in the United States, Brazil, and the European Union, since most of the papers retrieved from the Medline/PubMed database belonged to those places. It would certain be beneficial to further add other countries to the comparison. It is important to note that half of the studies retrieved were carried out in the USA, being 25 published by AHS researchers. Epidemiologic evidence outside the AHS cohort remains limited as far as associations observed for specific pesticides and cancer types are concerned. Third and last, this study did not discuss potential mechanisms of action of pesticides that could have improved the study.

Conclusions

This integrative literature review showed that the risk of several cancer types increased

significantly with exposure to several types of pesticides, most of which are still in use in the United States and Brazil. Although a few studies presented contradictory results, being a farmer or living near crops or high agricultural areas have also been used as a proxy for pesticide exposure and significantly associated with higher cancer risk.

In general, the literature is well illustrated in the case of prostate cancer, NHL, leukemia, multiple myeloma, bladder and colon cancers. Studies that further investigate the relationship between pesticide and neoplasms of testis, breast, esophagus, kidney, thyroid, lip, head/neck, and bone are recommended. It is hoped that this study can be used as a reference material and will contribute to future research regarding pesticide exposure and cancer incidence.

Collaborators

Pluth TB (0000-0002-5851-9476)* made substantial contribution to the conception, design, drafting of the work, and to the analysis and interpretation of data. Zanini LAG (0000-0002-3849-6211)* contributed to the critical review of the content, and assisted in data interpretation and drafting of the work. Battisti IDE (0000-0001-9740-4199)* made substantial contribution to the conception and design of the work. All authors approved the final version to be published. ■

References

1. World Health Organization. Pesticides [internet]. Genebra: WHO; 2019 [accessed 2017 Sept 10]. Available at: http://www.who.int/topics/pesticides/en/.

2. Garcia EG, Alves Filho JP. Aspectos de prevenção e controle de acidentes no trabalho com agrotóxicos. São Paulo: Fundacentro; 2005.

3. Peres F. Saúde, trabalho e ambiente no meio rural brasileiro. Ciênc. Saúde Colet. 2009; 14:1995-2004.

4. Brito PF, Gomide M, Magalhães V, et al. Familiar agriculture and pesticide exposure : brief considerations. Cad. Saúde Colet. 2005; 13(4):887-900.

5. Pacheco MEL, Guimarães MK, Silva LR. Mesa de controvérsias sobre o impacto dos agrotóxicos na soberania e segurança alimentar e nutricional e no direito humano a alimentação adequada. Brasília, DF: CONSEA; 2014.

6. Miller GT. Biodiversity: sustaining soils and producing food. In: Miller GT. Sustaining the Earth. 6. ed. Pacific Grove, California: Thompson Learning, Inc.; 2004. p. 211-216.

7. Weichenthal S, Moase C, Chan P. A review of pesticide exposure and cancer incidence in the agricultural health study cohort. Environ. Health Perspect. 2010; 118(8):1117-1125.

8. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. [accessed 2017 Feb 27]. Available at: http://globocan.iarc.fr.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Van Bemmel DM, Visvanathan K, Beane Freeman LE, et al. S-ethyl-N,N-dipropylthiocarbamate exposure and cancer incidence among male pesticide applicators in the agricultural health study: A prospective cohort. Environ Health Perspect. 2008; 116(11):1541-1546.

10. Lynch SM, Mahajan R, Beane Freeman LE, et al. Cancer incidence among pesticide applicators exposed to butylate in the Agricultural Health Study (AHS). Environ Res. 2009; 109(7):860-868.

11. Bonner MR, Williams BA, Rusiecki JA, et al. Occupational Exposure to Terbufos and the Incidence of Cancer in the Agricultural Health Study. Cancer Causes Control. 2010; 21(6):871-877.

12. Mozzachio AM, Rusiecki JA, Hoppin JA, et al. Chlorothalonil exposure and cancer incidence among pesticide applicator participants in the agricultural health study. Environ Res. 2008; 108(3):400-403.

13. Greenburg DL, Rusiecki J, Koutros S, et al. Cancer incidence among pesticide applicators exposed to captan in the Agricultural Health Study. Cancer Causes Control. 2008; 19(10):1401-1407.

14. Bonner MR, Coble J, Blair A, et al. Malathion exposure and the incidence of cancer in the agricultural health study. Am J Epidemiol. 2007; 166(9):1023-1034.

15. Koutros S, Mahajan R, Zheng T, et al. Dichlorvos Exposure and Human Cancer Risk: Results from the Agricultural Health Study. Cancer Causes Control. 2008; 19(1):59-65.

16. Gómez-Barroso D, García-Pérez J, López-Abente G, et al. Agricultural crop exposure and risk of childhood cancer: new findings from a case–control study in Spain. Int J Health Geogr. 2016; 15(1):18.

17. Carozza SE, Li B, Elgethun K, et al. Risk of childhood cancers associated with residence in agriculturally intense areas in the United States. Environ Health Perspect. 2008; 116(4):559-565.

18. Carozza SE, Li B, Wang Q, et al. Agricultural pesticides and risk of childhood cancers. Int J Hyg Environ Health. 2009; 212(2):186-195.

19. Salerno C, Carcagnì A, Sacco S, et al. An Italian population-based case-control study on the association between farming and cancer: are pesticides a plausible risk factor? Arch Environ Occup Heal. 2016; 71(3):147-156.

20. Lemarchand C, Tual S, Levêque-Morlais N, et al. Cancer incidence in the AGRICAN cohort study (2005–2011). Cancer Epidemiol. 2017; 49:175-185.

21. Jones RR, DellaValle CT, Flory AR, et al. Accuracy of residential geocoding in the Agricultural Health Study. Int. j. health geogr. 2014; 13(37):1-9.

22. Delancey JOL, Alavanja MCR, Coble J, et al. Occupational Exposure to Metribuzin and the Incidence of Cancer in the Agricultural Health Study. Ann. epidemiol. 2009; 19(6):388-395.

23. Kokouva M, Bitsolas N, Hadjigeorgiou GM, et al. Pesticide exposure and lymphohaematopoietic cancers: a case-control study in an agricultural region (Larissa, Thessaly, Greece). BMC public health. 2011; 11(1):1-5.

24. Schinasi LH, De Roos AJ, Ray RM, et al. Insecticide exposure and farm history in relation to risk of lymphomas and leukemias in the Women's Health Initiative observational study cohort. Ann. epidemiol. 2015; 25(11):803-810.

25. Rull RP, Gunier R, Von Behren J, et al. Residential proximity to agricultural pesticide applications and childhood acute lymphoblastic leukemia. Environ Res. 2009; 109(7):891-899.

26. Ferreira JD, Couto AC, Pombo-de-Oliveira MS, et al. In utero pesticide exposure and leukemia in Brazilian children <2 years of age. Environ. health perspect. 2013; 121(2):269-275.

27. Kumar A, Vashist M, Rathee R. Maternal factors and risk of childhood leukemia. Asian pac. j. cancer prev. 2014; 15(2):781-784.

28. Booth BJ, Ward MH, Turyk ME, et al. Agricultural

crop density and risk of childhood cancer in the midwestern United States: an ecologic study. Environ Heal. 2015; 14(82):1-11.

29. Malagoli C, Costanzini S, Heck JE, et al. Passive exposure to agricultural pesticides and risk of childhood leukemia in an Italian community. Int. j. hyg. environ. health. 2016; 219(8):742-748.

30. Cha ES, Hwang S, Lee WJ. Childhood leukemia mortality and farming exposure in South Korea: A national population-based birth cohort study. Cancer epidemiol. 2014; 38(4):401-407.

31. Wong O, Harris F, Yiying W, et al. A hospital-based case-control study of acute myeloid leukemia in Shanghai: Analysis of personal characteristics, lifestyle and environmental risk factors by subtypes of the WHO classification. Regul. Toxiol. pharmacol. 2009; 55(3):340-352.

32. Karunanayake CP, Spinelli JJ, McLaughlin JR, et al. Hodgkin Lymphoma and Pesticides Exposure in Men: A Canadian Case-Control Study. J Agromedicine. 2012; 17(1):30-39.

33. Pahwa P, Karunanayake CP, Spinelli JJ, et al. Ethnicity and incidence of Hodgkin lymphoma in Canadian population. BMC cancer. 2009; 9(141):1-9.

34. Parrón T, Requena M, Hernández AF, et al. Environmental exposure to pesticides and cancer risk in multiple human organ systems. Toxicol. lett. 2014; 230(2):157-165.

35. Richardson DB, Terschüren C, Hoffmann W. Occupational Risk Factors for Non-Hodgkin's Lymphoma : A Population-Based Case – Control Study in Northern Germany. Am J Ind Med. 2008; 51:258-268.

36. Boccolini PMM, Boccolini CS, Chrisman JR, et al. Non-Hodgkin lymphoma among Brazilian agricultural workers: A death certificate case-control study. Environ Occup Heal. 2016; 72(3):139-144.

37. Kachuri L, Harris MA, MacLeod JS, et al. Cancer risks in a population-based study of 70,570 agricultural workers: results from the Canadian census health and Environment cohort (CanCHEC). BMC cancer. 2017; 17(343):1-15.

38. Wong O, Harris F, Armstrong TW, et al. A hospital-based case-control study of non-Hodgkin lymphoid neoplasms in Shanghai: Analysis of environmental and occupational risk factors by subtypes of the WHO classification. Chem. Boil. interact. 2010; 184(1-2):129-146.

39. Karunanayake CP, Dosman JA, Pahwa P. Non-hodgkin's lymphoma and work in agriculture: Results of a two case-control studies in Saskatchewan, Canada. Indian j. occup. environ. med. 2013; 17(3):114-121.

40. Hohenadel K, Harris SA, McLaughlin JR, et al. Exposure to multiple pesticides and risk of non-Hodgkin lymphoma in men from six Canadian provinces. Int. j. environ. res. public health. 2011; 8(6):2320-2330.

41. Alavanja MCR, Hofmann JN, Lynch CF, et al. Non-Hodgkin lymphoma risk and insecticide, fungicide and fumigant use in the agricultural health study. PLoS One. 2014; 9(10):1-17.

42. Park SK, Kang D, Beane-freeman L, et al. Cancer incidence among paraquat-exposed pesticide applicators in the Agricultural Health Study. Int J Occup Env Heal. 2009; 15(3):274-281.

43. Kachuri L, Demers PA, Blair A, et al. Multiple pesticide exposures and the risk of multiple myeloma in Canadian men. Int. j. cancer. 2013; 133(8):1846-1858.

44. Pahwa P, Karunanayake CP, Dosman JA, et al. Multiple Myeloma and Exposure to Pesticides: A Canadian Case-Control Study. J Agromedicine. 2012; 17(1):40-50.

45. Presutti R, Harris SA, Kachuri L, et al. Pesticide exposures and the risk of multiple myeloma in men: an analysis of the North American Pooled Project (NAPP). Int. j. cancer. 2016; 139(8):1703-1714.

46. Rusiecki JA, Patel R, Koutros S, et al. Cancer incidence among pesticide applicators exposed to permethrin in the Agricultural Health Study. Environ.

health perspect. 2009; 117(4):581-586.

47. Lope V, Pérez-Gómez B, Aragonés N, et al. Occupation, exposure to chemicals, sensitizing agents, and risk of multiple myeloma in Sweden. Cancer epidemiol. biomark. prev. 2008; 17(11):3123-3127.

48. Frost G, Brown T, Harding AH. Mortality and cancer incidence among British agricultural pesticide users. Occup Med (Lond). 2011; 61(5):303-310.

49. Cockburn M, Mills P, Zhang X, et al. Prostate cancer and ambient pesticide exposure in agriculturally intensive areas in California. Am j. epidemiol. 2011; 173(11):1280-1288.

50. Band PR, Abanto Z, Bert J, et al. Prostate cancer risk and exposure to pesticides in British Columbia Farmers. Prostate. 2011; 71(2):168-183.

51. Sharma M, Lawson JA, Kanthan R, et al. Factors Associated With the Prevalence of Prostate Cancer in Rural Saskatchewan: The Saskatchewan Rural Health Study. J Rural Heal. 2016; 32(2):125-135.

52. Christensen CH, Platz EA, Andreotti G, et al. Coumaphos exposure and incident cancer among male participants in the Agricultural Health Study (AHS). Environ. health perspect. 2010; 118(1):92-96.

53. United States. National Cancer Institute. Cancer Stat Facts: Testicular Cancer [internet].Maryland: National Cancer Institute; 2019. [accessed 2018 Dec 30]. Available at: https://seer.cancer.gov/statfacts/html/testis.html.

54. Andreotti G, Freeman LEB, Hou L, et al. Agricultural Pesticide Use and Pancreatic Cancer Risk in the Agricultural Health Study Cohort Gabriella. Int. j. cancer. 2009; 124(10):2495-2500.

55. Barry KH, Koutros S, Lubin JH, et al. Methyl bromide exposure and cancer risk in the Agricultural Health Study. Cancer causes control. 2012; 23(6):807-818.

56. Lo A-C, Soliman AS, Khaled HM, et al. Lifestyle, occupational, and reproductive factors and risk of colorectar cancer. Dis. colon rectum. 2010; 53(5):830-837.

57. Kang D, Park SK, Beane-Freeman L, et al. Cancer incidence among pesticide applicators exposed to trifluralin in the Agricultural Health Study. Environ. res. 2008; 107(2):271-276.

58. Andreotti G, Hou L, Freeman LEB, et al. Body Mass Index, Agricultural Pesticide Use, and Cancer Incidence in the Agricultural Health Study Cohort. Cancer causes control. 2010; 21(11):1759-1775.

59. Meyer A, Alexandre PCB, Chrisman JR, et al. Esophageal cancer among Brazilian agricultural workers: Case-control study based on death certificates. Int. j. hyg. environ. health. 2011; 214(2):151-155.

60. Azm ARAE, Yousef M, Mansour N, et al. New insights on non-B non-C hepatocellular carcinoma in mid Delta Region, Egypt. J gastrointest cancer. 2014; 45(3):276-283.

61. VoPham T, Brooks MM, Yuan JM, et al. Pesticide exposure and hepatocellular carcinoma risk: A case--control study using a geographic information system (GIS) to link SEER-Medicare and California pesticide data. Environ. res. 2015; 143:68-82.

62. Silver SR, Bertke SJ, Hines CJ, et al. Cancer incidence and metolachlor use in the Agricultural Health Study: An update. Int. j. cancer. 2015; 137(11):2630-2643.

63. Jeephet K, Kamsa-Ard S, Bhudhisawasdi V, et al. Association between pesticide use and cholangiocarcinoma. Asian pac. J. cancer prev. 2016; 17(8):3977-3980.

64. Piel C, Pouchieu C, Tual S, et al. Central nervous system tumors and agricultural exposures in the prospective cohort AGRICAN. Int. j. cancer. 2017; 141(9):1771-1782.

65. Miranda Filho AL, Monteiro GTR, Meyer A. Brain cancer mortality among farm workers of the State of Rio de Janeiro, Brazil: A population-based case--control study, 1996-2005. Int. j. hyg. environ. health. 2012; 215(5):496-501.

66. Miranda Filho AL, Koifman RJ, Koifman S, et al. Brain

cancer mortality in an agricultural and a metropolitan region of Rio de Janeiro, Brazil: a population-based, age-period-cohort study, 1996–2010. BMC cancer. 2014; 14(320):1-9.

67. Ruder AM, Carreón T, Butler MA, et al. Exposure to farm crops, livestock, and farm tasks and risk of glioma. Am. j. epidemiol. 2009; 169(12):1479-1491.

68. Yiin JH, Ruder AM, Stewart PA, et al. The upper midwest health study: a case–control study of pesticide applicators and risk of glioma. Environ Heal. 2012; 11(39):1-13.

69. Zhang B, Zhou AF, Zhu C-C, et al. Risk Factors for Cervical Cancer in Rural Areas of Wuhan China: a Matched Case-control Study. Asian pac. j. cancer prev. 2013; 14(12):7595-7600.

70. Ashley-Martin J, Vanleeuwen J, Cribb A. Breast cancer risk, fungicide exposure and cyp1a1*2a gene-environment interactions in a province-wide case control study in prince edward island, Canada. Int. j. environ. res. public health. 2012; 9(5):1846-1858.

71. Lerro CC, Koutros S, Andreotti G, et al. Organophosphate insecticide use and cancer incidence among spouses of pesticide applicators in the Agricultural Health Study. Occup Environ Med. 2015; 72(10):736-744.

72. Koutros S, Lynch CF, Ma X, et al. Aromatic amine pesticide use and human cancer risk: results from the U.S. Agricultural Health Study. Int J Cancer. 2009; 124(5):1206-1212.

73. Koutros S, Silverman DT, Alavanja MCR, et al. Occupational exposure to pesticides and bladder cancer risk. Int J Epidemiol. 2016; 45(3):792-805.

74. Boulanger M, Tual S, Lemarchand C, et al. Agricultural exposure and risk of bladder cancer in the AGRIculture and CANcer cohort. Int Arch Occup Environ Heal. 2017; 90(2):169-178.

75. Jones RR, Barone-Adesi F, Koutros S, et al. Incidence of solid tumours among pesticide applicators exposed to the organophosphate insecticide diazinon in the Agricultural Health Study: an updated analysis. Occup. Environ. med. 2015; 72(7):1-18.

76. Bonner MR, Freeman LEB, Hoppin JA, et al. Occupational Exposure to Pesticides and the Incidence of Lung Cancer in the Agricultural Health Study. Environ. health perspect. 2017; 125(4):544-551.

77. Dennis LK, Lynch CF, Sandler DP, et al. Pesticide use and cutaneous melanoma in pesticide applicators in the agricultural heath study. Environ health perspect. 2010; 118(6):812-817.

78. Mahajan R, Blair A, Coble J, et al. Carbaryl exposure and incident cancer in the Agricultural Health Study. Int j. cancer. 2007; 121(8):1799-1805.

79. Behrens T, Lynge E, Cree I, et al. Pesticide exposure in farming and forestry and the risk of uveal melanoma. Cancer causes control. 2012; 23(1):141-151.

80. Pahwa P, Karunanayake CP, Dosman JA, et al. Soft-Tissue Sarcoma and Pesticides Exposure in Men. J. occup environ. med. 2011; 53(11):1279-1286.

81. Govett G, Genuis SJ, Govett HE, et al. Chlorinated pesticides and cancer of the head and neck. Eur. j. cancer prev. 2011; 20(4):320-325.

82. Freeman LEB, Rusiecki JA, Hoppin JA, et al. Atrazine and cancer incidence among pesticide applicators in the Agricultural Health Study (1994-2007). Environ health perspect. 2011; 119(9):1253-1259.

83. Avgerinou C, Giannezi I, Theodoropoulou S, et al. Occupational, dietary, and other risk factors for myelodysplastic syndromes in Western Greece. Hematology. 2017; 22(7):419-429.

Received on 02/03/2019
Approved on 04/10/2019
Conflict of interest: non-existent
Financial support: non-existent

Gestão de eventos QBRN e a utilização do modelo Hysplit: uma revisão integrativa de literatura

CBRN events management and the use of the Hysplit model: an integrative literature review

Adriana Paula Macedo Ferreira Pereira[1,2], Luiz Antonio da Costa Rodrigues[1,3], Elaine Alves dos Santos[4], Telma Abdalla de Oliveira Cardoso[2], Simone Cynamon Cohen[2]

DOI: 10.1590/0103-1104201912221

RESUMO O potencial risco de exposição das populações aos agentes Químicos, Biológicos, Radioativos e Nucleares (QBRN), seja por causas intencionais ou não, configura-se como questão de segurança nacional e demanda um constante aprimoramento do seu gerenciamento. Os modelos de dispersão atmosférica vêm ganhando destaque como ferramenta de apoio à gestão dos riscos aos agentes QBRN. O objetivo desta pesquisa foi identificar e avaliar estudos que utilizaram o modelo Hysplit no contexto de eventos QBRN. Para tanto, foi realizada uma revisão integrativa de literatura de artigos publicados entre 2014 e 2018, nas bases de dados PubMed, Scopus, Web of Science e Lilacs. A análise dos artigos selecionados permitiu verificar o potencial do uso do modelo Hysplit, enquanto modelo matemático, para compreender o transporte, a dispersão e a deposição de ameaças QBRN liberadas na atmosfera. Os dados produzidos pelas simulações geradas por esse código podem revelar quais áreas serão potencialmente impactadas em um determinado evento ou a região de origem de elementos dispersos no ar. Ademais, o Hysplit pode ser agregado como uma ferramenta de suporte às decisões perante as distintas fases da gestão de eventos QBRN.

PALAVRAS-CHAVE Dispersão de poluentes. Espalhamento de radiação. Acidentes e eventos químicos. Liberação nociva de radioativos. Gestão de riscos.

ABSTRACT *The potential risk of exposure of populations to Chemical, Biological, Radioactive and Nuclear agents (CBRN), either by intentional causes or not, is a matter of national security and demands a constant improvement in its management. The models of atmospheric dispersion have been gaining prominence as a tool to support the management of risks to CBRN agents. The objective of this research was to identify and evaluate studies that used the Hysplit model in the context of CBRN events. For this purpose, an integrative literature review of published articles was conducted between 2014 and 2018, from the PubMed, Scopus, Web of Science and Lilacs databases. The analysis of the selected articles revealed the potential of the Hysplit model, as a mathematical model, to understand the transport, dispersion and deposition of CBRN threats released into the atmosphere. The data produced by the simulations generated by this code can reveal which areas will be potentially impacted in a given event or the region of origin of elements dispersed in the air. In addition, Hysplit can be aggregated as a decisions support tool in the different phases of CBRN event management.*

KEYWORDS *Pollutants dispersion. Scattering radiation. Chemical accidents and events. Radioactive hazard release. Risk management.*

[1] Marinha do Brasil, Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD), Instituto de Pesquisas Biomédicas (IPB) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
apereira.ioc@gmail.com

[2] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Saneamento e Saúde Ambiental (DSSA) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

[3] Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Museu Nacional, Laboratório Professor Álvaro Xavier Moreira – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

[4] Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Laboratório de Geocronologia e Isótopos Radiogênicos (Lagir) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

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

Introdução

A evolução da sociedade e o avanço dos processos tecnológicos e industriais demandam a fabricação ou a manipulação de um relevante quantitativo de substâncias químicas, agentes biológicos e elementos radioativos[1]. Os rápidos avanços dos conhecimentos científicos e tecnológicos, aliados ao desenvolvimento da indústria, à expansão da capacidade de geração de energia, ao aumento da produtividade agrícola, da engenharia de alimentos, entre outros, foram acompanhados pela maior exposição aos riscos ocasionados por agentes Químicos, Biológicos, Radioativos e Nucleares (QBRN). Porém, houve, também, o aperfeiçoamento das estratégias de cuidados com a saúde laboral e a melhoria dos diagnósticos e cuidados da saúde humana e animal[2].

O uso de agentes de riscos físicos, químicos e biológicos em ambientes e em concentrações capazes de causar agravos à saúde humana ou ocasionar óbitos transcende a dimensão laboral. Historicamente, registra-se a utilização desses agentes em disputas territoriais, religiosas, sociais e culturais. Enumeram-se tais usos desde a Antiguidade até a I e a II Guerras Mundiais, perpassando os mais contemporâneos atentados terroristas, tais como: a dispersão de antraz e ricina em cartas endereçadas a políticos americanos (2001, 2003, 2004, 2013 e 2018); a detonação de dispositivos explosivos improvisados durante a Maratona de Boston, nos Estados Unidos (2013), nos arredores do Stade de France, na cidade de Saint-Denis, na França (2015), e dentro do Aeroporto de Bruxelas, na Bélgica (2016); os ataques com gás sarin no metrô de Tóquio, no Japão (1995), e com produto químico contendo cloro reativo em Douma, na Síria (2018).

Em um contexto distinto, apontam-se os furtos de fontes ou de materiais radiológicos, como o acidente ocorrido em Goiânia, em 1987, com césio-137, que ainda é considerado um dos maiores desastres radiológicos do mundo.

Sob outras circunstâncias, existe, ainda, a possibilidade de desastres, como inundações, terremotos, deslizamentos, explosões desencadearem eventos por agentes QBRN *a posteriori*, como o ocorrido na Usina Nuclear de Fukushima, em 11 de março de 2011, quando foi atingida por um tsunami originado de um terremoto que ocorreu na costa litorânea do Japão.

Todos esses aspectos demonstram como as populações estão expostas aos riscos de acidentes, incidentes e desastres envolvendo substâncias químicas, agentes biológicos, elementos radiológicos e nucleares (QBRN). Além disso, os impactos desses eventos podem resultar em perdas humanas, ambientais, econômicas e sociais, que se traduzem numa situação de emergência em saúde pública e podem levar décadas para serem sanados[3]. Desta forma, a capacidade e a habilidade técnica para detectar rapidamente um ataque com agentes QBRN são de suma importância na ação de resposta, de modo a proteger os indivíduos e o ambiente.

A gestão de eventos de natureza QBRN ganha destaque nos cenários internacional e nacional, já que serve como arcabouço para o delineamento de políticas públicas, que orienta a criação e a manutenção de capacidades sustentáveis, bem como investimento, financiamento e planejamento de planos operacionais de resposta, melhorando o controle, a fiscalização, a troca de informações e a tomada de decisão[4]. Ela configura-se como uma questão de segurança nacional e de governança, que envolve diversos setores, incluindo, especialmente, a defesa, a ciência e a tecnologia, a saúde e o meio ambiente[5].

O gerenciamento desses eventos é entendido como um processo cíclico, composto de etapas: (a) planejamento – relacionado com a avaliação do ambiente, vulnerabilidades, capacidades e riscos. A avaliação deve ser implementada antes e após os eventos, uma vez que determina a preparação e facilita a resposta e a recuperação; (b) preparação – etapa de implementação do plano e de mecanismos de prontidão por meio de treinamento, exercícios e certificação. As etapas de planejamento e preparação possuem como objetivo a redução de vulnerabilidades, que irão apoiar a prevenção

e a mitigação; (c) resposta – atua frente aos efeitos diretos, imediatos, de um evento QBRN, incluindo ações de preservação da saúde e da segurança, salvaguardando vidas; de prevenção do sofrimento humano; de proteção às propriedades e estabelecendo medidas de controle, a fim de prevenir ou reduzir a propagação da contaminação, lesão humana ou mortes, danos ambientais e danos materiais; (d) recuperação – só é iniciada após a contenção ou o controle dos riscos imediatos. A recuperação objetiva restaurar os serviços essenciais e concluir a mitigação do risco imediato[6].

Componentes como comando, controle, comunicações, computadores, inteligência, vigilância e reconhecimento são considerados como requisitos fundamentais para uma força de resposta às ameaças QBRN, e o uso de sistemas de informação pode tornar toda a operação mais ágil, eficiente, inteligente e segura[1].

Dessa forma, para a gestão das ameaças QBRN, especialmente dos impactos dos agentes de dispersão aérea, os estudos de dispersão atmosférica são fundamentais no apoio à tomada de decisão, relativos à avaliação de cenários e à modelagem das consequências para equipes responsáveis pela ação de primeira resposta a emergências QBRN e para a população de um modo geral. Os modelos de dispersão podem auxiliar no entendimento dos mecanismos de disseminação de agentes capazes de causar danos em escala local, regional e global; e, desse modo, fazer previsões dos impactos das emissões na troposfera, seja tal impacto causado por fontes fixas ou por fontes móveis. Esses modelos utilizam equações matemáticas para descrever a atmosfera, a dispersão e os processos físicos e químicos que acontecem com uma pluma emitida por uma determinada fonte.

Entre as metodologias mais consagradas, encontram-se as análises físico-químicas e biológicas de amostras de ar, bem como a avaliação da deposição dessas amostras em corpos d'água ou no solo e seus possíveis efeitos[7,8]. No entanto, com o avanço da ciência de dados e do potencial de processamento de grandes volumes de informações, a utilização de modelos computacionais capazes de analisar as diversas dimensões de inúmeras substâncias frente às distintas situações vem ganhando destaque, principalmente por conseguir incorporar noções de cenários reais e hipotéticos[9].

Os Modelos de Transporte Atmosférico, Dispersão e Deposição Atmosférica (MTADD) descrevem o transporte, no espaço e no tempo, de gases e partículas veiculados em massas de ar na atmosfera, incluindo poluentes químicos, matéria radioativa, material particulado, como poeira e bioaerossóis. A modelagem com uso de ferramentas lógicas oferece diferentes modelos de saídas de dados, desde modelos de plumas gaussianas até modelos muito complexos, baseados em Dinâmicas Computacionais de Fluidos (CFD, em inglês). Dessa forma, a escolha de um determinado modelo depende do objetivo do estudo, das substâncias envolvidas e da extensão e complexidade da área a ser avaliada[7,10].

Entre os MTADD mais conhecidos, estão: Atmospheric Dispersion Modelling System (ADMS), American Meteorological Society/ United States Environmental Protection Agency Regulatory Model (Aermod), Areal Locations of Hazardous Atmospheres (Aloha), Californian Puff Model (Calpuff), Hybrid Single-Particle Lagrangian Integrated Trajectory Model (Hysplit), Numerical Atmospheric-dispersion Modelling Environment (Name), Risø Mesoscale PUFF Model (Rimpuff).

Entre esses modelos, o Hysplit tem se destacado por ser uma plataforma de domínio público, eficaz para distintas classes de escalas atmosféricas, com interface gráfica do usuário de fácil utilização, rápido processamento e que dispõe de um módulo on-line[11]. Os dados meteorológicos podem advir de medições *in situ*, de estações meteorológicas (locais) ou do Global Data Assimilation System (GDAS)[9].

O GDAS é um banco de dados mundial de observação meteorológica que registra observações em um espaço modelado em uma grade de três dimensões. Apresenta a finalidade de iniciar ou inicializar previsões

meteorológicas com observações verificadas. Ele adiciona observações como dados de superfície, dados de balão, dados de perfil de vento, relatórios de aeronaves, observações de boias, observações de radar e observações de satélite[9,12].

Segundo o National Oceanic and Atmospheric Administration (NOAA)[9], o modelo Hysplit é um sistema completo para computar trajetórias simples de parcelas de ar, bem como complexas simulações de transporte, dispersão, transformação química e de deposição. Tem como uma das aplicações mais comuns a análise da trajetória posterior para determinar a origem das massas de ar e estabelecer relações termo-fonte e receptor. Adota um método híbrido de cálculo usando abordagem lagrangeana e a metodologia euleriana ou modelos *puff* e de partículas. Ele também é capaz de empregar modelos de CFD, úteis em terrenos complexos, como ambientes urbanos, onde as escalas espaciais de interesse estão próximas das escalas das características da paisagem.

Segundo Silva[13], os modelos lagrangeanos descrevem a trajetória de cada partícula a partir de um referencial em movimento, e os modelos eulerianos descrevem os processos de dispersão através de um observador fixo com relação ao movimento da pluma.

Leelössy et al.[14] afirmam que os modelos *puff* tratam os materais dispersos como uma superposição de várias nuvens, com um determinado volume, e calculam as trajetórias desses *'puffs'*.

Estudos internacionais e nacionais revelam que o Hysplit tem sido empregado em uma variedade de simulações com o objetivo de descrever o transporte atmosférico, a dispersão e a deposição de poluentes e materiais perigosos[9-13]. Sendo assim, esse modelo apresenta-se como uma potencial ferramenta para auxiliar no delineamento das diversas fases da gestão de eventos QBRN.

Este artigo objetiva identificar e avaliar estudos que utilizaram o modelo Hysplit no contexto de eventos QBRN.

Metodologia

No presente estudo, selecionou-se como método um dos recursos da prática baseada em evidências, ou seja, a revisão integrativa da literatura, a qual possibilita a síntese e a análise do conhecimento científico já produzido sobre o tema, interconectando elementos isolados de estudos já existentes[15].

O estudo foi delineado nas seguintes etapas: (1) estabelecimento da hipótese; (2) escolha dos critérios de elegibilidade, ou seja, de inclusão e exclusão; (3) identificação dos estudos pré-selecionados; (4) leitura integral dos artigos, extração dos dados e categorização dos estudos selecionados; (5) análise, interpretação e discussão dos resultados; e (6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Para nortear a revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão: como o modelo Hysplit vem sendo utilizado no contexto da gestão de eventos QBRN?

Para a coleta de dados, foram utilizadas as bases: National Library of Medicine (PubMed), SciVerse Scopus (Scopus), Web of Science e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs).

A estratégia de busca utilizada nas referidas bases foi: ['Hybrid Single Particle Lagrangian Integrated Trajectory Model' OR Hysplit]. A busca e a seleção dos artigos foram realizadas nos títulos, resumos e palavras-chave, a partir dos critérios de inclusão e exclusão, por dois avaliadores independentes.

Além disso, o levantamento bibliográfico restringiu as buscas quanto aos idiomas de publicação (inglês, espanhol e português), quanto ao ano de publicação (2014 a 2018), quanto ao tipo de material publicado (artigos científicos e/ou artigos de revisão) e estudos que abordassem diretamente a utilização do modelo Hysplit em cenários de eventos QBRN.

Definiram-se como critérios de exclusão: artigos de conteúdo geral, ou seja, que tratavam de dispersão de poluentes atmosféricos, artigos que não retratassem diretamente os acidentes QBRN e artigos não disponibilizados na íntegra.

O *software* Endnote® foi utilizado para o gerenciamento das referências bibliográficas, pela facilidade de aplicação e disponibilidade na maioria das bases e dos periódicos. Auxiliou na importação e transferência direta dos estudos selecionados das bases pesquisadas para um arquivo específico da pesquisa.

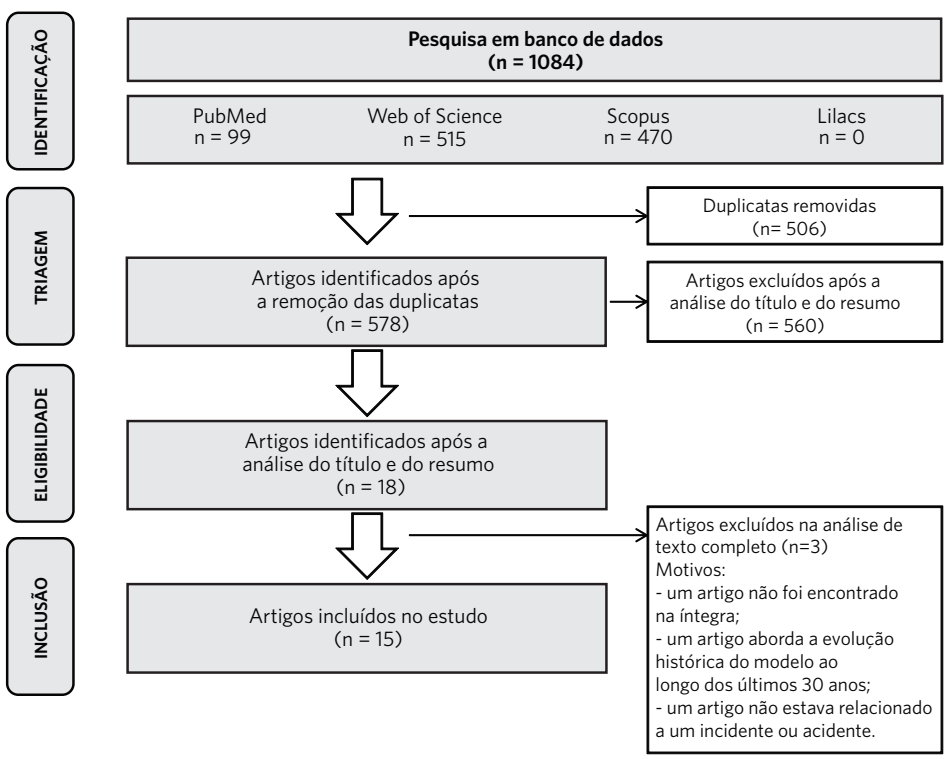
Os artigos foram lidos na íntegra, e, para a análise, foram utilizados quadros de síntese especialmente construídos para esse fim, que contemplaram os seguintes aspectos, considerados pertinentes: dados relativos à autoria; ano de publicação; área do estudo; objetivo geral do trabalho; objetivo do uso do modelo Hysplit; e características metodológicas.

Foram realizadas reuniões de consenso com outros pesquisadores quando havia dúvidas sobre a inclusão de estudos na revisão. Os estudos cujos resumos eram dúbios foram lidos na íntegra.

Resultados e discussão

Foi identificado um total de 1084 registros nas bases de dados consultadas, sendo que 506 duplicatas foram removidas, resultando em 578 estudos submetidos à triagem do título, resumo e das palavras-chave. Essa triagem inicial removeu 560 artigos que não atenderam aos critérios de elegibilidade. Posteriormente, após a leitura do texto completo dos 18 artigos eleitos, 3 foram excluídos (um artigo por não ter sido encontrado na íntegra; um por ser um artigo histórico; e outro por não estar relacionado com cenário incidental ou acidental), totalizando 15 artigos selecionados para este estudo *(figura 1)*.

Figura 1. Fluxograma da seleção dos estudos



A descrição dos estudos incluídos na revisão é apresentada no *quadro 1*, como também a finalidade da utilização do Hysplit. Os principais locais de realização desses estudos foram a América do Norte (Estados Unidos e Canadá), a Europa (França e Alemanha) e a Ásia (Japão, China, Coreia do Sul, Iran). Apenas um estudo foi realizado no Brasil, fato que pode estar relacionado com a maior ocorrência de eventos QBRN nos locais citados e por ocuparem posição de vanguarda do desenvolvimento científico e tecnológico.

Quadro 1. Descrição dos artigos incluídos na pesquisa

Referência (ano)	Local do estudo	Objetivos	Finalidade do uso do Hysplit
An et al. (2016)	Coreia do Sul	Avaliar a dispersão atmosférica de material radioativo (césio-137) de acordo com as condições climáticas locais e condições de emissão.	Analisar as características da dispersão radioativa na atmosfera.
Auxier, Auxier e Hall (2017)	Estados Unidos	Revisar e comparar os diferentes códigos que foram desenvolvidos para prever as consequências de armas químicas e nucleares.	O Hysplit apresenta a capacidade de previsão de precipitação nuclear.
Chai, Draxler e Stein (2015)	Estados Unidos; Canadá e Europa	Determinar se redes de monitoramento global podem ser usadas para quantificar variações temporais de emissões de um local de origem conhecido.	Auxiliar na criação de uma matriz de coeficiente de transferência (TCM) para testar um sistema de estimativa de emissão inversa.
Felsberg et al. (2018)	Alemanha e França	Avaliar a capacidade de simular a dispersão do kriptton-85 emitido por uma usina de reprocessamento de combustível nuclear no noroeste da França.	Simular o transporte de Kr-85 na Europa em três períodos de tempo.
GeYang e Ou (2018)	China	Conceber um conjunto de sistemas dinâmicos de vigilância contra acidentes químicos estruturado a partir da internet das coisas, adotando os princípios de rapidez, simplicidade e confiabilidade.	Simular quantitativamente o modelo de difusão de um determinado tipo de poluição atmosférica proveniente de um acidente químico.
Katata et al. (2015)	Japão	Estimar as liberações atmosféricas detalhadas durante o acidente da Usina Nuclear de Fukushima Daiichi usando um método de estimação reversa que calcula as taxas de liberação de radionuclídeos, comparando medidas de concentração de ar de um radionuclídeo ou sua taxa de dose no ambiente com as calculadas por transporte atmosférico e oceânico, modelos de dispersão e deposição.	Comparar as simulações numéricas de três modelos de dispersão atmosférica (Hysplit, MLDP0 e Name) com as observações utilizando novas estimativas de termo fonte.
Leelossy et al. (2017)	Europa	Avaliar o desempenho dos modelos WRF-Chem Eulerian on-line, Hysplit e Raptor Lagrangian e apontar as incertezas em uma situação climática complexa na Europa Central, em 4 de novembro de 2011.	O Hysplit foi adotado como modelo de referência frente aos modelos WRF-Chem Eulerian on-line e Raptor Lagrangian para a simulação da dispersão da pluma radioativa e a distribuição espacial do I-131 na Europa Central.
Pirouzmand, Kowsar e Dehghani (2018)	Iran	Simular as consequências de um apagão na estação de resfriamento da unidade da Usina Nuclear de Bushehr-1 e da posterior perda de grande quantidade de líquido utilizado neste processo.	Avaliar a dispersão de radionuclídeos e o transporte para um número limitado de produtos de fissão liberados sob um acidente hipotético.
Ramana, Nayyar e Schoeppner (2016)	Índia	Descrever diferentes explosões químicas e examinar como tais explosões poderiam ocorrer na Usina de Reprocessamento de Kalpakkam e discutir os resultados de uma simulação da dispersão atmosférica, incluindo um cálculo da dose potencial de radiação para a população exposta.	Calcular a dispersão atmosférica de radioatividade de uma explosão em um tanque de resíduos de reprocessamento.
Rolph, Ngan e Draxler (2014)	Estados Unidos	Modelar a dispersão, deposição, decaimento de detritos nucleares e calcular as taxas de dose radioativa que se seguiram à detonação de seis dispositivos nucleares relativamente pequenos nos anos 1950, em Nevada.	Configurar o modelo com várias distribuições de tamanho de partícula e atividade, obtidas a partir de várias fontes publicadas, e calcular contornos de taxa de dose para vários testes nucleares no local estudado.

Quadro 1. (cont.)

Silva et al. (2018)	Brasil	Simular as trajetórias de massas de ar de dois estudos de caso: um evento natural (erupção do vulcão) e um acidente químico que gerou incêndio na região portuária de Guarujá, São Paulo.	Simular as trajetórias de massas de ar dos eventos analisados.
Simsek et al. (2014)	Europa; Turquia	Simular o transporte e a deposição de Cs-137 sobre a Europa que ocorreu após o acidente da Usina Nuclear de Chernobyl.	Calcular a deposição total de Cs-137 (úmida e seca) e as concentrações de ar superficial que ocorreram sobre a Europa e a Turquia após o acidente do reator nuclear de Chernobyl.
Vali et al. (2018)	Iran	Avaliar as doses de radiação para residentes na província de Teerã após um hipotético acidente no Reator de Pesquisa de Teerã (RPT), incluindo a determinação de quaisquer ações de proteção que possam ser necessárias para o benefício da saúde das pessoas.	Calcular a concentração de radionuclídeos no ar e a depositada na superfície do solo como resultado de uma liberação hipotética de radionuclídeos do RPT, após um cenário de acidente hipotético.
Wu et al. (2015)	China	Detectar a chegada de radionuclídeos através do transporte atmosférico após o acidente de usina nuclear Fukushima Daiichi em Lanzhou, China.	Simular o caminho das massas de ar do acidente de Fukushima que chegaram em Lanzhou, China.
Zhang et al. (2015)	Hungria	Investigar as variações temporais de radionuclídeos descarregados do acidente com usinas nucleares de Fukushima Daiichi, a partir de coletas de amostras de aerossóis em Osaka, Japão.	Verificar o transporte direto da massa de ar da área de Fukushima para a cidade de Osaka.

A maioria dos trabalhos expressou como objetivo principal a análise do transporte, da dispersão e da deposição de material QBRN na atmosfera, adotando Hysplit como ferramenta para predizer cenários hipotéticos e/ou confirmar o percurso, a extensão e os locais potencialmente impactados em caso de acidentes. Ressalta-se, também, a sinalização de que esse modelo pode ser empregado em uma ampla gama de simulações fora do contexto QBRN, como as erupções vulcânicas, queimadas, tempestades de areia[11].

Nesta revisão, doze artigos adotaram como metodologia a simulação, a partir de cenários reais, e quatro abordaram cenários hipotéticos. Entre os cenários reais, Katata et al., Wu et al. e Zhang et al.[16-18] apresentaram resultados das simulações relacionados ao acidente em Fukushima, onde demonstraram que o modelo Hysplit foi capaz de representar o fenômeno de transporte e dispersão atmosférica, bem como a deposição de substâncias radioativas liberadas durante o acidente na usina nuclear impactada pelo tsunami.

Katata et al.[16] estimaram as variações das liberações atmosféricas de radionuclídeos durante o evento. Segundo as simulações, durante os dias 15 e 16 de março, foram criadas as mais altas taxas de contaminação radioativa nas áreas ao redor da usina. Os autores relacionaram esse aumento às complicadas interações entre a precipitação, os movimentos das plumas e a variação temporal das taxas de liberação de iodo-131 e césio-137.

Já Wu et al.[17], além de simularem a transferência direta das massas de ar liberadas de Fukushima para China, cruzando o Oceano Pacífico, a América do Norte e a Europa, a uma altura próxima a 9.000 metros de altura acima do solo, apresentaram dados do programa de monitoramento de radioatividade em partículas atmosféricas da cidade chinesa de Lanzhou, que detectou e mensurou amostras de aerossol de 26 de março a 2 de maio de 2011. Os autores assumem que a contaminação ainda foi monitorada por um longo tempo, mas que nenhuma evidência de grandes flutuações no ar foi encontrada, a não ser em março de 2013, onde foi detectado

um aumento significativo na concentração de Cs-137 em amostras de aerossol durante um período de tempestade de areia.

Zhang et al.[18] avaliaram a variação diária das concentrações de atividade de iodo-131, césio-134 e césio-137 na atmosfera na cidade de Osaka, no Japão, entre 15 de março e 11 de maio de 2011. Os autores observaram um aumento na concentração de atividade entre os dias 6 de abril e 17 de abril e o correlacionaram com o transporte direto da área de Fukushima, demonstrado pelas simulações de trajetória do modelo Hysplit.

Em outro contexto, mas também usando informações do acidente de Fukushima, Chai, Draxler e Stein[23] realizaram um levantamento de dados da concentração de césio-137 no ar, provenientes de estações de monitoramento nos EUA, Canadá e Europa, para determinar se as redes de monitoramento global poderiam ser usadas para quantificar variações temporais de emissões de um local de origem conhecido. Os pesquisadores desenvolveram um sistema de estimativa de emissão inversa baseado em uma matriz de coeficiente de transferência, usando o modelo Hysplit, e um custo funcional que mede as diferenças entre as previsões do modelo e as medições reais da concentração de ar. Em comparação com outros estudos, a pesquisa demonstrou que o sistema criado conseguiu capturar com sucesso as principais variações temporais e identificar a maioria dos principais eventos no perfil temporal da liberação.

Além dos trabalhos que envolviam o acidente de Fukushima, foi encontrado um estudo relacionado ao acidente da Usina Nuclear de Chernobyl, ocorrido em 1986. Simsek et al.[19] utilizaram o Hysplit para simular a deposição de césio-137 sobre a Turquia, a partir dos dados do Atlas de Césio na Europa (publicado em 1998), que contém as informações do acidente, mas não contempla o território da Turquia. Os autores também estimaram as doses radiológicas efetivas de concentrações de ar e deposição simuladas, as quais chegaram a 0,15 milisievert (mSv)/ano na parte nordeste da Turquia, o que revelou contaminação dentro dos limites admissíveis propostos pela Agência Internacional de Energia Atômica, que é de 1 mSv/ano para indivíduos em geral (não expostos ocupacionalmente).

Felsberg et al.[20] avaliaram a capacidade do Hysplit de simular a dispersão do radiokryton-85 liberado por uma usina de reprocessamento de combustível nuclear no noroeste da França. Os pesquisadores apresentam que esse material é um importante marcador para testar o desempenho de modelos de dispersão atmosférica devido à sua meia-vida, inércia química e baixa solubilidade em água. Embora os resultados tenham demonstrado uma leve tendência de subestimar as concentrações encontradas, há uma correlação significativa e uma dispersão moderada entre observações e simulações.

Outra pesquisa abordou um cenário de acidente real ao investigar o vazamento e posterior incêndio de uma carga química contendo dicloroisocianurato de sódio dihidratado, nitrato de potássio, herbicidas, inseticidas, resinas e óleo isolante, em uma área de cargas empresariais do Porto de Guarujá, em São Paulo, em 14 de janeiro de 2016. Silva et al.[21] simularam o espalhamento dos poluentes emitidos durante o evento e puderam verificar que, embora tivera um alcance pequeno, em escala regional, poderia gerar graves consequências para a saúde pública e ambiental da região do entorno do Porto, já que foram liberados diversos gases tóxicos.

Com relação aos cenários hipotéticos, An et al.[22] usaram dados dos desastres nucleares de Chernobyl e de Fukushima, provenientes do Atmospheric Transport Model Evaluation Study e da Tokyo Electric Power Company, como base para avaliar as condições climáticas das áreas circunvizinhas e as condições de emissão de materiais radioativos em caso de acidentes na Usina Nuclear de Kori, situada na Coreia do Sul. O estudo demonstrou que, mesmo num raio próximo à usina, a distribuição e os níveis de concentração de césio podem variar de acordo com a mudança das condições meteorológicas, com a topografia

da região e com o número de partículas emitidas. Os autores apontam que os principais resultados poderiam ser utilizados na formulação de medidas de prevenção eficientes e sistemáticas para desastres nucleares e na obtenção de respostas de emergência contra acidentes de radiação.

Ramana, Nayyar e Schoeppner[24] demostraram os resultados de uma possível explosão na Usina de Reprocessamento de Kalpakkam, na Índia. Os cenários simulados de uma liberação radioativa, assumida como sendo 10% do inventário de apenas um dos tanques da usina, mostram que tal acidente poderia acarretar sérias consequências para a saúde pública, com quase 47.000 mortes relacionadas ao câncer, aumento na incidência dessa patologia em cerca de 97.000 casos e a contaminação de grandes áreas por décadas.

Pirouzmand, Kowsar e Dehghani[25] apresentam um estudo de caso da Usina Nuclear de Bushehr-1, no Iran, onde avaliaram a concentração atmosférica de 23 tipos de material radioativo liberados e as doses efetivas externas recebidas por populações dentro de um raio de 30 km da instalação. Os pesquisadores verificaram que as maiores doses seriam esperadas a 3 km ao norte e 4 km a noroeste da localização do reator, além disso, as doses efetivas máximas para os todos os cenários de emissão ultrapassaram de forma alarmante (no mínimo, mais de 40 vezes).

Também no Iran, Vali et al.[26] avaliaram os efeitos de um acidente hipotético após um terremoto na área próxima ao Reator de Pesquisas de Tehran, simulando a dispersão de elementos radioativos e calculando o total anual da dose equivalente efetiva que poderia ser recebida por residentes da cidade de Teerã e partes de suas províncias vizinhas. Porém, foi encontrado que as doses máximas se mostraram inferiores aos limites de dose adotados pelos órgãos regulatórios, e, dessa forma, não haveria necessidade de ação protetora caso ocorresse esse tipo de acidente.

O modelo Hysplit também foi confrontado com outros modelos de dispersão[14,16,27]. Auxier, Auxier e Hall[27] compararam os códigos Defense Land Fallout Interpretative Code (Delfic), Hazard Prediction and Assessment Capability (HPAC), Hysplit e Fallout Dispersion Code (FDC) para prever as consequências de armas químicas e nucleares com o intuito de diminuir o tempo de resposta para que o governo atue frente ao evento. Os autores afirmaram que, mesmo com algumas diferenças nos resultados, a maioria dos códigos analisados mostrou-se confiável, porém, os melhores modelos a serem usados na avaliação de um cenário de pós-detenção foram o FDC ou Delfic.

Katata et al.[16] realizaram a comparação das simulações numéricas dos modelos Hysplit, Zeroth Order Lagrangian Dispersion Model (MLDP0) e Numerical Atmospheric-dispersion Modelling Environment (Name) durante o acidente na Usina Nuclear de Fukushima Daiichi, em 2011. Os resultados obtidos demostraram concordância com a concentração aérea de radionuclídeos e com a deposição superficial de césio-137 no leste do Japão.

Já Leelössy et al.[14] adotaram o Hysplit como modelo de referência frente aos modelos WRF-Chem Eulerian on-line e Raptor Lagrangian para simular a dispersão da pluma radioativa e a distribuição do iodo-131 na Europa Central. No referido estudo foi possível verificar que a dispersão em escala continental é amplamente dominada pelas características atmosféricas e pela incerteza do vento. Além disso, os autores citam que o Hysplit foi extensivamente aplicado para pesquisa e apoio à decisão no caso do acidente de Fukushima.

Rolph, Ngan e Draxler[28] analisaram o modelo Hysplit contra as medidas de precipitação nuclear de seis testes nucleares conduzidos entre 1951 e 1957, em Nevada, nos Estados Unidos. Segundo os autores, o modelo foi capaz de reproduzir os padrões gerais de direção e deposição, porém, as simulações de plumas usando dados meteorológicos do Weather Research and Forecasting (WRF) tiveram desempenho mais consistente do que as simulações de plumas usando dados provenientes do National Centers for Environmental

Prediction/National Center for Atmospheric Research Reanalysis Project (NNRP).

GeYang e Ou[29] utilizaram o Hysplit como componente de um sistema de vigilância estruturado a partir do princípio da Internet das Coisas, conceito tecnológico em que objetos e condições do cotidiano estão conectados à internet. Esse sistema age de forma inteligente e sensorial, a partir da interação entre 'mundo real' e 'mundo digital'. Esses mesmos autores sinalizam que essa integração tem efeitos positivos sobre riscos ambientais, já que possui forte acesso à informação, entrega e capacidade de solução.

Todos os artigos avaliados demonstraram a aplicabilidade e a multifuncionalidade do Hysplit, principalmente em razão de suas principais características: trabalhar com volume de cálculo menor e levar menos tempo para obter os resultados, em comparação com outros modelos de dispersão atmosférica. A utilização do modelo tanto em cenários hipotéticos quanto em cenários reais também revelou a competência desse código.

O *quadro 2* apresenta as principais características dos estudos selecionados, tais como: tipo de evento analisado; fase da gestão QBRN; escala espacial adotada; tipo de trajetória simulada; e origem dos dados meteorológicos.

Quadro 2. Caracterização dos estudos incluídos na pesquisa. Global Data Assimilation System (GDAS)

Características		Referência (ano)
Tipo de evento	Químico	Auxier, Auxier e Hall (2017); Ramana, Nayyar e Schoeppner (2016); Silva et al. (2018); GeYang e Ou (2018).
	Biológico	-
	Radiológico/Nuclear	An et al. (2016); Auxier, Auxier e Hall (2017); Chai, Draxler e Stein (2015); Felsberg et al. (2018); Katata et al. (2015); Leelossy et al. (2017); Pirouzmand, Kowsar e Dehghani (2018); Ramana, Nayyar e Schoeppner (2016); Rolph, Ngan e Draxler (2014); Simsek et al. (2014); Vali et al. (2018); Wu et al. (2015); Zhang et al. (2015).
Fase da gestão	Planejamento	An et al. (2016); Auxier, Auxier e Hall (2017); Chai, Draxler e Stein (2015); Felsberg et al. (2018); Katata et al. (2015); Leelossy et al. (2017); Pirouzmand, Kowsar e Dehghani (2018); Ramana, Nayyar e Schoeppner (2016); Rolph, Ngan, Draxler (2014); Simsek et al. (2014); Vali et al. (2018).
	Preparação	Auxier, Auxier e Hall (2017); Leelossy et al. (2017); Pirouzmand, Kowsar e Dehghani (2018); Vali et al. (2018).
	Resposta	GeYang e Ou (2018); Silva et al. (2018); Wu et al. (2015); Zhang et al. (2015).
	Recuperação	GeYang e Ou (2018); Wu et al. (2015).
Escala espacial	Microescala	-
	Média escala	-
	Local	-
	Urbana	An et al. (2016); Auxier, Auxier e Hall (2017); GeYang e Ou (2018); Felsberg et al. (2018); Pirouzmand, Kowsar e Dehghani (2018); Ramana, Nayyar e Schoeppner (2016); Rolph, Ngan e Draxler (2014); Silva et al. (2018); Vali et al. (2018).
	Continental	Katata et al. (2015); Zhang et al. (2015).
	Global	Chai, Draxler e Stein (2015); Katata et al. (2015); Leelossy et al. (2017); Rolph, Ngan e Draxler (2014); Simsek et al. (2014); Wu et al. (2015).

Quadro 2. (cont.)

Trajetória	*Backward*	Katata et al. (2015); Wu et al. (2015).
	Forward	An et al. (2016); Auxier, Auxier e Hall (2017); Chai, Draxler e Stein (2015); Felsberg et al. (2018); GeYang e Ou (2018); Leelossy et al. (2017); Pirouzmand, Kowsar e Dehghani (2018); Ramana, Nayyar e Schoeppner (2016); Rolph, Ngan e Draxler (2014); Silva et al. (2018); Simsek et al. (2014); Vali et al. (2018); Zhang et al. (2015).
Dados meteorológicos	*In situ*	An et al. (2016); Vali et al. (2018).
	Bases de dados locais	Auxier, Auxier e Hall (2017); Felsberg et al. (2018); GeYang e Ou (2018); Katata et al. (2015); Rolph, Ngan e Draxler (2014); Simsek et al. (2014).
	GDAS	Chai, Draxler e Stein (2015); Leelossy et al. (2017); Pirouzmand, Kowsar e Dehghani (2018); Ramana, Nayyar e Schoeppner (2016); Silva et al. (2018); Wu et al. (2015); Zhang et al. (2015).

Somente foram identificados artigos referentes ao transporte, à dispersão e à deposição de materiais radioativos ou químicos, como os eventos anteriormente mencionados (Fukushima, Chernobyl, incêndio no Porto de Guarujá, em São Paulo). Nenhum artigo abordou o contexto de agentes biológicos. Todavia, cabe ressaltar que, apesar desse resultado, já existem grupos de pesquisa demonstrando tal aplicação[10,12,30]. Van Leuken et al.10 realizaram uma revisão acerca do uso de modelagens computacionais e dispersão de bioaerossóis; Jamolin et al.[12] adotaram o Hysplit para simular a liberação de esporos de antraz na área metropolitana de Washington. Prinslow[30] simulou a liberação do vírus ebola em distintas áreas dos Estados Unidos. Todos esses estudos demonstraram as capacidades e potencialidades do modelo Hysplit frente à simulação de bioaerossóis, porém, não fazem uma leitura profunda entre os seus resultados e a gestão de eventos QBRN.

Onze artigos apresentaram características da simulação mais relacionadas à fase de planejamento. Desses, quatro trabalhos estão potencialmente vinculados à fase de prevenção. Outros quatro trabalhos demostraram a aplicabilidade do modelo, estando mais voltados para a fase de resposta, sendo que dois também estavam associados à fase de recuperação. Perante as características do modelo e pelas informações apresentadas pelos artigos avaliados, considera-se que o Hysplit pode ser empregado durante todo o ciclo da gestão de eventos QBRN, como ferramenta de suporte na gestão de cenários que envolvam ameaças QBRN.

A variável referente às escalas espaciais foi subdividida, conforme a classificação de Oken (1998), nas categorias: microescala (10 a 100 m); média escala (100 m a 500 m); local (50 m a 4 km); urbana (4 a 100 km); regional (100 km a 1000 km); continental (1000 km a 10000 km); global >10000 km)[31]. As escalas espaciais mais empregadas foram a urbana e a global *(quadro 2)*.

Para simular os processos de transporte e dispersão, o tipo de trajetória mais adotado foi o *forward*. Esse tipo de trajetória possui a finalidade de descrever processos de transporte de massas de ar e foi adotado em 13 dos 15 artigos selecionados. A trajetória do tipo *backward*, cuja principal função é determinar a origem das massas de ar, foi utilizada em 2 estudos. Essas funções demonstram a multifuncionalidade do Hysplit.

Quanto à utilização dos dados meteorológicos, dois grupos de pesquisadores coletaram os dados no próprio local, seis empregaram bases de dados locais e sete artigos empregaram a

base de dados GDAS, o que demonstra a versatilidade do modelo com relação ao tipo de dado que os usuários podem adotar.

Todos os artigos avaliados citaram a relevância das informações geradas pelo Hysplit perante a preparação e a resposta frente a distintas ameaças QBRN, o que sinaliza que esse modelo pode ser uma ferramenta útil na gestão de eventos QBRN.

Conclusões

Esta revisão permitiu conhecer o potencial do uso do código Hysplit enquanto modelo matemático para compreender o transporte, a dispersão e a deposição de ameaças QBRN liberadas na atmosfera, que podem gerar graves consequências à saúde humana e impactar diversas matrizes ambientais.

Os artigos recuperados nesta revisão demonstraram as peculiaridades, capacidades, limitações, robustez e precisão do Hysplit em distintos contextos. Além disso, o Hysplit revelou-se como um recurso tecnológico mundialmente utilizado, principalmente em pesquisas vinculadas às ciências atmosféricas.

Os dados produzidos pelas simulações geradas por esse código podem revelar quais áreas são potencialmente impactadas em um determinado evento ou a região de origem de elementos dispersos no ar. Além disso, o Hysplit gera informações que podem corroborar outros instrumentos de avaliação de risco, como, por exemplo, a avaliação dose-resposta em uma determinada população exposta. Ele também demostrou ser um interessante componente de sistemas de vigilância de acidentes baseados em internet das coisas.

Ademais, o Hysplit pode ser agregado como uma ferramenta de suporte às decisões perante as distintas fases da gestão de eventos QBRN, auxiliando em atividades como: identificação de fontes emissoras; delimitação das zonas de segurança (quente, morna e fria); definição de rotas de fuga em processos de evacuação. Porém, este estudo revela a necessidade de ampliar o conhecimento teórico e prático desse modelo, particularmente, em âmbito nacional.

Colaboradores

Pereira APMF (0000-0002-7041-4255)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados, bem como para a redação e para a aprovação da versão final do manuscrito. Rodrigues LAC (0000-0003-0025-4177)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados, bem como para elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo. Santos EA (0000-0001-9620-9498)* contribuiu para a análise e a interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Cardoso TAO (0000-0002-5430-7273)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados, bem como para a revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Cohen SC (0000-0002-5430-7273)* contribuiu para a concepção, a análise, a interpretação dos dados, a revisão crítica do conteúdo e a aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Fortes MA. A política pública para respostas às ameaças químicas, biológicas, radiológicas, nucleares e nucleares explosivas. Fundação Getúlio Vargas [internet]. 2012 [acesso em 2018 jun 16]. Disponível em: https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/10031/Dissertação PP ameaças QBRNE.pdf.

2. Almeida ME. A permanente relação entre biologia, poder e guerra: o uso dual do desenvolvimento biotecnológico. Ciênc. Saúde Colet. 2015; 20(7):2255-66.

3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Plano de Contingência para Emergência em Saúde Pública por Agentes Químico, Biológico, Radiológico e Nuclear. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.

4. Government of Canada. Chemical, Biological, Radiological, Nuclear and Explosives Resilience Strategy for Canada [internet]. 2011 [acesso em 2018 ago 24]. Disponível em: https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrcs/pblctns/rslnc-strtg/rslnc-strtg-eng.pdf.

5. National Institute for Defense Studies Japan. East Asian Strategic Review [internet]. 2015 [acesso em 2018 nov 22]. Disponível em: http://www.nids.mod.go.jp/english/publication/east-asian/pdf/2015/east-asian_e2015_08.pdf.

6. Department of the Army. Multi-service Tactics, Techniques, and Procedures for Chemical, Biological, Radiological, and Nuclear Consequence Management Operations [internet]. United States. Department of the Army. United States; 2015. [acesso em 2019 jan 16]. Disponível em: https://www.hsdl.org/?abstract&did=786536.

7. Visscher AD. Air Dispersion Modeling: Foundations and Applications. Canada Research Chair in Air Quality and Pollution Control Engineering, Department of Chemical and Petroleum Engineering, and Centre for Environmental Engineering Research and Education (CEERE), Schulich School of Engineering, University of Calgary; 2014.

8. Delort AM, Amato P. Microbiology of Aerosols. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons; 2018.

9. Stein AF, Draxler RR, Rolph GD, et al. NOAA's HYSPLIT Atmospheric Transport and Dispersion Modeling System. Bull Am. Meteorol. Soc. [internet]. 2015 [acesso em 2019 jan 20]. Disponível em: https://journals.ametsoc.org/doi/10.1175/BAMS-D-14-00110.1.

10. Van Leuken JPG, Swart AN, Havelaar AH, et al. Atmospheric dispersion modelling of bioaerosols that are pathogenic to humans and livestock – A review to inform risk assessment studies. Microb Risk Anal [internet]. 2016; 1:19-39 [acesso em 2018 abr 25]. Disponível em: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352352215000067.

11. Santos EA, Valeriano C M, Silva C. Associação entre poeira mineral e clima. Terrae Didat. 2018; 14(1):69-79.

12. Jamolin K, Saltzman J, Schaefer D, et al. Improving the timeliness and response to an aerosolized Anthrax attack in the Metropolitan Washington, D.C. Region. Team BIOCOUNTER at UMD in College Park, MD [internet]. 2013 [acesso em 2018 maio 20]. Disponível em: https://drum.lib.umd.edu/handle/1903/13877.

13. Silva C. Modelagem lagrangeana da dispersão atmosférica de radionuclídeos e sistemas de informação geográfica como ferramentas de suporte ao planejamento de emergência na área de influência do Complexo Nuclear de Angra dos Reis – RJ. [tese] – Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2013.

14. Leelossy Á, Mészáros R, Kovács A, et al. Numerical simulations of atmospheric dispersion of iodine-131 by different models. PLoS One. 2017 [acesso em 2019 ago 24]. Disponível em: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0172312.

15. Crossetti MGO. Revisão integrativa de pesquisa na Enfermagem o rigor científico que lhe é exigido. Rev. Gaúcha Enferm. 2012; 33(2):8-9.

16. Katata G, Chino M, Kobayashi T, et al. Detailed source term estimation of the atmospheric release for the Fukushima Daiichi Nuclear Power Station accident by coupling simulations of an atmospheric dispersion model with an improved deposition scheme and oceanic dispersion model. Atmos Chem Phys. 2015; 15:1029-1070.

17. Wu J-L, Wang Y, Sun W, et al. Atmospheric radionuclides from Fukushima Dai-ichi nuclear accident detected in Lanzhou, China. Nucl Sci Tech. 2015; 26:40604.

18. Zhang Z, Ninomiya K, Takahashi N, et al. Daily variation of I-131, Cs-134 and Cs-137 activity concentrations in the atmosphere in Osaka during the early phase after the FDNPP accident. J Radioanal Nucl Chem. 2015; 303:1527-1531.

19. Simsek V, Pozzoli L, Unal A, et al. Simulation of 137Cs transport and deposition after the Chernobyl Nuclear Power Plant accident and radiological doses over the Anatolian Peninsula. Sci Total Environ. 2014; 74-88.

20. Felsberg A, Ross JO, Schlosser C, et al. Simulating the mesoscale transport of krypton-85. J Environ Radioact. 2018; (181):85-93.

21. Silva CM, Tsuruta F, Rodrigues JC, et al. Simulação das Trajetórias de Poluentes em Eventos Naturais e Antropogênicos. Rev. Virtual Química. 2018; 10(6):1828-48.

22. An HY, Kang Y-H, Song S-K, et al. Atmospheric Dispersion Characteristics of Radioactive Materials according to the Local Weather and Emission Conditions. J Radiat Prot Res. 2016; 41(4):315-327.

23. Chai T, Draxler R, Stein A. Source term estimation using air concentration measurements and a Lagrangian dispersion model - Experiments with pseudo and real cesium-137 observations from the Fukushima nuclear accident. Atmos Environ. 2015; (106):241-251.

24. Ramana MV, Nayyar AH, Schoeppner M. Nuclear High-level Waste Tank Explosions: Potential Causes and Impacts of a Hypothetical Accident at India's Kalpakkam Reprocessing Plant. Sci. Glob. Secur. 2016; 24(3):174-203.

25. Pirouzmand A, Kowsar Z, Dehghani P. Atmospheric dispersion assessment of radioactive materials during severe accident conditions for Bushehr nuclear power plant using HYSPLIT code. Prog. Nucl. Energy. 2018(108):169-178.

26. Vali R, Adelikhah ME, Feghhi SAH, et al. Simulation of radionuclide atmospheric dispersion and dose assessment for inhabitants of Tehran province after a hypothetical accident of the Tehran Research Reactor. Radiat. Environ Biophys. 2018.

27. Auxier JP, Auxier JD, Hall HL. Review of current nuclear fallout codes. Journal of Environmental Radioactivity. 2017; (171):246-252.

28. Rolph GD, Ngan F, Draxler RR. Modeling the fallout from stabilized nuclear clouds using the HYSPLIT atmospheric dispersion model. J Environ Radioact. 2014; (136):41-55.

29. GeYang, Ou W. Dynamic surveillance system for contamination accidents in chemical industry park based on internet of things. In: Chemical engineering transactions [internet]. 2018. p. 547-52. [acesso em 2018 dez 16]. Disponível em: www.aidic.it/cet.

30. Prinslow K. Spatial Analysis Of A Bioterrorist Attack On Four Major United States Cities Using An Aerosolized Hemorrhagic Fever Virus [internet]. Fort Hays State University; 2011 [acesso em 2018 abr 23]. Disponível em: http://scholars.fhsu.edu/theses%0Ahttp://scholars.fhsu.edu/theses/155.

31. Oke TR. Urban environments. In: Bailey, Oke TR, Rouse WR, organizadores. The Surface Climates of Canada, Montréal: McGill-Queen's University Press; 1997. p. 303-327.

Recebido em 29/04/2019
Aprovado em 21/08/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira

Institutional racism and black woman health: an analysis of Brazilian scientific production

Beatriz Muccini Costa Oliveira[1], Fabiana Kubiak[1]

DOI: 10.1590/0103-1104201912222

RESUMO O Brasil carrega em sua história séculos de escravidão e ideologias racistas que se refletem no quadro de desigualdades sociais na atualidade. Pesquisas revelam que mulheres negras possuem o pior acesso e qualidade de atendimento em saúde, o que seria consequência do racismo institucional. Com base nesses dados, realizou-se revisão de literatura utilizando a metodologia de revisão sistemática com objetivo de levantar a produção científica brasileira referente ao racismo institucional e à saúde da mulher negra, além de analisar como o tema tem sido tratado pelos pesquisadores. Ficou evidenciado que a literatura a respeito permanece escassa, reforçando a necessidade de se abordar o tema racismo nas pesquisas. Apesar de a desigualdade racial se confirmar em todos os artigos analisados, suas conclusões foram diversas e alguns autores interpretaram os dados como consequência apenas da desigualdade econômica. Conclui-se que o debate a respeito do racismo é de fundamental importância no seu combate e que a associação da desigualdade racial à condição econômica é um reflexo do mito da democracia racial que contribui para a manutenção do racismo institucional. É necessária maior sensibilização dos profissionais a respeito do racismo, de forma a que se torne indispensável pensar na categoria racial para obtenção de uma saúde igualitária.

PALAVRAS-CHAVE Racismo. Saúde da mulher. Parto. Violência.

ABSTRACT *Brazil carries in its history centuries of slavery and racist ideologies that are reflected in its current social inequalities. Research shows that black women experience the worst access and quality of health care, which would be a consequence of institutional racism. Based on those data, a literature review was applied using the systematic review methodology with the aim to survey the Brazilian scientific production regarding institutional racism and the health of black women, as well as to analyze how the theme has been treated by researchers. It became clear that the literature on the subject remains scarce, reinforcing the need to address the theme racism in further research. Although racial inequality is confirmed in all articles analyzed, their conclusions vary among them, and some authors interpreted data solely as a consequence of economic inequality. We concluded that the debate about racism is of pivotal importance in the fight against it and that the identification of racial inequality with economic condition is a consequence of the racial democracy myth that contributes to the institutional racism perpetuation. Raising awareness about racism is needed among professionals so that it becomes essential to consider the category 'race' for equal health.*

KEYWORDS *Racism. Women's health. Parturition. Violence.*

[1] Centro Universitário UniRuy (UniRuy/Wyden) – Salvador (BA), Brasil.
biamuccini.c@gmail.com

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

Introdução

O Brasil vivenciou a escravidão por mais de três séculos. Durante esse período, a desvalorização do negro a partir de suas características físicas e de sua cultura era utilizada como justificativa da dominação branca. Nesse momento, a inferioridade do negro era algo incontestável e o racismo era produzido de forma explícita em razão das normas sociais da época[1,2].

Compreende-se o racismo como um conjunto de ideologias, doutrinas e ideias presentes na sociedade que atribuem inferioridade natural a determinados grupos étnicos e atua como motor de desigualdades que produzem condições precárias de existência da população vitimada[3]. Nos últimos anos, diversas pesquisas têm evidenciado a construção racista na qual se fundamenta o Brasil[4-6].

Após a abolição da escravatura, a proclamação da República no Brasil, em 1889, trouxe junto uma nova constituição, que, apesar de garantir a liberdade da população negra, não assegurou seus direitos, de forma a não oferecer reais ganhos materiais ou simbólicos a essa parcela da população, mantendo, assim, o *status quo* da branquitude e a marginalização do negro[4]. Entretanto, por não ter tido em suas constituições direitos civis diferenciados a partir da cor da pele – diferentemente do ocorrido nos Estados Unidos e África do Sul, com os princípios legais separatistas chamados, respectivamente, Jiw Crow e Apartheid –, criou-se a ideia que os conflitos raciais brasileiros foram resolvidos de forma pacífica e, portanto, que o problema do racismo do Brasil teria se solucionado[4,6,7].

A ideia que os conflitos raciais do país foram resolvidos com o fim da escravidão e com o processo de mestiçagem ocorrido na história brasileira gera o mito da democracia racial, que é a crença popular de que não existem raças no Brasil, portanto, que o racismo não existe[4,6,7]. Como consequência do mito da democracia racial há a recusa no brasileiro em reconhecer sua própria raça e, junto a isso, a ideia de que falar sobre racismo não cabe no contexto nacional[4,6,7]. Assim, qualquer tentativa de se falar em negritude ou políticas sociais para negros é vista como uma maneira de segregar a identidade racial do Brasil, o que dificulta ainda mais o combate ao racismo.

Hoje, a sociedade brasileira possui um quadro de desigualdades em que brancos e negros ocupam diferentes espaços sociais. A população negra apresenta piores indicadores sociais, possui menor nível de escolaridade e renda, menor acesso à saúde e serviços sociais, condições mais precárias de moradia e está inserida em piores posições de trabalho[8]. Porém, apesar do visível contraste, o racismo ainda é invisível para os olhos da sociedade, e dados como esses, muitas vezes, são interpretados como fruto da desigualdade econômica e não racial.

Pode-se dizer, então, que o racismo se manifesta de diversas formas na sociedade, e, apesar de suas formas mais explícitas serem proibidas por lei, permanece na estrutura social moldando o comportamento dos indivíduos, como, por exemplo, a forma diferenciada pela qual as instituições tratam os sujeitos. O racismo institucional, definido como "o fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica"[9(146)], possui uma forma sutil de manifestação e se encontra implícito no funcionamento das instituições.

No âmbito da saúde, o racismo institucional acarreta diferenças significativas na pesquisa e no cuidado com doenças predominantemente negras, como, por exemplo, a anemia falciforme. A falta de conhecimento dos profissionais a respeito da doença é marcante e tem como consequência seu diagnóstico tardio, apesar de a descoberta precoce da doença ser um dos principais fatores para um bom prognóstico[6,9]. Além disso, muitas vezes, os sintomas são tratados como dependência química, outro exemplo da estigmatização da população negra.

O racismo institucional está presente também na prestação de serviços: sua influência vai desde a restrição ao acesso à saúde pela população negra até a relação entre os profissionais de saúde[10]. Identifica-se uma ideologia presente nas redes de assistência à saúde ligada a pensamentos como 'pessoas negras são mais resistentes à dor' ou 'negro não adoece' que tendem a minimizar queixas advindas de pessoas negras e minorar o uso de medicamentos e anestesias, principalmente tratando-se de mulheres nos procedimentos de pré-natal e parto[9,11].

O racismo e o sexismo repercutem de diferentes formas na sociedade, implicando restrições específicas dos direitos das populações vitimadas, e, ao se tratar de mulheres negras, considerando, ainda, a ação de um duplo preconceito. A exemplo disso, dados revelam que as mulheres negras possuem menor expectativa de vida e maior índice de morte por transtornos mentais do que as mulheres brancas. Há também a prevalência e reincidência de miomas uterinos e a realização de histerectomia em mulheres negras, além de taxa elevada de mortalidade materna, o que, segundo Domingues et al.[12], seria um reflexo dos problemas de acesso e pior qualidade de atendimento.

Tratando-se de violência obstétrica, mulheres negras constituem a maioria das mulheres que relatam ter sofrido algum tipo de violência durante a gestação[13]. A violência obstétrica é definida pela apropriação dos processos reprodutivos das mulheres por meio de um tratamento desumanizado que inclui o abuso da medicalização e patologização de processos naturais. A violência obstétrica praticada pelos profissionais de saúde retira das mulheres a autonomia sobre seus próprios corpos e sua capacidade de decidir livremente a respeito de seus processos reprodutivos[14]. Enquanto a violência obstétrica tornou-se um tema de estudo recorrente nos últimos anos, pouco se fala sobre a interseccionalidade das opressões e seus reflexos na saúde da mulher negra. O desconhecimento das demandas da mulher negra a respeito de sua saúde configura mais uma forma de discriminação e reforça as estruturas racistas das instituições.

Diante dessas discussões, delineou-se este estudo, que consiste em revisão bibliográfica a respeito do tema 'saúde da mulher negra e racismo institucional', cujo objetivo foi levantar a produção científica brasileira referente ao racismo institucional e à saúde da mulher negra e analisar como o tema tem sido tratado pelos pesquisadores.

Metodologia

A revisão de literatura se utilizou da metodologia de revisão sistemática proposta por Gil[15] e foi realizada a partir das plataformas Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e Google Acadêmico, utilizando como palavras-chaves: racismo, racismo institucional, mulheres negras, violência obstétrica e parto. Durante o processo de obtenção de dados, os descritores foram modificados, assim como o limite temporal desta pesquisa, que passou de cinco para dez anos, sendo posteriormente retirada pela escassez de resultados encontrados. Excluíram-se da revisão artigos que abordavam apenas a violência obstétrica sem interseccionalidade com a raça e os que traziam a questão racial sem abordar gênero e saúde.

A leitura do material consistiu de quatro etapas. A primeira, chamada por Gil[15] de leitura exploratória, teve como objetivo a verificação da obra consultada em relação ao interesse de pesquisa. Aqui foram selecionados os artigos de acordo com os descritores e critérios de exclusão. A leitura seletiva, segunda etapa da leitura, se caracterizou pela maior profundidade de seleção do material em relação ao tema de pesquisa.

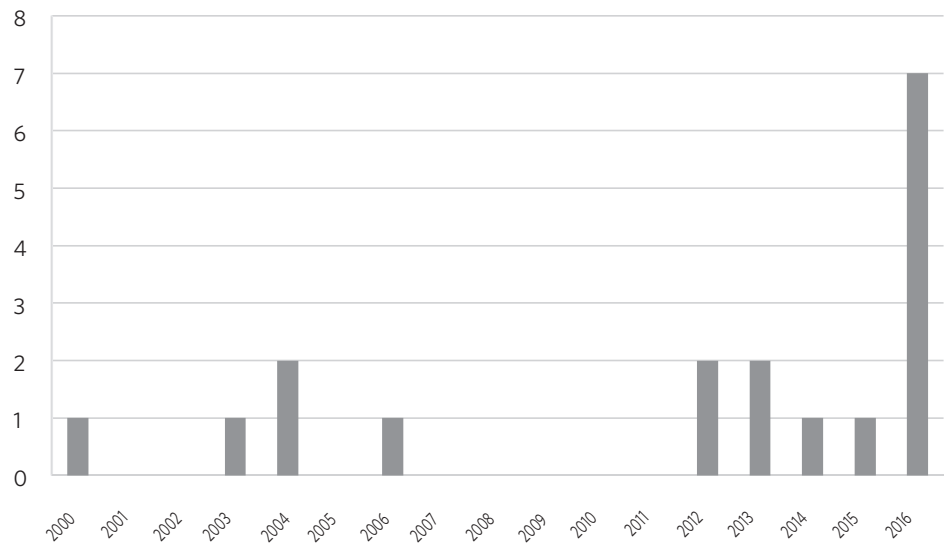
Após a seleção dos textos, foi feita a leitura analítica, que teve como finalidade ordenar e classificar as informações para que fosse possível a obtenção de respostas aos problemas da pesquisa. Os artigos selecionados foram

categorizados a partir do ano de publicação, autor, base de dados em que foi encontrado, local da pesquisa, fonte de publicação, abordagem e delineamento. Também foram registradas as variáveis das pesquisas, seus objetivos e conclusões. Na última etapa do processo de revisão, na leitura interpretativa, foram conferidos os resultados da etapa anterior e relacionados com o objetivo da pesquisa.

Resultado e discussões

Os resultados da pesquisa bibliográfica mostraram a escassez de textos que versam sobre a saúde da mulher negra. Dos 19 artigos referentes ao tema, o primeiro foi publicado em 2000; sete, no ano de 2016; dois cada, nos anos de 2004, 2012 e 2013; e um artigo por ano em 2000, 2003, 2006, 2014 e 2015.

Gráfico 1: Produção por ano



A partir desses dados, pode-se dizer que não só a relação entre racismo e saúde da mulher negra é pouco estudada como também a entrada desse assunto na literatura brasileira é relativamente recente. Embora não seja possível afirmar o motivo da baixa produção científica, esta já era esperada, e número escasso de artigos confirmou o chamado racismo epistêmico evidenciado por Cruz[16] e por Werneck[10].

O estudo realizado por Cruz[16], em que também foi encontrada escassez de publicações no mesmo tema, interpreta este dado como uma contradição entre o que a academia considera como interessante e digno de pesquisas e os reais problemas vivenciados pela população. A autora salienta, também, que o não reconhecimento das diferenças configura padrões de violência e discriminação e que:

> Os resultados deste continuado desconhecimento, isto é, deste racismo epistemológico, sobre aspectos relativos às mulheres negras, em particular, podem ser notados pelos baixos indicadores sociais e de desenvolvimento, assim como pela demora em se estabelecer

> políticas públicas afirmativas na área da saúde e da educação que promovam o bem estar social e a qualidade de vida deste segmento da população[15(450)].

É visível o aumento do número de artigos publicados no ano de 2016, embora não seja possível aferir com certeza o porquê. A primeira explicação possível seria o aumento de pessoas negras na universidade devido a um maior investimento nos programas do governo, como Programa Universidade para todos (Prouni) e Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (Fies) nos anos de 2013 e 2014, assim como a implantação da lei de cotas no ano de 2012. Entretanto, os artigos foram, em sua maioria, construídos a partir de programas de pós-graduação. Seria possível relacionar com os programas de bolsa para mestrado e doutorado oferecidos pelo governo, porém não foi possível encontrar os dados referentes ao ano de 2016 nas plataformas do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Capes. Permanece, então, o questionamento sobre o que poderia ter impulsionado a publicação de artigos sobre racismo em 2016.

Das 19 pesquisas realizadas, dez partiram de abordagens quantitativas e, em sua maioria, possuem abrangência nacional. Em 26,3% dos artigos estudados, os dados utilizados para análise foram retirados de pesquisas pré-existentes, como o Inquérito Nascer do Brasil, Pesquisa Rede Cegonha, Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD), dentre outros. Essa informação levou a questionar os motivos pelos quais os pesquisadores preferiram utilizar tais dados em detrimento de trabalhos em campo, e se essa decisão denotaria um distanciamento entre pesquisadores e seu tema de pesquisa.

Uma hipótese para tal distanciamento seria a escolha da metodologia utilizada como reflexo das barreiras encontradas para se abordar o tema racismo. Em outras palavras, as dificuldades para entrar nos serviços poderiam favorecer o direcionamento de pesquisas com a utilização de dados pré-existentes.

Para confirmar essa hipótese, foram analisados os objetivos desses artigos. Observou-se que grande parte deles utilizou partes de pesquisas realizadas, de forma que não se pode afirmar que se tratava de dados pré-existentes. Ainda assim, considera-se que tal informação não invalida a possível resistência dos serviços em conduzir pesquisas sobre racismo em suas instalações.

Todos os textos utilizados nesta revisão traziam como problemas centrais questões de saúde da mulher negra, embora apenas dois artigos tivessem como foco a violência obstétrica, reafirmando, mais uma vez, a necessidade de se falar sobre o assunto. O estudo feito por Lima[13] revela que apenas 12% das mulheres negras, de um total de 2.719 mulheres, e 11% das pardas, de um total de 1.1765 mulheres, presentes na amostra de 23.095 mulheres não sofreram nenhum tipo de violência no atendimento ao parto. Dentre as mulheres que sofreram violência no parto, a proibição do acompanhante no procedimento foi a violência mais praticada.

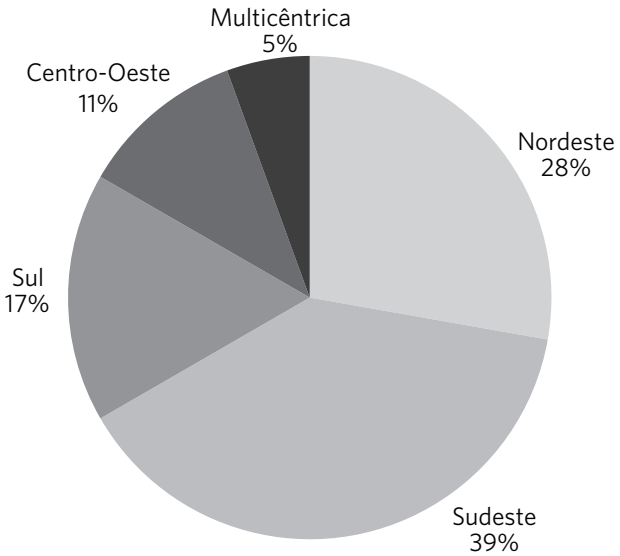
A pesquisa de d'Orsi et al.[17], de abrangência nacional, mostra que os percentuais de mulheres que relatam algum tipo de violência, seja ela física, verbal ou psicológica, são maiores entre pretas ou pardas, de menor escolaridade e da região do Nordeste. Em contrapartida, as mulheres brancas de classe A e B possuem melhor índice de satisfação no atendimento à saúde.

Apesar de poucos artigos trazerem a violência obstétrica como tema central do estudo, dados referentes ao tema estão contidos na grande maioria das pesquisas, onde ficou evidenciado que a violência obstétrica está presente desde o pré-natal, dado que já era esperado. O estudo de Belfort, Kalckmann e Batista[18], realizado no estado do Maranhão, revela que, apesar de ter havido uma melhoria inegável no atendimento ao pré-natal, com fornecimento da quantidade mínima de consultas, não seria garantia de melhoria da assistência,

uma vez que, a despeito disso, mulheres pretas ainda apresentam altos índices de anemia ferropriva e hipertensão arterial durante o período gestacional. Esses dados evidenciam que o atendimento não está sendo eficaz, que a comunicação necessária para a gestante precisaria ser adequada às suas necessidades, de forma a garantir sua compreensão e maior participação no acompanhamento gestacional.

No que diz respeito à procedência das pesquisas, observamos que a região Sudeste apresentou o maior número de publicações, sete artigos, seguido pelo Nordeste, com cinco publicações. As regiões Sul e Centro-Oeste publicaram, respectivamente, três e dois artigos. Não foram encontrados artigos oriundos da região Norte, e identificamos uma publicação multicêntrica.

Gráfico 2. Produção por região



Surpreende a falta de publicações na região Norte e que o Nordeste não se destaque como o maior produtor de pesquisas sobre o tema, visto que a maior parte da população negra brasileira reside no Nordeste. No entanto, é compreensível que o Sudeste se mantenha como polo de produções acadêmicas, uma vez que concentra a maior parte de universidades e instituições de fomento à pesquisa.

Dentre as variáveis utilizadas, todas as pesquisas têm em comum a raça, idade e escolaridade. A situação conjugal aparece como variável em oito pesquisas, a religião, em duas, e a variável renda, em onze artigos. Importa ressaltar que a variável renda exerce impacto sobre o resultado das pesquisas, visto que os autores tendem a levar em consideração que a condição econômica está relacionada à questão da raça. Além disso, entende-se que mulheres negras e de baixa renda estariam mais expostas ao racismo institucional.

Chama à atenção que a religião, apesar de aparecer em duas pesquisas, não foi utilizada na análise desses artigos. Cabe a interrogação sobre a importância ou o impacto da religião na investigação sobre

o racismo. O baixo número de pesquisas e descarte dessa variável nas discussões leva à conclusão que, de fato, a religião não tem impacto sobre o tema.

Em relação à situação conjugal, não foram observadas diferenças significativas entre mulheres negras e brancas, embora Leal et al.[19] afirmem que, em relação à presença do companheiro na ida à maternidade, as gestantes pretas ficam em condição desfavorável em relação a brancas e pardas. Não foi possível aferir se a relação conjugal tem alguma influência na prática da violência obstétrica, dado que, nos estudos utilizados para esta revisão, não houve nenhuma análise desse dado.

Quanto à escolaridade, cumpre destacar que Leal et al.[19] concluem que existem dois níveis de discriminação na sociedade – o educacional e o racial – e que ambos interferem na atenção oferecida pelo sistema de saúde. Acrescenta-se a essa afirmação o fato que acesso precário à educação se relaciona não apenas ao preconceito exteriorizado pelos profissionais como também à capacidade das mulheres em compreender as orientações recebidas e participar das decisões em relação a seu acompanhamento.

Todos os artigos analisados afirmam que não só as mulheres negras têm o pior atendimento à saúde como também possuem os piores índices de escolaridade e renda, embora se diferenciem na interpretação desse dado. Berquó e Lago[20], por exemplo, sugerem que o que interfere na saúde da mulher é sua condição econômica e não sua raça:

> Os dados sugerem que mulheres com igual escolaridade, situação econômica e de posse (ou não) de plano de saúde têm chances similares de realizar o número mínimo de consultas de pré-natal, uma consulta de puerpério e ter acompanhante no trabalho de parto, independentemente de cor[20(559)].

Por outro lado Domingues et al.[12(290)] ressaltam

> que este achado não permite afastar a existência de discriminação racial no acesso aos serviços de saúde reprodutiva, uma vez que o poder aquisitivo, mais do que outras características socioeconômicas, estaria captando esta mesma discriminação.

Essa discussão demonstra que falar sobre racismo não exclui a possibilidade de obter conclusões racistas.

Em relação à percepção do racismo sofrido, as mulheres negras, segundo Domingues et al.[12], também reconhecem a diferença no tempo e qualidade dos atendimentos recebidos em comparação com as mulheres brancas. Para os autores, o reconhecimento do racismo pelas mulheres entrevistadas significa uma conquista na luta contra o racismo quando se leva em consideração o mito da democracia racial e sua força na sociedade brasileira.

A conclusão de que o atendimento em saúde para as mulheres negras é precário foi quase unânime. Apesar de estarem longe do ideal, os índices de mortalidade materna e de acesso ao pré-natal melhoraram nos últimos 15 anos, consequência de um empenho iniciado pela implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNISPN), além de outras políticas públicas que promoveram a redução das diferenças sócio demográficas e disparidades sociais[21]. Essa informação reforça o quão é necessário o contínuo debate a respeito do racismo junto à criação e efetivação de políticas públicas para essa população.

Por fim, apenas uma pesquisa analisa a relação entre os profissionais de saúde e a percepção do racismo institucional. Outras pesquisas analisadas mostraram a necessidade de se conscientizar e sensibilizar os profissionais de saúde em relação ao racismo, além de incluir em sua formação estudo mais aprofundado das doenças e enfermidades que acometem predominantemente a população negra.

É notável a presença do racismo institucional nas instituições de saúde, pois as mulheres negras continuam merecendo os piores índices de atendimento e sendo as maiores vítimas de

violências obstétricas[6,13]. Confirmando, assim, o que foi trazido por Kalckmann et al.[9], ao afirmarem que o racismo institucional atua em todos os âmbitos da saúde, ofertando à população as piores condições de atendimento, dificultando seu acesso a instituições e interferindo nas relações profissionais.

Considerações finais

O objetivo deste estudo foi levantar a produção científica no Brasil a respeito do racismo institucional e saúde da mulher negra e analisar como o tema tem sido tratado pelos pesquisadores. Chegou-se à conclusão que a escassa produção se configura como um reflexo do racismo institucional e pode ser vista nas barreiras impostas pelas instituições ao se tentar abordar o tema, o que dificulta a produção de pesquisas sobre o racismo. Logo, é necessário um maior envolvimento da academia com o tema de relações raciais e, consequentemente, maior produção de pesquisas.

Faz parte da estrutura racista brasileira o fortalecimento da crença na democracia racial. É comum observar a interpretação das desigualdades no atendimento e acesso à saúde da população negra como consequência da desigualdade econômica, mascarando, assim, o problema racial. Torna-se imprescindível que, além de maior produção científica sobre racismo, compreenda-se que associar a precariedade do atendimento à população negra com a sua condição econômica é reforçar o mito da democracia racial e, consequentemente, naturalizar o racismo.

A inclusão do quesito raça/cor nas bases de dados dos serviços trouxe consequências positivas para as produções científicas, mostrando ser uma ferramenta contra o racismo. Entretanto, cabe salientar que a inclusão dessa ferramenta sem uma conscientização da população a respeito do processo de identificação racial não é de total eficácia, tendo em vista que, em razão do processo de branqueamento e mestiçagem, a população brasileira tende a não reconhecer sua própria identidade racial.

A saúde da mulher negra continua sendo negligenciada em relação à da mulher branca, demonstrando a influência do racismo institucional nos processos de saúde e doença da população. A violência obstétrica é uma problemática que continua atual e sua predominância na população negra confirma a ação do duplo preconceito trazido por Domingues et al.[12]. O combate a essas desigualdades deve ser visto como prioridade; portanto, é necessário que o debate a respeito do racismo institucional seja constante nas instituições de saúde e entre os profissionais.

Conclui-se que o racismo institucional continua presente nas instituições de saúde, agindo de maneira implícita em todos os processos, seja nas relações profissionais ou no acesso ou atendimento à população negra. Logo, torna-se indispensável pensar a categoria raça e entender as especificidades da população negra para a obtenção de uma saúde igualitária.

Colaboradores

Oliveira BMC (0000-0002-2451-0916)* contribuiu para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados. Kubiak F (0000-0002-4077-919X)* contribuiu para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Lima MEO, Vala J. As novas formas de expressão do preconceito e do racismo. Estud. Psicol. 2004; 9(3):401-411.

2. Nunes SS. Racismo no Brasil: tentativas de disfarce de uma violência explícita. Psic. USP. 2006; 17(1):89-98.

3. Campo LA. Racismo em três dimensões. Uma abordagem realista-crítica. Rev. Bras. de Cien. Soc. 2017; 32(95):1-19.

4. Bernandino J. Ação afirmativa e a rediscussão do mito da democracia racial no Brasil. Est. Afro-Asiáticos. 2002; 24(2):247-273.

5. Guimarães FR, Newton PCC. Diz-se parda, para não se dizer negra: autodeclaração entre trabalhadoras domésticas sindicalizadas e não sindicalizadas do Brasil. Rev. Bras. de Direitos e Garantias Fundamentais. 2017; 3(2):128-143.

6. López LC. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. Interface- Comunic. Saúde e Educ. 2012; 16(40):121-134.

7. Albert V, Pereira AA. Movimento negro e "democracia racial" no Brasil: entrevistas com lideranças do movimento negro. In: III Conferência Bienal da Associação para o Estudo da Diáspora Africana Mundial; 2005 Out 5-7; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: CPDOC; p. 1-15.

8. Batista LE, Monteiro RB, Medeiros RA. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. Saúde debate. 2013; 37(99):681-690.

9. Kalckmann S, Santos CG, Batista LE, et al. Racismo Institucional: um desafio para equidade no SUS? Saúde Soc. São Paulo. 2007; 16(2):146-155.

10. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde e Soc. São Paulo. 2016; 25(3):535-549.

11. Tavares NO, Oliveira LV, Lages SRC. A percepção dos psicólogos sobre o racismo institucional na saúde pública. Saúde debate. 2013; 37(99):580-587.

12. Domingues PML, Nascimento ER, Oliveira JF, et al. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. Texto Contexto Enferm. 2013; 22(2):285-292.

13. Lima KD. Raça e Violência Obstétrica no Brasil [monografia]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2016. 25 p.

14. São Paulo. Defensoria Pública do Estado de São Paulo, Núcleo especializado de promoção a defesa dos direitos da mulher, Escola de Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Violência Obstétrica: você sabe o que é? São Paulo: Defensoria Pública; 2014.

15. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2010.

16. Cruz ICF. A sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para a assistência de enfermagem. Rev. Esc. Enferm. USP. 2004; 38(4):448-457.

17. d'Orsi E, Bruggemann OM, Diniz SCG, et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: um estudo nacional de base hospitalar. Cad. Saúde Pública. 2014; 30(supl1):154-168.

18. Berlfort IKP, Kalckmann S, Batista LE. Assistência ao parto de mulheres negras em um hospital do interior do Maranhão, Brasil. Saúde e Soc. São Paulo. 2016; 25(3):631-640.

19. Leal MC, Gama GN, Cunha CB. Desigualdade raciais, sócio-demográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. Rev. Saúde Pública. 2005; 39(1):100-107.

20. Berquó E, Lago TDG. Atenção em saúde reprodutiva

no Brasil: eventuais diferenciais étnico-raciais. Saúde e Soc. São Paulo. 2016; 25(3):550-560.

21. Diniz CSG, Batista LE, Kalckmann S, et al. Desigualdades sóciodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no sudeste do Brasil segundo a cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer do Brasil (2011-2012). Saúde e Soc. São Paulo. 2016; 23(3):561-572.

Recebido em 28/12/2018
Aprovado em 23/05/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Biofilia: produção de vida ativa em cuidados paliativos

Biophilia: production of active life in palliative care

Amanda Amorim Zanatta[1], Robiran José Santos-Junior[1], Carla Corradi Perini[1], Marta Luciane Fischer[1]

DOI: 10.1590/0103-1104201912223

RESUMO Considerando os benefícios biopsicossociais decorrentes da interação humanos/natureza, questionou-se como a hipótese da biofilia tem sido inserida nos cuidados paliativos. Objetivou-se mapear, através de revisão integrativa, a concepção histórica e científica da temática, atestando a contemplação dos princípios dos cuidados paliativos. De 1.928 textos científicos, 71 abarcaram o tema, sendo possível identificar, ao menos, um dos nove princípios, com destaque para a integração com aspectos psicológicos e espirituais. A biofilia foi aplicada, sobretudo, ao aspecto emocional, e a zooterapia, ao relacional. Contudo, diante das limitações impostas ao atendimento de aspectos de biossegurança e dependência do voluntariado, propõe-se a inserção da horticultura terapêutica em *hospices* e visita do animal de estimação.

PALAVRAS-CHAVE Bioética. Cuidados paliativos. Horticultura terapêutica. Terapia assistida por animais. Vulnerabilidade em saúde.

ABSTRACT *Considering the biopsychosocial benefits derived from human/nature interaction, questions were raised considering how the biophilia theory has been inserted in palliative care. The objective was to map, through an integrative review, the historical and scientific conception of the subject, attesting the contemplation of the principles of palliative care. From 1.928 scientific texts, 71 covered the theme, being possible to identify, at least, one of the nine principles, with special focus on integration with psychological and spiritual aspects. The biophilia was applied, mainly, to the emotional aspect, and the zootherapy, to the relational aspect. However, in view of the limitations imposed on attending to aspects of biosafety and reliance on volunteering, it is proposed the insertion of therapeutic horticulture in hospices and visit of the pet.*

KEYWORDS *Bioethics. Palliative care. Horticultural therapy. Animal assisted therapy. Health vulnerability.*

[1] Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) – Curitiba (PR), Brasil.
marta.fischer@pucpr.br

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

Introdução

As relações estabelecidas entre os seres humanos e a natureza fomentaram alterações significativas na percepção e representação dos elementos naturais ao longo do seu percurso evolutivo. As relações, inicialmente instigadas por instintos de sobrevivência, transpuseram-se para a dominação e o controle com o advento da agricultura. Contudo, as inovações tecnológicas decorrentes disso não extinguiram a necessidade da conexão entre elementos bióticos e abióticos condicionantes da homeostase dos ecossistemas, assim demandando, após curto período de afastamento – correspondente a menos de 5% da existência humana –, a retomada gradual de atitudes positivas vinculadas à natureza[1].

A defesa de tal concepção teve como pioneiro o biólogo norte-americano Edward Osborn Wilson, com a publicação da obra 'Biophilia', defendendo o mecanismo como inerente aos seres vivos, herdado após milhões de anos de coevolução junto às demais espécies[2]. Quase dez anos depois disso, foi promulgada a Hipótese da Biofilia, que fundamentava a existência da necessidade humana de se relacionar com a natureza como meio de promoção de bem-estar biopsicossocial, colaborando, desta forma, para a constante valoração de parques, zoológicos, jardins, bosques, lagos e paisagens naturais, bem como a vinculação destes espaços com a sensação de paz e tranquilidade[3].

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos[4] considera que a identidade de um indivíduo compreende as dimensões biológica, psicológica, social, cultural e espiritual, incluindo suas relações com o ambiente. Logo, o fato de animais, plantas e paisagens estarem intrinsecamente inseridos na esfera relacional torna-os componentes essenciais na constituição da identidade dos seres humanos, do início ao fim de suas vidas[5].

Os cuidados no fim da vida remediam inúmeras privações inerentes aos indivíduos que adoecem, e podem ser significativamente atingidos em suas esferas emocional e social[6]. Em 2002, a Organização Mundial da Saúde[7] definiu nove princípios dos cuidados paliativos, sendo eles: I) promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis; II) considerar a morte como um processo natural; III) não acelerar nem adiar a morte; IV) integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; V) oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até a sua morte; VI) oferecer sistema de suporte aos familiares durante a doença e o enfrentamento do luto; VII) abordagem multiprofissional em todas as etapas dos cuidados; VIII) melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; e IX) iniciar o cuidado o mais precocemente possível.

Na prática de cuidados paliativos, a preservação da dignidade e da integridade do paciente constitui uma prioridade, incitando respeito à pessoa na sua plenitude, incluindo seus valores de vida. Para isto, tal prática intenciona mantê-lo conectado ao que tem sentido e valor em sua vida, mesmo diante da uma sequência de perdas[8], considerando os valores ecológicos da pessoa como um direito fundamental e pretendendo manter a sua dignidade[5].

A utilização da natureza como componente de manutenção metabólica é intrínseca a todos os seres vivos heterótrofos, cuja intermediação da evolução conduziu a seleção de determinados elementos para a restauração de processos biológicos, inserindo a relação da ação terapêutica de minerais, plantas e animais[9]. Nesse contexto, Fischer et al.[9] refletiram sobre as questões éticas envolvidas no uso de animais zooterapêuticos como uma prática global enraizada culturalmente, porém, congregando uma pluralidade de agentes morais e vulneráveis. Os autores questionaram os limites e os cuidados envolvidos nas decisões de como e quando utilizar animais como recursos médicos. Fischer et al.[10] analisaram, ainda, a zooterapia sob a perspectiva bioética, elencando, além dos

inerentes benefícios, as vulnerabilidades que podem ser geradas caso a prática não seja intermediada por princípios bioéticos.

Os primeiros relatos da utilização de animais para práticas terapêuticas datam do início do século XVIII, quando pacientes de hospitais europeus portadores de transtornos mentais podiam passear e cuidar de jardins e animais domésticos[11]. Na década de 1960, Boris Levinson, psiquiatra infantil norte-americano, desenvolveu a psicoterapia facilitada por animais, visando tratar transtornos de comportamento[12], e foi seguido por outros pesquisadores, que associaram benefícios aos animais de estimação no auxílio ao tratamento de pacientes crônicos[13], culminando no registro como instrumento terapêutico[14]. No Brasil, relatos da utilização de animais no contexto terapêutico psiquiátrico tiveram início na década de 1940, destacando-se o trabalho desenvolvido pela Drª Nise da Silveira (Centro Psiquiátrico Pedro II, Rio de Janeiro). Houve também a oficialização da Terapia Assistida por Animais (TAA) em 1997, com a implementação do projeto filantrópico Pet Smile, pela psicóloga e veterinária Drª Hannelore Fuchs[12].

Diante da legitimidade da biofilia atestada por diferentes pesquisas avaliadas por Kellerte Wilson[3] e Irvine e Warber[15], o presente estudo questiona a exequibilidade da promoção da interação de pacientes em cuidados paliativos com elementos naturais no ambiente hospitalar. Para responder essa questão, testaram-se as hipóteses: a) a presença dos elementos naturais, em um momento de elevada vulnerabilidade, é reconhecido pelo meio científico como capaz de proporcionar benefícios na esfera biopsicossocial dos indivíduos; b) existem poucas evidências de promoção da interação do paciente em cuidados paliativos com os elementos naturais em decorrência da crença de sua ineficiência como medida terapêutica, diante da brevidade das intervenções; c) mesmo considerando que a interação com a natureza preveja o contato com elementos variados, como plantas, água, paisagens e frutas, acredita-se que haja prevalência da divulgação científica em Intervenções Assistidas por Animais (IAA), especialmente os cães.

Assim, objetivou-se analisar, por meio de revisão integrativa quanti e qualitativa, os efeitos do contato de elementos da natureza com pacientes sem possibilidade terapêutica curativa. Os resultados da pesquisa visam despertar novos olhares e condutas em relação aos métodos embasados na biofilia, com o intuito de suavizar e valorar o final da vida daqueles que se encontram sob cuidados paliativos. Foram analisados de acordo com princípios bioéticos de identificação e mitigação de vulnerabilidades em situações de conflito. Visou-se, assim, estabelecer um canal de comunicação entre agentes e pacientes morais, viabilizando soluções pautadas em valores comuns, com a mitigação do sofrimento e a valoração da vida em todas suas manifestações.

Métodos

O presente estudo constitui uma análise quanti e qualitativa de uma revisão bibliográfica integrativa[16] no cenário científico nacional e internacional, tendo como pergunta norteadora a aplicabilidade de elementos naturais em pacientes sob cuidados paliativos, bem como as vulnerabilidades envolvidas com vias a promover uma reflexão à luz da bioética.

A contextualização acadêmica se deu por meio do levantamento de textos científicos veiculados na mídia digital, os quais detinham como eixo norteador a interação de pacientes sem possibilidade terapêutica curativa com elementos da natureza.

Os textos foram recuperados por meio do motor de busca Google Acadêmico, no período de agosto a novembro de 2017, sendo os resultados obtidos e analisados de acordo com duas perspectivas. Primeiramente, intencionando o mapeamento da relação entre biofilia e pacientes em cuidados paliativos, utilizando os descritores e seus respectivos registros no buscador: 'Cuidados paliativos e biofilia' (N=2.304); 'Pacientes terminais

e biofilia' (N=242); 'Fim de/da vida e biofilia' (N=658); 'Doenças incuráveis e biofilia' (N=497), em português e inglês, utilizando os mesmos no singular e no plural. A segunda etapa visou analisar a utilização de atividades que envolviam animais: 'Zooterapia e pacientes terminais' (N=715); 'Zooterapia e cuidados paliativos' (N=813); 'Terapia com animais e pacientes terminais' (N=209.500); 'Terapia com animais e cuidados paliativos' (N=52.410); 'Interação animal e cuidados paliativos' (N=7.070); 'Interação animal e pacientes terminais' (N=26); 'Animais e pacientes paliativos' (N=14.699); e 'Animais e pacientes terminais' (N=3.790).

Para cada descritor, foram recuperados os primeiros cem resultados, os quais foram categorizados conforme: local, público, animais e elementos utilizados, e procedência da intervenção. Foram excluídos os resultados que não continham o conteúdo almejado, assim como os que se encontravam duplicados. A análise quantitativa testou a homogeneidade da amostra, comparando os parâmetros testados (elementos, benefícios e limitações) de acordo com as variáveis (nacional/internacional), partindo da hipótese nula da ocorrência nas mesmas proporções, aferidas por meio do teste do Qui-quadrado, considerando uma confiança de 95% e erro de 5%.

A análise qualitativa se deu apenas no conteúdo específico, sendo cinco artigos correspondentes ao termo biofilia e sete à zooterapia, visando, por meio da técnica semântica do conteúdo de Bardin[17], elencar os pontos convergentes e divergentes apresentados nos estudos. A análise teve como linha norteadora os aspectos teóricos da Teoria da Biofilia[2,3] e os princípios dos cuidados paliativos[7].

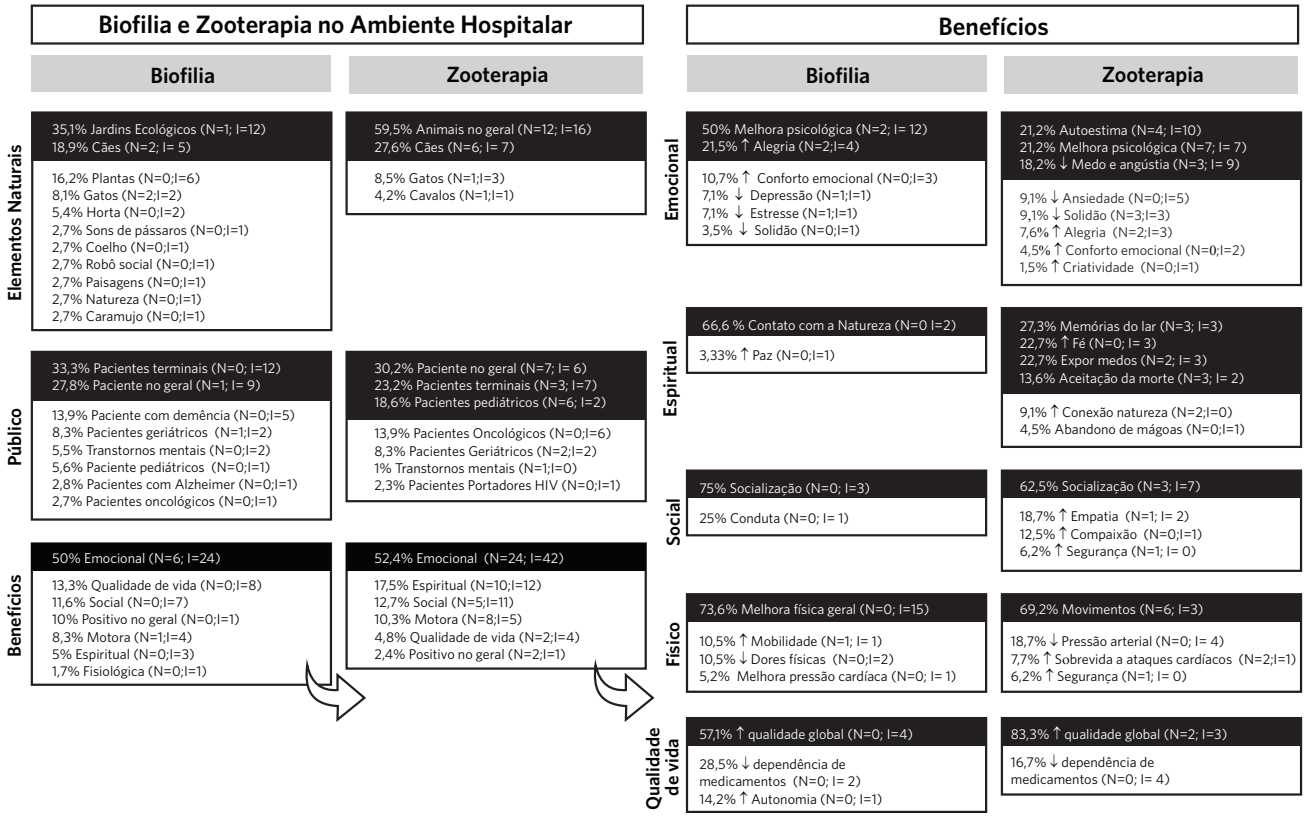
Resultados e discussão

Biofilia e zooterapia no ambiente hospitalar em cuidados paliativos: análise quantitativa

O conteúdo científico referente à caracterização da biofilia no contexto da assistência a pacientes em cuidados paliativos resultou em nove termos na contemplação total, uma vez que os resultados abarcavam menos de cem conteúdos, abrangendo 78% de análise dos retornos indicados pelo motor de busca. Foram recuperados 751 textos, sendo que, após a exclusão daqueles que não apresentaram conteúdo relativo, a interação entre biofilia e cuidados paliativos, bem como os duplicados, restaram 3,7% (N=28). Destes, 93% traziam conteúdos atrelados ao ambiente hospitalar, prevalecendo o uso do jardim ecológico, de plantas e cães, destinados a um público geral e com predomínio do benefício emocional *(figura 1)*.

A produção científica associada à zooterapia e pacientes sem possibilidade de cura resultou em sete termos contemplando toda a amostragem, culminando em uma abrangência equivalente a 45% de análise dos resultados. Foram recuperadas 1.177 referências, sendo que, após a exclusão, restaram 3,6% dos textos (N=43). A interação dos pacientes com animais voluntários de IAA foi identificada em 68,7% dos resultados, associada a alguma Organização Não Governamental (ONG), sendo que apenas 31,2% dos pacientes recebiam visitas de seus animais de estimação *(figura 1)*.

Figura 1. Síntese da revisão integrativa quantitativa sobre a inserção da biofilia e da zooterapia no ambiente hospitalar, em textos científicos nacionais (N) e internacionais (I)



Fonte: Elaboração própria.

Nota: A homogeneidade dos resultados da categorização foi testada por meio do teste do Qui-quadrado, sendo os valores significativamente maiores ($p<0,05$) destacados na caixa escura.

Os dados obtidos na análise quantitativa contrariaram a expectativa da hipótese de prevalência de cães em atividades assistidas, em pacientes em fase de terminalidade, destacando-se o uso de jardins ecológicos. Contudo, ressalva-se que ainda associado a práticas desenvolvidas no cenário internacional. O presente estudo evidenciou a hipótese inicial da importância biopsicossocial estabelecida através do contato entre pacientes e elementos naturais, revelando aspectos positivos em praticamente todas as esferas analisadas, possuindo maior evidência quando relacionada ao emocional. Isto corrobora a pesquisa de Muschel[18], envolvendo pacientes em fase final, que atestou a diminuição de sentimentos de desespero, solidão e estresse causados pela proximidade da morte, em decorrência da presença e estimulação táctil de um animal, alcançando a expectativa de cuidado necessariamente não atrelado à cura[19].

Biofilia e zooterapia como práticas terapêuticas em cuidados paliativos: análise qualitativa

A análise qualitativa associada à inserção da biofilia como prática terapêutica em cuidados paliativos atestou 57,1%, referindo-se apenas às citações, sendo que metade daqueles que tratavam dos cuidados paliativos como uma das abordagens principais correspondeu a

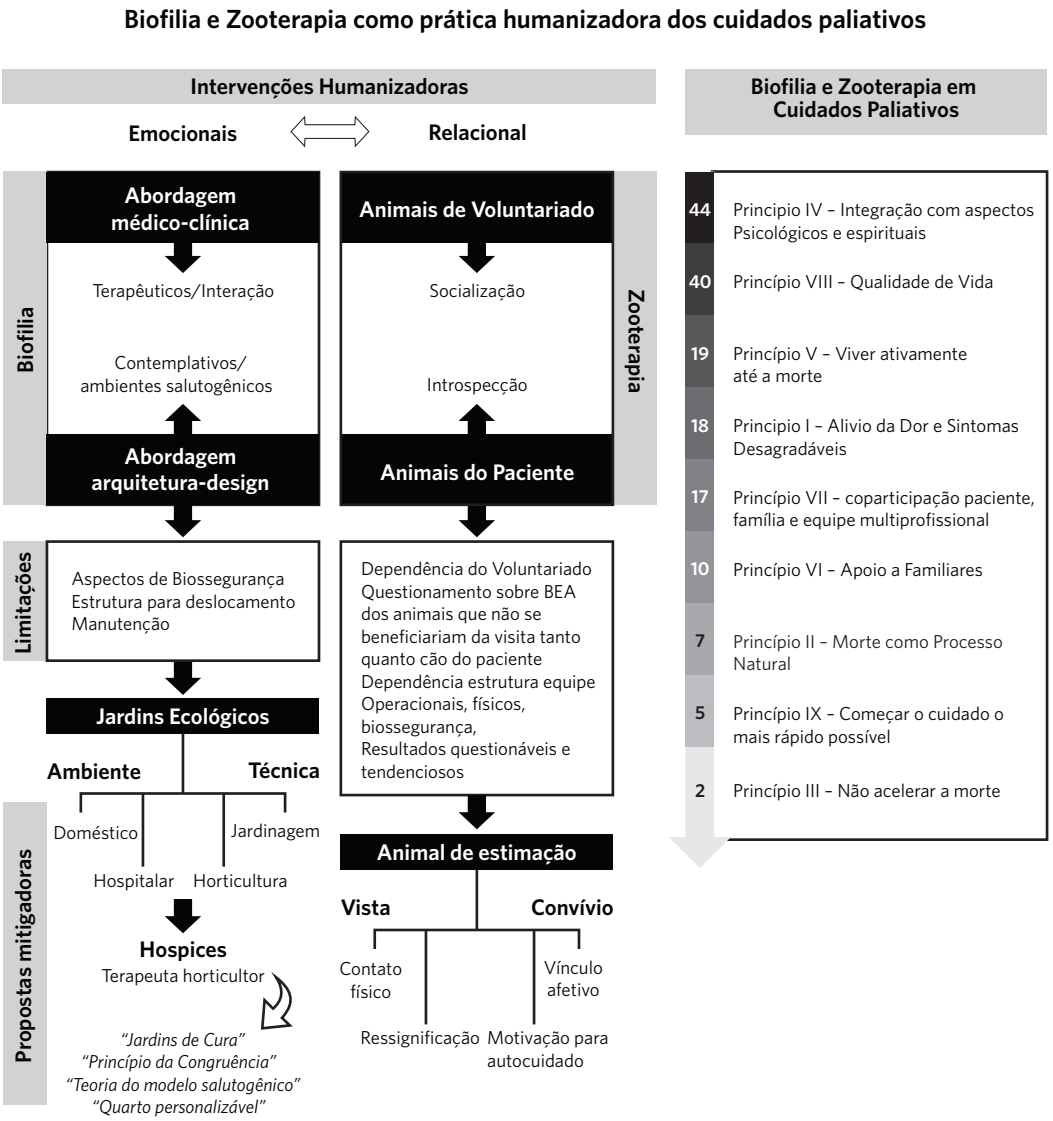
relatos de casos ou experimentação prática, e a outra se limitou a reflexões teóricas. A maioria do conteúdo recuperado, associado à zooterapia, consistia de pesquisas teóricas (55,8%) e abordava a temática de maneira superficial. Dos estudos específicos, 13,9% tratavam de reflexões teóricas. Entre as instituições que permitiram a visitação de animais, predominou a intermediação por voluntariado (81,3%), enquanto 18,6% dos pacientes tiveram a oportunidade de interagir com seus animais de estimação *(figura 2)*.

Os textos associados diretamente à biofilia no contexto de cuidados paliativos trouxerem duas abordagens: interesse clínico (64,3%) e interesse da arquitetura (35,7%). Ambos trataram a biofilia como aspecto fundamental na qualidade de vida de pacientes, familiares e equipe terapêutica *(figura 2)*.

Os conteúdos de abordagem médico-clínica focaram em aspectos terapêuticos da biofilia, promovida pela interação com animais, plantas e jardins, sendo estes dois últimos os mais frequentes. Já os benefícios associados às IAA corroboram as evidências associadas à melhora da autoestima, dos sintomas depressivos e da qualidade de vida[10]. Outros estudos trouxeram novidades, tais como a horticultura terapêutica, reportada por Wallis e Lenon[20] como uma intervenção não medicamentada, na qual os pacientes em cuidados paliativos podem apoiar uns aos outros.

Já a abordagem inerente à arquitetura demonstrou enfoque nos benefícios alcançados pela biofilia, principalmente a partir dos aspectos contemplativos, e na promoção de ambientes salutogênicos para a melhoria da saúde e do bem-estar. Erickson[21] relacionou a teoria dos Jardins de Cura, de Roger Ulrich[22], como um potencial benefício para a saúde dos pacientes em geral. Segundo a teoria, a imersão nos jardins de cura promove suporte social, privacidade, opções e locais para momentos reservados, além de estimular movimentos físicos, fundamentais para a reabilitação, e distrações por meio de plantas, flores, água, vida selvagem e sons da natureza. Dalton e Harrisson[24] salientaram, também, o 'princípio da congruência' e a 'teoria do modelo salutogênico' no *design*, justificando que a falta de um espaço de convívio coerente (sem congruência) pode levar as pessoas a adoecerem. Os autores apresentaram a proposta de um 'quarto personalizável', que otimizasse a congruência entre os usuários e um meio saudável, contemplando aspectos biofílicos.

Figura 2. Síntese da análise qualitativa dos textos recuperados, com abordagem da inserção da biofilia e da zooterapia nos cuidados paliativos, e quantificação dos textos que atendiam aos princípios dos cuidados paliativos



Fonte: Elaboração própria a partir das referências[18,20,24-33].

Em todos os textos analisados, foi possível identificar benefícios da aproximação de pacientes com os elementos naturais, corroborando a hipótese testada no presente estudo e associada à Hipótese da Biofilia[3], pronunciando aqueles de cunho emocional, seguido dos aspectos sociais e atrelado à qualidade de vida. A interação com animais, especialmente cães, esteve mais relacionada aos benefícios sociais, da esfera relacional, como a diminuição da solidão, auxílio na comunicação e na conduta social[34]. Por sua vez, a interação com jardins ecológicos se relacionou aos benefícios emocionais, como a melhora do humor e a diminuição do estresse e da depressão (*figura 2*).

Queiroz[35] relatou que a maioria dos

pacientes participantes do seu estudo convivia com animais de estimação. Enquanto Wallis e Lenon[20] retrataram que pacientes que possuíam jardim em suas residências, mas passaram a viver em leitos de hospitais, relataram que adorariam poder sair ao ar livre novamente. Segundo os autores, um

> paciente moribundo em cuidados paliativos, que havia, anteriormente, plantado uma semente de agrião, sorriu ao sentir o perfume da planta que foi segurada sob suas narinas[20(25)].

Contudo, mesmo diante de dados que atestam a efetividade da prática, elencam-se limitantes da inserção de jardins em hospitais, que podem ser de ordem logística, tais como a necessidade de equipes de manutenção, terapêuticas, de atendimento ao deslocamento e, ainda, o aumento dos riscos que um jardim pode proporcionar, tais como a aproximação de insetos e animais, como formigas, mosquitos e pombos, os quais potencialmente podem aumentar os riscos de biossegurança nos hospitais[36].

As IAA são práticas que vêm sendo mundialmente implantadas como medidas de humanização em ambientes hospitalares, com predominância no setor público, inclusive, nos cuidados paliativos. Engelman[37] utilizou animais terapeutas em um ambulatório de cuidados paliativos durante um ano, observando que os pacientes ficavam mais felizes e estimulados, reduzindo emoções negativas mediadas pela verbalização de boas recordações. De forma geral, sentiam-se relaxados e mencionavam que os animais traziam-lhes conforto para o enfrentamento das doenças. A melhoria da qualidade de vida do paciente em cuidados paliativos foi atestada por Turnbach[33], ressaltando que os benefícios transpassavam os pacientes, promovendo uma experiência positiva antiestresse para a equipe terapêutica e os membros da família. Corroborando esses dados, Muschel[18] desenvolveu um estudo com pacientes em tratamento oncológico, para os quais a presença dos animais constituiu recursos redutores de estresse. Apesar dos resultados das IAA ainda serem questionados quanto a análises tendenciosas, recebendo críticas severas aos métodos de análise, além da constante alegação de vazio teórico[38], percebe-se que, de modo geral, despertam sentimentos positivos em pacientes, inclusive, os que se encontram sem possibilidade terapêutica curativa[28].

Nos artigos analisados, foi recorrente a citação do estudo 'Pet therapy with terminal cancer patients', de autoria de Irene J. Muschel, uma ativista norte-americana que busca resgatar conceitos de cuidados com os animais. No artigo, Muschel[18 (1984)] entrevistou pacientes com doenças incuráveis avançadas, semanalmente expostos a cães por uma hora e meia, durante dez semanas. A presença dos animais supria necessidades psicológicas e sociais dos pacientes, até então impossíveis de serem atendidas. Um destaque foi dado à diminuição de sentimentos associados ao medo, ao desespero, à solidão e ao isolamento. Além disso, propiciou um auxílio na aceitação de sentimentos relativos à inevitabilidade da morte. Os pacientes que participaram da pesquisa por meio de questionário indicaram que a presença dos animais diminuía a sensação de desamparo, sendo assim, permanentemente clamavam pela presença deles. A correlação entre a diminuição da solidão e a tutela de um animal foi igualmente reconhecida pela autora como benéfica para determinar a qualidade de vida dos pacientes.

No contexto da zooterapia, foram identificados dois encaminhamentos: os animais de voluntários e os animais dos pacientes. Enquanto no primeiro desponta claramente a promoção de socialização do paciente[39], o caso da interação com o próprio animal de estimação promove introspecção e diálogo interno. No contexto terapêutico, para pacientes no geral[39] e, inclusive, para a população idosa não hospitalizada[40], crianças[28] e encarcerados[41], ambas as abordagens são atestadas como benéficas para a saúde global, sendo destacada a possibilidade de conforto psicológico

promovido pelo contato físico destituído de julgamentos e limitantes sociais[10,34]. No entanto, no contexto dos cuidados paliativos, a oportunidade de elaborar o momento de finitude tem uma relação significativa, quando o processo de contato se faz com o próprio animal[42].

Embora a zooterapia seja reconhecida como uma eficiente prática de interação entre humanos e animais, as instituições elencam uma série de limitantes operacionais, principalmente, quanto ao aumento de riscos envolvidos com a biossegurança[10], mesmo diante da insuficiência de estudos sobre a exposição de pacientes e animais a possíveis zoonoses e patógenos. Para Murthy, Pandrangi e Welber[43], os resultados obtidos até o momento são baseados em relatos de caso e investigações de surtos e, portanto, não podem mensurar de forma eficaz a possibilidade de risco aos envolvidos. Acrescente-se a isso, a argumentação de pesquisadores da área do Bem-Estar Animal (BEA), que clamam por condutas éticas e pela normatização do uso dos animais, ainda que sejam elencadas algumas vulnerabilidades, como a exaustão destes, em razão de muitas horas de trabalho; aumento de ansiedade, por conta da exposição a odores e locais diferentes; incompatibilidade de características físicas e psicológicas dos animais à prática; inexistência de protocolos consolidados e compatíveis com a realidade, que envolvam treinamento certificado e padronizado; e, principalmente, a dificuldade para lidar com essas limitações em função da carga emotiva atrelada à justificativa do uso do animal envolvida no trabalho solidário[10,43,44]. Embora em muitos países já existam protocolos para zooterapia, no Brasil, a regulamentação fica a cargo de cada instituição, sendo predominantemente conduzida pelo terceiro setor[10,44].

Biofilia e zooterapia: congruência com os princípios dos cuidados paliativos

Em todos os textos resultantes da revisão integrativa, foi possível identificar um ou mais princípios dos cuidados paliativos *(figura 2)*.

Os princípios I, IV e VIII, que intentam aliviar a dor e outros sintomas desagradáveis, incluindo-se os relacionados a fatores psicossociais e espirituais, visando à melhoria da qualidade de vida, foram identificados em 18, 40 e 44 artigos, respectivamente. Estes resultados atestam que medidas não farmacológicas auxiliam esses propósitos, pois tendem a transformar o clima hostil, relacionado à enfermidade e à proximidade da morte, em um ambiente descontraído e agradável[28]. Partindo da concepção da dor como um processo subjetivo e plausível de interferências de características individuais e do estado emocional e espiritual[10,45,46], é concebível que a interação com outro ser vivo interfira positivamente, como atestado por Varas[47], que registrou uma percepção da dor até quatro vezes menor nos pacientes envolvidos.

A presença do animal e de outros elementos naturais promove a mudança do foco egocêntrico e eleva a disposição para se comunicar[19,32,39], amenizando as sensações de dor, medo, angústia e depressão[24] dos pacientes, melhorando-lhes o humor[48] e a autoestima[35], e diminuindo-lhes comportamentos agressivos[15]. Alguns pacientes se sentiram conectados aos animais[28], pois, sob a perspectiva emocional, a presença destes promove conforto, visto que não é autoritária e se oferece destituída de julgamentos, em momentos nos quais, muitas vezes, os familiares evitam falar sobre a morte eminente, como forma de se protegerem do sofrimento. A isto, acrescenta-se ao paciente o sentimento de responsabilidade e zelo pelo outro, e de ser amado e importante para o outro[49].

A melhoria da qualidade de vida do paciente em cuidados paliativos demanda a contemplação do ser humano a partir de uma abordagem holística[8] e ecológica[5], constituindo-se a interação com o mundo natural como uma parte vital do bem-estar biopsicossocial e espiritual do indivíduo[15].

Os princípios II, III, IV e IX aspiram à promoção da afirmação da vida, e da concepção da morte como um processo natural, valorizando

cada momento que ainda pode ser vivido o mais ativamente possível, buscando meios de não acelerar nem adiar a morte[47], tendo como desafio a superação da linha tênue entre o fazer e o não fazer[44]. Foram identificados em 8, 2, 15 e 5 artigos, respectivamente. A utilização de elementos naturais neste processo promove o resgate de sentimentos positivos, muitas vezes difíceis de serem estabelecidos com/entre familiares ou amigos, pois a necessidade de elaboração dos últimos momentos de vida envolve tensão, medo e insegurança diante da morte iminente, podendo comprometer a qualidade desse período[28].

De igual modo, a contemplação de paisagens e a interação com animais e plantas durante as mudanças de estação, além da própria identificação da morte na natureza, inserida nos ciclos naturais curtos ou longos, e a compreensão do fim e do recomeço, podem ser os fatores determinantes para a aceitação da morte como um processo natural, tal como evidenciado por Wallis e Lenon[20] na prática da horticultura terapêutica. Essa prática foi relatada por Leckie e Pilgrem[27] e Wallis e Lenon[20] como benéfica para pacientes em cuidados paliativos, ao promover a afirmação da vida e a preparação para a morte, sem que necessariamente a iminência da mesma esteja permanentemente presente. Os autores relataram casos nos quais o cultivo dos vegetais era realizado ao lado da cama dos pacientes, proporcionando-lhes, até o último momento, a oportunidade de colaborar com a continuidade da vida. O encantamento diante de outro ser vivo pode incitar movimentos, deter a atenção e comunicar isso a terceiros, tal como o aumento do nível de alerta cognitivo em pacientes paliativos pediátricos registrado por Varas[47]. Para Lima e Sousa[39], os benefícios sociais estão na destituição de conceituações, fazendo com que os pacientes não se incomodem com suas próprias limitações físicas e mentais, permitindo-lhes uma aproximação com os outros e desenvolvendo neles a confiança para realizar atividades que demandem coordenação motora. Isso transpassa uma intenção de simplesmente prolongar a vida, mas visa proporcionar qualidade de vida e bem-estar, preservando a identidade por meio da inserção da dimensão ecológica do sujeito no aspecto da ressignificação da vida e da representação do que é estar vivo[8].

A promoção de terapias alternativas, como o cultivo de plantas e a interação com animais, ou simplesmente o despertar da fascinação por árvores, rochas, plantas e demais componentes da vida selvagem pode elevar o espírito a outro patamar de contemplação, provendo um sentido de estar longe e transpassando o plano da doença[3]. Segundo o manual da Academia Nacional de Cuidados Paliativos[50], a abordagem precoce permite a prevenção dos sintomas e de complicações inerentes à doença de base[44], as quais encontram suporte nas intervenções com terapias alternativas como horticultura, jardinagem ou IAA, principalmente, de ordem emocional[20,21,22].

Os princípios VI e VII instituem auxílio aos familiares durante a doença e no enfrentamento do luto, e a coparticipação de pacientes, familiares e equipe profissional no processo de cuidados paliativos[18], sendo identificados em 10 e 17 artigos, respectivamente. Lima e Sousa[39] apontaram que os animais, além de proporcionarem condições relacionadas a apoio, companhia e conforto aos pacientes, são hábeis em impactar positivamente os familiares e as equipes profissionais, que, igualmente, se encontram em períodos de vulnerabilidade emocional. Esses resultados foram atestados por Varas[47 (2010)], relacionados a tutores de crianças sob cuidados paliativos, e por Turnbach[33], na qualidade de vida dos familiares e cuidadores durante o período de aceitação da doença, visto que houve melhoras no apoio e enfrentamento da situação. Erickson[21] relatou que os jardins de instituições de cuidados paliativos proporcionam ambientes mais acolhedores e reconfortantes para familiares e pacientes interagirem. As áreas reservadas oferecem privacidade para meditação e reflexão na contemplação da natureza, por vezes, fundamentais no enfrentamento do luto. Ressalta-se que o animal do paciente e/

ou uma planta por ele cultivada representam, para o familiar, um elo que o mantém vivo em outros seres, que carregam a sua existência, podendo esta ser resgatada, o que traz conforto e, incontestavelmente, legitima a prática de humanização em cuidados paliativos. Tudo isto traz à tona a necessidade de abordagens interdisciplinares que acessem não somente as necessidades clínicas dos pacientes, mas também suas necessidades psicossociais e espirituais, assim como as de seus familiares.

A presença do elemento natural facilita ao enfermo externar seus medos, sentir-se mais confiante para falar de sua situação e, desta forma, abordar assuntos com a equipe médica e familiares, talvez nunca antes mencionados[51]. Muschel[18] identificou que a presença de animais deixou profissionais e familiares mais relaxados, com menos desconforto diante das situações, pois permitiu o compartilhamento de lembranças positivas. Por isso, Kawakami e Nakano[51] reforçaram a necessidade de que a IAA e demais intervenções terapêuticas biofílicas sejam partilhadas e construídas conjuntamente à equipe terapêutica, a fim de que esta se insira no contexto, seja hábil em avaliar as consequências do tratamento e colabore com a eficiência da técnica. Ressalva-se que, no ambiente hospitalar, o paciente dispende mais tempo com a equipe médica do que com os familiares. Automaticamente, o sucesso das intervenções nos cuidados paliativos deve prever um acolhimento dos profissionais. Segundo Matsumoto[44], a família – tanto a biológica como a adquirida, congregando amigos, parceiros e os próprios animais de estimação – pode e deve ser parceira e colaboradora no cuidado, pois o conforto e o apoio emocional proporcionado podem ser tão significativos quanto o suporte médico. Logo, a visitação do animal de estimação do paciente pode encontrar suporte argumentativo nos princípios VI e VII, uma vez que proporcionam apoio à família quando legitimam manter o paciente ligado a tudo que dá sentido à sua vida, corroborando o argumento de Bertachini e Pessini[8], de que preservar a identidade do paciente é uma prioridade em cuidados paliativos.

Mitigando as vulnerabilidades: promoção da biofilia em *hospice* como um meio ético de cuidados paliativos

Os principais fatores limitantes para a prática da biofilia em ambientes hospitalares referiram-se a questões de biossegurança acrescidas de logística para sua manutenção *(figura 2)*. Diante da legitimidade deste argumento e de resultados positivos relatados na literatura, propõe-se a promoção de terapias biofílicas em *hospices* como meio ético de promoção de cuidados paliativos.

A morte, ao longo da história da humanidade, foi associada a sentimentos ruins e desconfortáveis, resultando em pacientes solitários, com autonomia enfraquecida e incapazes de vislumbrar sentidos para suas existências[52]. Contudo, esta é uma preocupação que subsiste desde a Idade Média, cujos monastérios ofereciam acolhimento a famintos, pobres, órfãos, leprosos e moribundos[50]. O movimento denominado Filosofia Hospice, originado na Inglaterra, no século XX[42,53], propunha minimizar essa vulnerabilidade por meio de uma assistência humanizada, cujas práticas transpassavam diagnósticos, tratamentos e prognósticos, vislumbrando o cuidado holístico, envolvendo as esferas física, emocional, social, espiritual e, mais recentemente, financeira, interpessoal, familiar e da equipe profissional.

O modelo de cuidados paliativos começou a ser debatido e implantado no Brasil somente no início da década de 1980, contudo, os métodos eram baseados em cuidados à saúde essencialmente curativos, e apenas se davam no ambiente hospitalar[42]. Rodrigues e Zago[42] relataram o movimento, adaptando a Filosofia Hospice à realidade brasileira, superando a concepção de que não havia nada a ser feito pelos pacientes em fase terminal, em função da convicção de que muito pode ser feito, partindo do princípio de que, enquanto há vida, existe a possibilidade do cuidado[19]. No contexto dos cuidados paliativos, sentimentos de empatia e compaixão são fundamentais para as pessoas que se encontram em estados de terminalidade de vida[42] e vulneráveis diante

de alterações físicas, emocionais e existenciais[54]. Assim, as instituições de *hospices* são designadas para serem locais de descanso, invocando o conforto e a sensação de estar em casa, alcançada, segundo Erickson[21], com a existência de lindos jardins, por exemplo. Segundo a autora, pacientes bem acomodados em camas móveis aproveitam a natureza sem perder o conforto ou a assistência de seus leitos, favorecidos pelo fato de os sentidos da audição e do olfato, amplamente estimulados pelo jardim, poderem ser os últimos a desaparecer. Igualmente, se pressupõe a existência de locais solitários para a meditação e a contemplação da natureza, bem como locais para que pequenos grupos de familiares possam se reunir e conversar[21]. Logo, alpendres, varandas, sacadas e átrios promovem uma sensação aconchegante, além de facilitar a transição entre estar dentro da instalação e ao ar livre[21]. Segundo Sadler[55], quando disponível, o jardim é um refúgio seguro e protegido, que normalmente circunda a estrutura predial, oferecendo uma maravilhosa vista para os pacientes. Tais jardins são experiências mentalmente restauradoras para os pacientes, familiares e profissionais, que passam muito tempo nessas instituições. O arquiteto Ulrich[56] ressaltou que existem evidências consideráveis de que os efeitos restaurativos da contemplação da natureza se manifestam dentro de três a cinco minutos, decorrentes de uma sequência de alterações fisiológicas. Considerando o aspecto psicológico/emocional, as observações da natureza ou de jardins elevam os níveis de sentimentos positivos e reduzem emoções negativamente tonificadas, como medo, raiva e tristeza. Certos cenários da natureza efetivamente sustentam o interesse e a atenção, e, consequentemente, servem como agradáveis distrações, que podem diminuir pensamentos estressantes. Quanto às manifestações fisiológicas de recuperação do estresse, investigações laboratoriais e clínicas atestaram que a contemplação da natureza também pode produzir restauração significativa em menos de cinco minutos, como, por exemplo, melhora na pressão arterial, na atividade do coração, na tensão muscular e nas atividades cerebrais[56].

Inúmeras instituições já despontam no cenário internacional por implementarem programas de jardinagem e horticultura, nos quais pacientes monitorados por equipes multidisciplinares – compostas por terapeutas horticultores, psicólogos, enfermeiros e fisioterapeutas – plantam mudas, que ganharão seus nomes e serão transplantadas para o jardim[57]. O medo da finitude é a maior barreira enfrentada no processo de elaboração da aceitação da morte, e transpor a existência para uma planta pode ser considerada uma prática humanizadora, uma vez que traz a sensação de continuidade. Os mesmos mecanismos são percebidos no familiar, que vê, na árvore plantada pelo seu ente querido, o fluxo da vida. Esta prática, evitada em hospitais que primam pela segurança biológica, encontra no *hospice* um local ideal para ser desenvolvida. A prática de jardinagem como coadjuvante em processos terapêuticos, que visam a uma maior qualidade de vida, já é constatada[55]. Erickson[21] transpôs a amplitude dessa prática milenar, ao sugerir a presença de jardins terapêuticos em hospitais de cuidados paliativos, pois alguns pacientes poderiam aproveitar o tempo ao ar livre, mesmo estando acamados.

A horticultura terapêutica, embora esteja documentada na literatura, se constitui de uma proposta relativamente nova em *hospices*, demandando adaptações às necessidades e limitações dos pacientes, sendo realizada, muitas vezes, suspensa em mesas e em vasos[21], ou até mesmo na cabeceira das camas[20]. Segundo Leckie e Pilgrem[27], e Kumasaka et al.[48], esta prática se constitui como um meio de aumentar a qualidade de vida, por aliviar o sofrimento e os sintomas de demência; reduzir a percepção da dor; melhorar o humor, as habilidades cognitivas, motoras e da fala; e promover uma reabilitação, fazendo com que os pacientes vivam plenamente até os últimos dias de suas vidas[27].

Mitigando as vulnerabilidades: a visita do animal de estimação do paciente como uma prática ética nos cuidados paliativos

Com relação à zooterapia, a questão emergente é a existência de diferenças da visita de animais de voluntários e de animais de estimação. Considerando que 44% das famílias brasileiras possuem animais de estimação[58], atesta-se o espaço que lhes é destinado junto às famílias. Logo, o valor desse vínculo afetivo deve ser considerado no cuidado de pacientes em cuidados paliativos. Entre os inúmeros benefícios, desponta a relação baseada na doação e destituída de julgamentos, preconceitos e estigmas, acrescida pelo fato de o animal prover o contato físico tão necessário para o bem-estar biopsicossocial[12] e espiritual do paciente. Ilustrando esta situação, Rocha[59] descreveu o desejo de um jovem paciente, em estado terminal de vida, de receber a visita de seu animal de estimação, alegando que, nas horas em que se encontrava sozinho, o animal era seu único e inseparável companheiro, sentindo-se confortado e cuidado por ele. Assim, a partir da visitação de animais de estimação a pacientes internados em um hospital oncológico, o autor evidenciou que, além da redução de sintomas negativos, aqueles se tornavam referência, fonte de intimidade e ressignificação do adoecer e da vida para os pacientes. Relatos colhidos ainda por Rocha[59] pontuaram que a oportunidade de interagir com seus animais proporcionaram efeitos terapêuticos reparadores em todos os pacientes, uma vez que eles passaram a se mostrar mais dispostos a participar de decisões referentes a seus tratamentos. Tais decisões, mesmo não sendo curativas, tinham o intuito de melhorar o condicionamento dos pacientes, a fim de receberem seus animais de estimação com mais disposição[60]. Segundo Costa[40], para pacientes que não partilham de relações familiares com outras pessoas, os animais são constantes fontes de conforto e intimidade, representando chances de cuidarem de outros seres. Outra questão ética a ser considerada, referente a muitos pacientes idosos, é o fato de que não têm ninguém para cuidar de seus animais, desencadeando momentos de angústia que interferem no seu bem-estar. A utilização do animal do próprio paciente configura, ainda, uma questão de BEA, uma vez que o reencontro proporciona benefícios também ao animal, que sente falta de seu tutor.

Conclusões

Os resultados do presente estudo trazem um panorama da inserção de elementos naturais nas práticas de cuidados paliativos, atestando a hipótese de que, embora os relatos das intervenções ainda sejam incipientes, já é possível vislumbrar a sua legitimidade. Entretanto, são necessárias reflexão ética e avaliação científica nos cuidados e prioridades, no fim da vida, sob a perspectiva bioética, a fim de minimizar as vulnerabilidades inerentes a este período de defrontação com alguma doença incurável. A prática promove a sinergia dos princípios dos cuidados paliativos, balizados pelo suporte aos aspectos psicológicos e espirituais, e a melhora da qualidade de vida dos pacientes, enaltecendo, principalmente, os benefícios emocionais da biofilia e da zooterapia.

A partir dos dados do presente estudo, foi possível atestar a hipótese de que os benefícios decorrentes da intrínseca e natural inter-relação entre os seres humanos e os elementos naturais são efetivos em momentos de elevada vulnerabilidade, se mostrando hábeis na promoção de benefícios nas esferas biopsicossocial e espiritual. Isto porque, correspondendo aos princípios dos cuidados paliativos, intencionam o oferecimento de um sistema de suporte para que os pacientes vivam o mais ativamente possível até sua morte. Acrescido da integração dos aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao clínico, este suporte transpõe a crença inicial da insuficiência da prática frente à brevidade das intervenções.

Os resultados atestam a hipótese de eficiência de métodos usuais, como a zooterapia com cães, passando pela inserção de métodos incomuns no cenário nacional, como a promoção do convívio com elementos naturais, como plantas, água, paisagens e frutas. A reflexão do conteúdo científico analisado permitiu sugerir a inserção da horticultura terapêutica em *hospices* e criar programas para visitas dos animais de estimação. Os resultados da pesquisa permitem fomentar novos olhares e condutas em relação aos métodos embasados na biofilia, com o intuito de suavizar e valorar o final da vida daqueles que se encontram sob cuidado.

A análise da questão sob a perspectiva da bioética permite a identificação de vulnerabilidades inerentes a esse momento de finitude – que impactam igualmente em familiares e equipe médica –, nos quais a inserção de elementos biofílicos se constitui como um meio de mitigação dessas condições. Uma vez que promove um canal de comunicação entre os atores envolvidos nesse cenário e a confluência de valores comuns, visa à valoração da vida e do não sofrimento de todos os seres vivos. Assim, na manutenção da identidade e integridade dos pacientes em cuidados paliativos, a biofilia é um importante aspecto a ser considerado.

Para algumas pessoas, cuidar de um jardim, interagir com animais ou, simplesmente, contemplar a natureza, pode envolver valores que não encontram equivalência a serem respeitados como práticas de dignidade. No entanto, ao se considerar a dimensão ecológica de um indivíduo e os valores ambientais que o compõem, compreende-se a esta dignidade a ser respeitada e preservada. Tal dimensão é expressa pela biofilia como uma necessidade inata de afiliar-se com outras formas de vida, e não pode ser desconsiderada na prática dos cuidados paliativos. Ressalva-se que a indicação e o estímulo ao convívio salutar com elementos naturais podem compor as agendas educacionais e de saúde bem antes da doença surgir, prevenindo sua manifestação, colocando em prática a Hipótese da Biofilia.

Colaboradores

Zanatta AA (0000-0001-8390-1573)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados. Santos-Junior RJ (0000-0003-3724-8467)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados. Perini CC (0000-0002-9340-8704)* contribuiu para a concepção e o planejamento do estudo. Fischer ML (0000-0002-1885-0535)* contribuiu para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Salisbury J. The beast within: Animals in the Middle Ages. London: Routledge; 2012.
2. Wilson EO. Biophilia. Cambridge: Harvard University Press; 1984.
3. Kellert SR, Wilson EO. The biophilia hypothesis. Washington: Island Press; 1995.
4. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Lisboa: Unesco; 2006 [acesso em 2018 ago 10]. Disponível em: http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf.
5. Sousa PHM. A dimensão ecológica da dignidade humana. [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2011. 161 p.
6. Singer PA, Martin DK, Kelner M. Quality end-of-life care: patients' perspectives. Jama. 1999; 281:163-168.
7. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, et al. Relatório mundial sobre violência e saúde. [internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2002 [acesso em 2018 ago 2]. Disponível em: https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201706/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf.
8. Bertachini L, Pessini L. A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos. Rev. Bioetikos. 2010; 4(3):15-23.
9. Fischer ML, Palodeto MFT, Santos EC. O uso de animais como zooterápicos: uma questão bioética. Hist. ciênc. saúde-Manguinhos. 2018; 25:217-243.
10. Fischer ML, Amorim AZ, Rezende EA. Um olhar da bioética para a zooterapia. Rev. latinoam. bioét. 2016; 16:174-197.
11. Kruger KA, Serpell JA. Animal-assisted interventions in mental health: Definitions and theoretical foundations. In: Fine AH, editor. Handbook on animal-assisted therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice. London: Academic Press; 2010. p. 133-148.
12. Chelini MOM, Otta E. Terapia Assistida por Animais. Barueri, SP: Manole; 2016.
13. Nightingale F. Notas sobre a enfermagem: o que é e o que não é. Rev. bras. enferm. 1989; 4:109-118.
14. Hooker SD, Freeman LH, Stewart P. Pet therapy research: a historical review. Holist. nurs. pract. 2002; 17:17-23.
15. Irvine KN, Warber SL. Greening healthcare: Practicing as if the natural environment really mattered. Altern. ther. health med. 2002; 8(5):76-83.
16. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010; 8:102-106.
17. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
18. Muschel IJ. Pet therapy with terminal cancer patients. J. Soc. Casework. 1984; 65(8):451-458.
19. Roselló FT. Antropologia do cuidar. Rio de Janeiro: Petrópolis; 2009.
20. Wallis J, Lenon R. "Sow and grow", nature that nurtures: horticultural therapy as part of end-of-life care. BMJ Support Palliat Care. 2016; 6(suppl):1-25.
21. Erickson S. Restorative Garden Design: Enhancing wellness through healing, spaces. JAD, 2012; 2:89-101.
22. Ulrich RS. How design impacts wellness. The Healthcare Forum Journal. 1992; 35(5):20-25.
23. Dalton C, Harrison JD. Designing an adaptive salutogenic care environment. In: Adaptive Architecture Conference, 1st International. London: Building Centre; 2011.

24. Carlini S. Animal assisted therapy program: a co-therapy for palliative care. BMJ Support Palliat Care. 2016; 6(suppl1):25-26.

25. Chur-Hansen A, Zambrano SC, Crawford GB. Furry and feathered family members – A critical review of their role in palliative care. Am J Hosp Palliat Med. 2014; 31(6):672-677.

26. Coleman, CK. The experience of hospice caregivers providing animal-assisted therapy to hospice patients. [tese]. Minneapolis: Capella University; 2016. 214 p.

27. Leckie K, Pilgrem L. There is more to gardening than meets the eye! BMJ Support Palliat Care. 2016; 6(suppl1):1-25.

28. López MLA. ¿La terapia asistida con animales influye de una manera positiva en los pacientes que padecen de una enfermedad terminal? [tese]. Medellín: Marymount School; 2013. 18 p.

29. MacDonald JM, Barrett D. Companion animals and well-being in palliative care nursing: a literature review. J. clin. nurs. 2016; 25(3-4):300-310.

30. Machnow Harju E, Vikberg F. Terapi på fyra ben: En litteraturöversikt om cancerpatienters upplevelse av djur i vården, [tese]. Sweden: Ersta Sköndal University College, Department of Health Care Sciences; 2015. 30 p.

31. Machnow Harju E, Vikberg F. Therapy on four legs A literary review about cancer patients experience of animals in care, 2015; p. 30.

32. Marsh P, Gartrell G, Egg G, et al. End-of-Life care in a community garden: Findings from a Participatory Action Research project in regional Australia. Health place. 2017; 45:110-116.

33. Schmitz A, Beermann M, MacKenzie CR, et al. Animal-assisted therapy at a University Centre for Palliative Medicine – A qualitative content analysis of patient records. BMC Palliat Care. 2017; 16(1):1-13.

34. Turnbach A. The Effect of Dog-Assisted Therapy on Cancer Patients in Hospice Care. J Psycol Res Propos. 2014; 4:7-12.

35. Gutiérrez G, Granados DR, Piar N. Interacciones humano-animal: características e implicaciones para el bienestar de los humanos. Rev. colomb. psicol. 2017; 16(1):163-184.

36. Queiroz RCFB. Eficácia da intervenção assistida por animais na autopercepção de saúde, autoestima, sintomas depressivos e qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em instituição de longa permanência. [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2014. 116 p.

37. Fontana R, Wetler RMDC, Aquino RS, et al. Pathogenic bacteria dissemination by ants (Hymenoptera: Formicidae) in two hospitals in northeast Brazil. Neotrop. entomol. 2010; 39(4):655-663.

38. Engelman SR. Palliative care and use of animal-assisted therapy. Omega. 2013; 67(1-2):63-67.

39. Crippa A, Feijó ASG. Actividad asistida por animales como una alternativa complementaria para el tratamiento de los pacientes: labús queda por la evidencia científica. Rev. latinoam. bioét. 2014; 14:14-25.

40. Lima M, Sousa L. A influência positiva dos animais de ajuda social. Interações estud. pesqui. psicol. 2004; 4(6):156-174.

41. Costa EC. Animais de estimação: uma abordagem psico-sociológica da concepção dos idosos. [tese]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2006. 195 p.

42. Fournier AK, Geller ES, Fortney EE. Human-animal interaction in a prison setting: Impact on criminal behavior, treatment progress, and social skills. Behav Soc Issues. 2007; 169(1):89-105.

43. Rodrigues IG, Zago MMF. Cuidados Paliativos: Realidade ou utopia? Ciênc. cuid. saúde. 2009; 8(supl):136-141.

44. Murthy RK, Pandrangi V, Weber DJ. Animals in healthcare settings. In: Bearman G, et al. Infection Prevention. NewYork: Springer, Cham; 2018. p. 219-233.

45. Matsumoto DY. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009. p. 14-19.

46. Martín-Ortiz JD, Pérez MJS, Sierra JC. Evaluación de calidad de vida en pacientes con cáncer: una revisión. Rev. colomb. psicol. 2005; 14:34-45.

47. Siegel JM. Stressful life events and use of physician services among the elderly: The moderating role of pet ownership. J. pers. soc. psychol. 1990; 58(6):1081-1086.

48. Varas M. Terapia con mascotas. Medwave. 2010; 10(7):4617.

49. Kumasaka T, Masu H, Kataoka M, et al. Changes in Patient Mood through Animal-Assisted Activities in a Palliative Care Unit. Int Med J. 2012; 19(4):373-377.

50. Nebbe L. Nature Therapy. In: Handbook on Animal Assisted Therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice. San Diego: Academic Press, 2000. p. 385-414.

51. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2011.

52. Kawakami CH, Nakano CK. Relato de experiência: terapia assistida por animais (TAA) – mais um recurso na comunicação entre paciente e enfermeiro. Brazilian Nursing Communication Symposium. 2002; An.8:1-7. [acesso em 2018 ago 4]. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

53. Sudnow D. Dead on arrival. Transaction. 1967; 5:36-43.

54. Pessini L. Viver com dignidade a própria morte: reexame da contribuição da ética teológica no atual debate sobre a distanásia. [tese]. São Paulo: Pontifícia Faculdade de Teologia Nossa Senhora da Assunção; 2001.

55. Helgeson VS, Cohen S. Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational, and intervention research. Health psychol. 1996; 15(2):135-148.

56. Sadler CK. Design Guidelines for Effective Hospice Gardens Using Japanese Garden Principles. [tese]. New York: Faculty of Landscape Architecture, Suny College of Environmental Sciences and Forestry Syracuse; 2007.

57. Ulrich RS. Health benefits of gardens in hospitals. Paper for conference Plants for People, International Exhibition Floriade, 2002 [acesso em 2018 ago 2]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/252307449_Health_Benefits_of_Gardens_in_Hospitals.

58. Phyllis T. Hospice care. Horticulture Sessions help hospice patients. [internet]. Farnham: Fundraising regulator; [s.d.]. [acesso em 2018 ago 4]. Disponível em: http://www.pth.org.uk/horticulture-sessions-at-pthc.

59. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População de animais de estimação no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.

60. Rocha RC. Visita de animal de estimação: proposta de atividade terapêutica assistida por animais a pacientes internados em hospital oncológico. [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2015.

Recebido em 22/01/2019
Aprovado em 10/05/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

O ato de cuidar: vivências e percepções de uma redutora de danos

Act of caring: experiences and perceptions of a harm reducer

Ana Carolina Oliveira Costa[1]

DOI: 10.1590/0103-1104201912224

RESUMO O presente texto expõe a experiência da relação de cuidado que uma redutora de danos estabeleceu em seu cotidiano profissional enquanto fazia parte do Programa de Redução de Danos do Distrito Federal (PRD-DF). Tem como objetivo compartilhar percepções e vivências do ato de cuidar com pessoas que faziam uso de drogas e se encontravam em situação de rua. Para isso, o relato de experiência foi utilizado como método. Muitos dos encontros entre redutora de danos e pessoas que faziam uso de drogas resultaram em um espaço de reciprocidades pautado em interações, diálogos e cuidados, o que levou a uma ressignificação do ato de cuidar como elemento que questiona o modo reducionista e tecnicista de relação com o outro. Buscar um encontro sujeito-sujeito e adotar uma perspectiva de cuidado que envolva o trabalho vivo em ato é um grande desafio quando se está inserido em uma lógica tão individualista dos desejos, afetos e das relações. Essas reflexões fortalecem ainda mais a ideia de construção de um ato de cuidar que seja mais humano e que preze pela multiplicidade dos sujeitos.

PALAVRAS-CHAVE Empatia. Redução do dano. Usuários de drogas.

ABSTRACT *This paper exposes an experience of caring relationship that a harm reducer established in her professional life as a member of the Harm Reduction Program of the Federal District (PRD-DF). It aims to share perceptions and experiences of caring for people who use drugs and were in a homeless situation. For this, the experience report was used as a method. Many of the encounters between the harm reducer and people who used drugs resulted in a space of reciprocity based on interactions, dialogues and care, which led to a resignification of caring as an element that questions the reductionist and technicist mode of relationship with others. Seeking a subject-subject encounter and adopting a care perspective that involves living work in action is a great challenge when one is inserted in such an individualistic logic of desires, affections and relationships. These reflections further strengthen the idea of building an act of caring that is more human and that values the multiplicity of subjects.*

KEYWORDS *Empathy. Harm reduction. Drug users.*

[1] Secretaria de Saúde do Distrito Federal – Brasília (DF), Brasil.
ana.oliveiracosta@hotmail.com

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

Introdução

O cuidar representa uma atitude, antes mesmo de ser revelado como uma ação ou um ato. De forma mais abrangente, inclui em seu conceito o desvelo, a atenção, a responsabilização e o envolvimento com o outro[1]. Holanda[2] coloca que falar de cuidado passa necessariamente pela consideração do outro, pela apreensão dos seus modos de produção de subjetividade, modos de sentir, de vivenciar as necessidades, enfim, pela apreensão de sua diversidade.

Contudo, essas relações inserem-se em aberta contradição com a lógica que compõe o cenário contemporâneo. A desvalorização da alteridade e a clara concepção individualista tornam-se dominantes, e essa relação com o outro pode ser expressa tendo a desumanização como produto. Esse fenômeno se reflete, também, nas relações de cuidado, fazendo com que o ato de cuidar se apresente muitas vezes como uma técnica em que se sobressai o seu valor comercial, uma técnica do tipo 'linha de produção'[3]. Esse modo taylorista de cuidado coloca-se na incumbência da administração de pessoas como se fossem 'coisas' ou recursos despojados de vontade e autonomia[4].

Nesse contexto, em confronto com o processo de desumanização, a proposta da Redução de Danos (RD) pode ser citada como um dispositivo que provoca uma discussão e questiona a lógica mecanicista e biologicista de relação com o outro. Como tal, ela se estrutura na oferta de serviços mais acessíveis, a partir de uma ótica desburocratizada, aberta e flexível. São ações que se configuram na minimização de riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica, provocados de forma direta ou indireta pelo uso e abuso de drogas, sem necessariamente requererem a abstinência do consumo de tais substâncias[5]. Cabe ressaltar que, quando a interrupção do uso de drogas não for desejada ou possível, outros agravos de saúde podem ser evitados[6].

Conte nos traz que as estratégias de RD originaram-se com o Relatório de Rolleston, em 1926, no qual ficava estabelecido que médicos poderiam prescrever opiáceos para adictos dessa substância. Já nos anos 1980, com o advento da epidemia de Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/Aids), outras ações de RD foram desenvolvidas com o objetivo de prevenção à saúde[7]. No Brasil, a RD também se materializa em ações e compõe alguns pontos da política pública de saúde. No entanto, mesmo após seu reconhecimento enquanto princípio e uma forma de cuidado com o outro, é possível perceber obstáculos que lentificam sua consolidação. Como exemplo, pode-se citar a aprovação do Decreto Presidencial nº 9.761, de 11 de abril de 2019, o qual dispõe a abstinência como o princípio norteador do cuidado de pessoas que fazem uso de drogas[8]. Apesar dos esforços governamentais em modificar mais enfaticamente o foco de atuação, a RD ainda se faz presente na política pública. Um dos exemplos é colocado na Portaria nº 3.088, de 2011, na qual a RD aparece como uma das diretrizes para a instauração da Rede de Atenção Psicossocial (Raps)[9]. Ela também compõe a política de prevenção combinada ao HIV/Aids, posicionando-se como uma das fatias da mandala da prevenção combinada e como uma ação transversal[10]. Dessa maneira, observa-se que as ações de RD seguem como uma abordagem que questiona o modelo proibicionista/punitivo e propõe uma nova ética de cuidado.

Nessa perspectiva, o que se percebe é que a RD permite um movimento que coloca os participantes em outra forma de relação com o social e que se posiciona como ponte entre o sujeito e o laço social do qual está apartado[7]. A partir da troca de informações e materiais, os usuários, ao sentirem-se investidos, passaram, também, a trocar afetos, olhares, pedidos, entre outros[7]. A extensão dessas trocas possibilita, muitas vezes, a entrada de um terceiro na relação dual que

o usuário estabelece com as drogas. Nesse ponto, o redutor de danos se faz presente e há um maior cuidado com o sujeito[7].

O ser humano tem necessidade das tecnologias das relações, aquelas que têm produção de comunicação, de acolhimento, produção de vínculos e autonomização, as denominadas por Mehry[11] como 'tecnologias leves' ou tecnologias do cuidado, por assim dizer. Estas têm em si a produção de reciprocidade e de interação, que são indispensáveis ao ato de cuidar. Assim, o processo de interação funda-se no encontro com o outro. Contudo, esse encontro não é aquele calcado na indiferença, mas, sim, em uma relação na qual os sujeitos afetam e são afetados mutuamente, aprendem e trocam experiências.

Tendo por base essa relação de cuidado estabelecida no encontro entre o profissional e o usuário de drogas, o presente trabalho tem como objetivo compartilhar histórias marcantes da autora como redutora de danos.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo que se utilizou do relato de experiência. De acordo com Simon, a sistematização da experiência se faz necessária, pois, a partir dela, há um compartilhamento com outros aprendizados, além da socialização de elementos, crenças e valores de fenômenos inéditos e irrepetíveis[12]. O processo de reconstrução da experiência produz um novo conhecimento, converte a vivência em objeto de interpretação teórica e de estudo e recupera de maneira ordenada os fenômenos.

O relato foi realizado a partir da experiência de dois anos da pesquisadora como redutora de danos no extinto Programa de Redução de Danos do Distrito Federal (PRD-DF) e se dividiu em dois momentos: o primeiro se destinou à descrição das informações referentes aos acontecimentos em campo e aos encontros com os sujeitos; já no segundo momento, houve o entrelaçamento desse conhecimento com as fundamentações teóricas.

Resultados e discussões

Uma experiência, um relato

O PRD foi um serviço que vigorou no DF por dezesseis anos. Ele fazia parte da gerência de DST/Aids e hepatites virais e encontra-se inativo atualmente. Não quer dizer, porém, que não existam ações de RD no DF. Vale dizer que outros grupos continuam a trabalhar prioritariamente com tais ações. Contudo, compete a este estudo a apresentação de registros de vivências que se passaram no período em que trabalhei como redutora de danos nesse mesmo programa. O PRD não possuía um local próprio usado para atender alguém especificamente, nem um consultório com mesas e cadeiras dispostas nos moldes tradicionais. Seu local privilegiado de trabalho era a rua. Sempre ouvi dos outros companheiros de trabalho que um redutor de danos traçava sua construção, primeiramente, em campo, ou seja, no local em que o sujeito que faz uso de droga estivesse presente. Meu percurso não foi diferente. Também entendi o que era RD nos momentos em que saía para o campo. Juntamente com outros redutores, seguia o percurso de algumas regiões previamente mapeadas.

Nos primeiros dias de trabalho, passei por um treinamento. Recebi uma mochila com diversos insumos – materiais utilizados pelos redutores de danos, como folders, piteiras, cachimbos, preservativos (masculinos e femininos), gel lubrificante, *kits*, entre outros – e alguns direcionamentos sobre como estar em campo. Nada mais. Nenhum protocolo, nenhum manual a seguir. As orientações para o trabalho perpassavam princípios da RD, como pragmatismo, tolerância, diversidade, acrescidos do respeito e do cuidado ao outro.

Apesar de todo redutor de danos caminhar com seus materiais de trabalho, eu sentia que o recurso mais importante atravessava o campo do simbolismo. Conseguia identificar a 'presença' como um forte elemento e me identificava, também, enquanto um sujeito-recurso.

Os encontros eram sempre com o desconhecido. Mesmo seguindo um ritual de ida semanal a campo, nos mesmos dias e horários, e, por tantas vezes, aproximando-nos dos mesmos grupos, uma palavra, um gesto e o contexto faziam-se novidades. O meu olhar, aos poucos, era treinado a estar atento ao ambiente, às relações que ali se pautavam, aos códigos locais e, principalmente, ao que o sujeito comunicava sem, muitas vezes, o auxílio das palavras.

Das tantas pessoas encontradas, em pelo menos dois anos de trabalho, observei que a maioria era composta por homens adultos. Muitos estavam sozinhos, tendo como companhia somente os seus carrinhos, onde guardavam suas roupas, documentos e instrumentos de trabalho. Para eles, os carrinhos configuravam um dispositivo importante, cheio de significados, e compunham o cenário de sua existência. As crianças, por sua vez, sempre apareciam rapidamente e pareciam desconfiadas, olhando para o chão, como se estivessem à procura de algo. Eu não conseguia apreender seus olhares, e o contato com elas, muitas vezes, durava não mais que poucos minutos. Os outros atores, compostos também por mulheres e pessoas idosas, trabalhavam como vigias de carro ou lavando o chão desse ou daquele comércio.

O campo, com seus horários definidos, atores diversos e relações, transformava-se ao longo das horas. Pude experimentar sair às sete horas da manhã, em meio aos ventos gelados das primeiras horas do dia, bem como tive a oportunidade de trabalhar nas tardes e noites da cidade. Cada período revelava uma dinâmica própria à qual eu tinha que me adaptar e entender.

Pude presenciar uma série de falas ou pequenos gestos carregados de simbolismo, como, por exemplo, o olhar penetrante de uma idosa de quem me aproximei. Ela tinha seu rosto e corpo cobertos por um pano. Ao ser interpelada, rapidamente tirou o pano de sua face, mas fez questão de esconder um cachimbo. Disse que não queria que eu o avistasse. Então, agachei-me para ver seus olhos e fazê-la entender que, naquele momento, o cachimbo não era o meu foco. Ela olhou-me profundamente e com intensidade, mostrou o cachimbo, contou brevemente sua história, e eu a acolhi. Havia certa vergonha por fazer uso de drogas, admitia ela. Para não olhar para o rosto dos outros, escondia o próprio.

Em outra região, havia um bueiro no qual algumas pessoas passavam a maior parte do dia. Elas dispunham do espaço para uso de substâncias e, muitas vezes, para dormir. Homens com os quais eu interagia, quase que com o rosto dentro do local, conversavam comigo e pediam os insumos.

Houve, também, um dia em que encontrei uma criança tão falante que, com um sorriso no canto da boca, mostrava-me seu paninho e um vidro com álcool, guardados dentro de uma caixinha decorada. Dizia que usava aqueles materiais para limpar o machucado que tinha na perna e que precisava cuidar de seu corpo. Falava e demonstrava, à sua maneira, sobre os saberes aprendidos em sua caminhada, e ia ficando claro que, de alguma maneira, esses saberes conversavam com aqueles pensados pela RD.

Estar perto, pegar a mão, agachar, olhar nos olhos, interagir, trocar experiências, passar informações de saúde, falar sobre assuntos do cotidiano, da rotina dos sujeitos, entre tantos outros elementos, apresentavam-se para mim como modos de cuidado que dialogavam com a realidade daquelas pessoas. Eram modos de cuidado pelos quais se pretendia pensar o sujeito e não somente o uso de substâncias.

O vínculo, o cuidado e o encontro

Por vezes, refleti sobre as relações que os redutores de danos estabeleciam com as pessoas que consumiam drogas. O que representou essa aproximação? O que representou e o que representa ir a locais onde muitos não vão, marcados pela escassez e pela violência (simbólica e concreta)?

Esses são cenários onde as relações também são construídas. São locais em que, ao mesmo tempo que são reveladas as vulnerabilidades de

atenção e as lacunas nas políticas públicas direcionadas a essas populações (que se caracterizam pela presença de pessoas em situação de rua, em uso de drogas, profissionais do sexo, entre outros), também ficam visíveis as formas de resistência e as diversas maneiras de sociabilidade. Presenciei relações de cuidado se firmarem, grupos inteiros que se ajudavam para poderem sobreviver na rua e, ainda, os diálogos que se utilizavam de saberes populares e tradicionais para a resolução de questões de saúde. Deparei-me com pessoas que acolhiam cachorros, com a divisão de marmitas entre comerciantes e pessoas que viviam na rua. Certa vez, um grupo me contou sobre a dinâmica de suas noites na rua. Segundo eles, revezavam-se para dormir, a fim de se protegerem. Por entre os becos e 'mocós', como diziam, muita relação de descuido também acontecia, como as brigas e repressões entre policiais e pessoas que faziam uso de drogas.

Nessa aproximação com os sujeitos, percebia que o redutor de danos oferecia muito mais que um insumo ou um material. Oferecia a possibilidade de um cuidado diferenciado, que dizia respeito ao acolhimento do sofrer e do incômodo do outro, bem como de sua alegria. Configurava-se em um respeito ao modo de a pessoa ser e estar no mundo.

Por vezes, quando chegávamos a campo, alguns sujeitos nos seguiam. Não raro, faziam boa parte do percurso do nosso lado. Ora conversando, ora em silêncio. Percebia que estavam ao nosso lado em busca de algo a mais. Um algo que não era um insumo, mas que se configurava em 'estar-com'.

Vejo a relação com o sujeito marcada pela liberdade. A pessoa era livre inclusive para não aceitar, naquele momento, os cuidados e aproximações oferecidos pelos redutores de danos. A conduta era sempre a de respeitar a distância trazida pelo sujeito, de lembrar que estaríamos ali toda a semana e, por fim, de mencionar a nossa disponibilidade para uma conversa, escuta ou silêncio.

Discutindo com os autores

Uma das características que mais chamaram atenção no cotidiano de trabalho da RD foi o 'mover-se'. Percebia que sempre estava andando pelas ruas e, nisso, observava. Por entre os caminhos, quando me deparava com alguém que fazia uso de drogas, percebia que o fato de ser redutora de danos tornava-se a primeira e, talvez, a principal forma de aproximação, que denominarei 'movimento do cuidado'.

Percebia que meu movimento em direção àquele sujeito resultava na interação com o universo do outro, provocando um espaço de trocas. É a partir desses encontros intersubjetivos que há a existência da possibilidade de que as pessoas sejam afetadas, "sendo coautoras das trajetórias umas das outras"[13].

Segundo Luczinski e Ancona-Lopez[13], a relação com o sujeito

> não se dá a partir de um esquema mental prévio, mas implica em estar disponível para ele assim como se mostra no dado momento, deixando suspensas as preconcepções.

É assim, também, na fenomenologia. Esse campo do saber pensa as coisas do mundo como fenômenos, e, para entendê-los, precisa-se de uma redução fenomenológica, ou seja, da suspensão dos conhecimentos *a priori* para a compreensão genuína daquilo que se está mostrando. O meu trabalho como redutora ilustrou um pouco essa questão. No momento em que se dava o encontro com o sujeito, era preciso deixar os conhecimentos prévios em um outro lugar, para que o encontro com o outro e com o fenômeno ali posto fosse feito a partir de uma posição de não julgamento. O encontro genuíno e o acolhimento aconteciam a partir da disponibilidade de cada redutor em sua relação com o usuário[2,14]. Essa disponibilidade, por sua vez, significa estar aberta a tocar e a 'deixar-se' tocar pela presença da alteridade e, consequentemente, arcar com os efeitos desse impacto e dessa presença[13,15].

Estar no lugar de redutora de danos é vivenciar a presença como recurso. Percebi que, em um aperto de mão, um abraço, uma conversa sobre o cotidiano e, sobretudo, na escuta, oferta-se cuidado. Um cuidado leve, que não possui em si instrumentos rebuscados ou recursos demasiadamente tecnológicos; um cuidado que se esforça em não transformar o outro em um mero objeto e que não coloca seus protagonistas em uma relação verticalizada[16]. Nesse sentido, Bastos e Alberti[17] colocam que a RD é subversiva, pois parte do princípio de que é preciso escutar os sujeitos, pois deles nada se sabe. É dessa escuta e da comunicação que se coloca em prática o almejado pela reforma psiquiátrica. A RD é subversiva, sobretudo porque questiona essa mesma reforma e "a dominação dos corpos pelo discurso moral/biológico"[17(218)].

Anéas e Ayres[18(659)] lembram, ainda, que, "no voltar-se à presença do outro no cuidado [...], deve-se ter claramente quem é este outro". Esse sujeito que aparece para mim é alguém inserido em um contexto, que é dotado de subjetividades e desejos e que carrega consigo memórias e experiências[18]. Dessa maneira, os autores ressaltam que

> deve-se compreender e ter uma escuta deste outro como aquele que construiu e constrói uma história particular de existência, mas que não é separado do mundo que o rodeia em seus significados compartilhados[18(659)].

Pensando nessa singularidade, Ribeiro[6] traz que a RD considera a complexidade do fenômeno, as singularidades culturais e psicológicas dos sujeitos, ponderando todas as variáveis possíveis para o melhor encontro com o outro.

O ato de cuidar também fala de acolhimento e responsabilização, palavras que suscitam em mim a lembrança de uma moça que encontrei certa vez. Em meio a um comportamento agitado e passos rápidos, topou comigo. Perguntei se estava tudo bem e se ela precisava de alguma ajuda, e, antes mesmo de terminar, ela me abraçou, disse que sim e que precisava conversar. Naquele encontro, criou-se um espaço comunicacional no qual "houve a conversão ontológica do homem conjugado na voz impessoal para o homem em primeira pessoa"[18(660)]. Ela falou sobre aquilo que a incomodava e de como isso impactava o seu estado emocional naquele momento. Ela era o foco, não o cachimbo que estava em sua mão.

Nessa perspectiva, naquele diálogo estabelecido com a moça, as palavras que povoaram esse espaço comunicacional constituíram-se como gesto inscrito no mundo e como uma ação. De acordo com Luczinski e Ancona-Lopez[13(79)], é por isso que a "palavra falante que resulta de um encontro verdadeiro atualiza o ser do homem e transforma-o", apontando diversas possibilidades de os sujeitos serem e estarem no mundo. Para isso, Conte enfatiza a importância de uma escuta e uma comunicação que não se resumam ao fenômeno das drogas e de intervenções que não estabeleçam ideais utópicos que desconsiderem a posição do sujeito no mundo e a posição que a droga ocupa na vida dele[7].

No dia a dia como redutora, escutei diversas histórias de vida. Histórias da rua, da dificuldade de se viver nela, do cotidiano sofrido e muitas lembranças. A escuta, dessa maneira, faz-se necessária e se torna recurso valioso. Segundo Heidegger, a escuta traz à luz o 'ser-com', pois sempre se escuta o outro e o mundo em uma reciprocidade. Para o *Dansei*, ela é muito significativa, já que ele nunca ouve somente barulhos. Tais barulhos sempre estarão mergulhados em um contexto com possibilidades significativas e serão interpretados[18].

Deve-se entender que ali existe um ser dotado de subjetividade e desejos e ter a consciência de que qualquer inferência que se faça sobre aquele indivíduo poderá ser incomensurável[14]. É preciso percebê-lo na sua singularidade e na sua alteridade, em uma atitude de contemplação, e não de mera observação[13]. Deve haver concentração exclusiva na experiência a qual se presencia, para que haja

uma apreensão mais profunda dos fenômenos presentes naquela cena de uso. Notei que em uma abordagem sem ideias preconcebidas e formulações *a priori*, o entendimento da realidade se dá de um modo mais sensível. É preciso buscar no fenômeno aquilo que ele fala, pois há sempre uma comunicação.

Falar do cuidado é dar conta da diversidade, e isso passa, necessariamente, pela consideração do outro[2]. No momento em que estive inserida no cenário da rua e me deparava com alguém portando diversos cachimbos de crack (algo que presenciei diversas vezes), e que se dispunha a contar sobre como eles haviam sido construídos, percebia que tinha à minha frente alguém disposto a uma interação, disposto a compartilhar comigo informações que tangem à sua existência. Sobre isso, Ayres *apud* Anéas e Ayres diz que

> o cuidado se dá em um contínuo das relações [...] em todas as oportunidades que se faça possível entender aquilo que o outro traz em relação à sua existência[18(659)].

A RD, dessa maneira, posiciona-se de forma a respeitar a existência do sujeito e a distância estabelecida por ele, para que limites pessoais não sejam ultrapassados nessa relação[7].

Uma das cenas clássicas do trabalho da RD é a do profissional orientando a pessoa que faz uso de drogas sobre como esta poderia fazer um uso mais saudável da substância, o que era, de certa maneira, desconcertante para aqueles que nunca tiveram contato com a RD. Muitos achavam que isso dizia respeito a uma apologia, outros a uma permissividade sem limites. Eu percebia como uma outra ótica do cuidado. Conte[7] enxerga essas ações como um auxílio ao sujeito no posicionamento do cuidado de si e da responsabilização por seus atos no mundo. Para a autora,

> a aproximação dos redutores de danos com esta população vulnerável trabalha as condições de existência que permitirão ao sujeito demandar tratamento ou outras formas de auxílio, ou inclusão social[7(31)].

Sobre isso, Ribeiro[6] ressalta, ainda, que a RD percebe o usuário não como um sujeito fruto de sua tutela, mas, sim, como sujeito de direitos, que tem plena capacidade de protagonizar seu cuidado e se responsabilizar pelas modificações necessárias para a melhoria de sua própria vida.

Muitas vezes, a simples entrega de um material ou de um folheto explicativo iniciava um diálogo, corroborando o apontamento de Rui[19] para a capacidade que esses insumos possuem de incitar uma relação entre os sujeitos presentes na cena.

Quando explicava qual era a serventia daquele tubinho de silicone chamado de piteira, percebia que, em muitos momentos, aquilo rendia conversas, fossem elas sobre o governo, sobre o porquê daquele insumo ou sobre a própria RD. Rui[19] pontua que, por meio de um objeto concreto, há a criação de laços de afinidade, que, para os redutores de danos, são de fundamental importância, já que possibilitam que os usuários de drogas percebam e cuidem de seu próprio corpo. Cabe enfatizar que o acesso a informações diz respeito à ampliação dessas possibilidades de cuidado de si e das escolhas que se relacionem com o cotidiano de cada sujeito.

Entretanto, é necessária uma ponderação no que diz respeito a essa abordagem, para que não haja a reprodução do modelo biomédico, de um pensamento mecânico acerca do sujeito, de "um modelo cartesiano de homem e de mundo"[18].

Buscar um encontro sujeito-sujeito e adotar uma perspectiva de cuidado que envolva o trabalho vivo em ato é um grande desafio quando se está inserido em uma lógica tão individualista dos desejos, dos afetos, das relações. Essas reflexões fortalecem ainda mais a ideia de construção de um ato de cuidar que seja mais humano, genuíno e cotidiano[3].

Considerações finais

Esta construção certamente não tem a pretensão de ser uma obra finalizada, mas de socializar as vivências e os sentidos atribuídos por uma redutora de danos ao ato de cuidar,

além de provocar uma reflexão acerca dessa temática. Nem mais, nem menos.

Nos encontros expostos, a escuta, a troca de saberes, o toque, a expressão de afeto e a conversa marcaram não só a construção de uma relação de cuidado que buscava ser mais autêntica, mas a possibilidade de uma relação pautada pela autonomia do sujeito e pela oferta de cidadania. Um movimento diferente daqueles inspirados na tutela, caridade ou vitimização do sujeito.

A RD assume a base para as intervenções e o olhar da pesquisadora e reforça o compromisso ético-político do contato com o outro. Trata-se de pensar o sujeito em sua integralidade, fazendo valer um dos princípios do Sistema Único de Saúde, e de, sobretudo, perceber que sua existência está para além do uso de drogas.

A proposta aqui foi tão somente a de uma ressignificação do ato de cuidar, apontando a RD como peça fundamental para se entender o complexo fenômeno das drogas e como possibilidade de oferta de um tratamento mais dialógico com as reais necessidades dos sujeitos que fazem uso dessas substâncias.

Colaboradores

Costa ACO (0000-0002-6374-3915)* foi responsável pela concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Boff L. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.
2. Holanda AF. Fenomenologia do "cuidado": reflexões para um olhar sobre o binômio saúde-doença. In: Peixoto AJ, Holanda AF, coordenadores. Fenomenologia do cuidado e do cuidar. Perspectivas multidisciplinares. Curitiba: Juruá; 2011. p. 67-83.
3. Plastino CA. A dimensão constitutiva do cuidar. In: Maia MS, organizador. Por uma ética do cuidado. Rio de Janeiro: Garamond; 2009.
4. Campos GWS. O anti-Taylor: Sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad. Saúde Pública. 1998; 14(4):863-870.
5. Pereira VFS. Um estudo da experiência de implementação do programa de redução de danos ao uso de drogas no Distrito Federal [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.
6. Ribeiro MM. Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas. São Paulo: Saraiva; 2013.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Conte M. Psicanálise e redução de danos: articulações possíveis. Rev. Assoc. Psicanal. Porto Alegre. 2004; (25):23-33.

8. Brasil. Decreto nº 9.771, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional de Drogas. Diário Oficial da União. 11 Abr 2019.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 23 Dez 2011.

10. Araújo ND. Redução de Danos: história, práticas e desafios. In: Surjus LTLS, Silva PC, organizadores. Redução de danos: ampliação de vida e materialização de direitos. São Paulo: Unifesp; 2019.

11. Silva DC, Alvim NAT, Figueiredo PA. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado em enfermagem hospitalar. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2008; 12(2):291-298.

12. Simon AA. Sistematização de processos participativos: o caso de Santa Catarina. Rev. Brás. Agroecologia. 2007; 2(1):540-543.

13. Luczinsk GF, Ancona-Lopez M. A psicologia fenomenológica e a filosofia de Buber: o encontro na clínica. Estud. Psicol. 2010 [acesso em 2019 set 6]; 27(1):75-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2010000100009&script=sci_abstract&tlng=pt.

14. Sodelli MA. Abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica do uso de drogas. Ciênc. Saúde Colet. 2010; 15(3):637-644.

15. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes; 1945.

16. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface comun. saúde educ. 2004; 8(14):73-92.

17. Bastos ADA, Alberti S. Crack! A redução de danos parou, ou foi a pulsão de morte? Psicol. USP. 2018; 29(2):212-225.

18. Anéas TV, Ayres JRCM. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. Interface comun. saúde educ. 2011 [acesso em 2019 set 6]; 15(38):651-662. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414- 28320110003000003&script=sci_abstract&tlng=pt

19. Rui T. "Isso não é um cachimbo": sobre usuários de crack, seus artefatos e suas relações. Áskesis. 2012; 1(1):32-45.

Recebido em 16/02/2019
Aprovado em 24/08/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADA EM MARÇO DE 2019

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periocidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares* detectores de plágio, Plagiarisma e Copyspider. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no *site* http://www.cebes.org.br.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo *site*: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu login e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

3. Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: http://www.icmje.org. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos: a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, na seção de material e métodos, o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada;

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf) elaborado pela editoria do Cebes.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

Informações complementares (devem ser encaminhadas em arquivo separado)

a) Conflito de interesses. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesses. Os conflitos de interesses financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação *"Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho"* será suficiente.

b) Colaboradores. Devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do ICMJE, os autores devem contemplar as seguintes condições: 1) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; 2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e 3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

c) Agradecimentos. (Opcional).

OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível em: http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),
Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN MARCH 2019

SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management, work and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

In case of approval and publication of the work in the journal, the copyrights referred to it will become property of the journal, which adopts the Creative Commons License CC-BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt) and the open access policy, so the texts are available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse and distribute, with due citation of the source and authorship. In such cases, no permission is required from authors or publishers.

No fees are charged from the authors for the submission or publication of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (mandatory) and the translation into English (optional), based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

The journal has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy. Its members are part of the Editorial Committee and/or the database of referees in their specific areas.

Before being sent for peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo plagiarism-detecting softwares Plagiarisma and Copyspider. Thus, it is possible that the authors are questioned about information identified by the tool to guarantee the originality of the manuscripts, referencing all the sources of research used. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, so if its existence is proven, the authors involved will not be able to submit new articles to the journal.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access http://www.cebes.org.br.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted on the website: www.saudeemdebate.org.br. After registering, the author responsible for the submission will create his login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

Types of texts accepted for submission

1. Original article: result of scientific research that may be generalized or replicated. The text should comprise a maximum of 6,000 words.

2. Essay: critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and/or international topical health policies. The text should comprise a maximum of 7,000 words.

3. Systematic or integrative review: critical review of literature on topical theme in health. Systematic review rigorously synthesises research related to an issue. Integrative review provides more comprehensive information on the subject. The text should comprise a maximum of 8,000 words.

4. Opinion article: exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise a maximum of 7,000 words.

5. Case study: description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise a maximum of 5,000 words.

6. Critical review: review of books on subjects of interest to

the field of public health, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise a maximum of 1,200 words. A high resolution cover should be sent through the journal's system.

7. Document and testimony: works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

Important: in all cases, the maximum number of words includes the body of the article and references. It does not include title, abstract, keywords, tables, charts, figures and graphs.

Text preparation and submission

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format, to be attached in the corresponding field of the submission form. It must not contain any information that makes it possible to identify the authors or institutions to which they are linked.

Type in standard size page A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

The text must comprise:

Title: expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

Abstract: in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 200 words, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. It should not be structured, without topics (introduction, methods, results etc.); citations or abbreviations should not be used, except for internationally recognized abbreviations.

Keywords: at the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by period (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at www.decs.bvs.br.

Clinical trial registration: 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO and ICMJE, whose addresses are available at http://www.icmje.org. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

Ethics in research involving human beings: the publication of articles with results of research involving human beings is conditional on compliance with the ethical principles contained in the Declaração de Helsinki, of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 and 2008, of the World Medical Association; besides complying with the specific legislations of the country in which the research was carried out, when existent. Articles with research involving human beings should make it clear, in the material and methods section, the compliance with ethical principles and send a declaration of responsibility in the act of submission.

The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

Introduction: with clear definition of the investigated problem and its rationale;

Material and methods: objectively described in a clear and objective way, allowing the reproductbility of the research. In case it involves human beings, the approval number of the Research Ethics Committee (CEP) must be registered;

Results and discussion: may be presented together or separately;

Conclusions or final considerations: depending on the type of research carried out;

References: only cited authors should be included in the text and follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, of the ICMJE, used for the preparation of references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend consulting the Reference Normalization Manual (http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf) prepared by the Cebes editorial.

NOTES:

The journal does not use underlines and bold as an emphasis. Use single quotes to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages should be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for absolutely necessary ones.

Testimonials of subjects should be presented in italics and in double quotation marks in the body of the text (if less than three

lines). If they have more than three lines, they should be written in italics, without quotes, highlighted in the text, with a 4 cm backspace, simple space and font 11.

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the work (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable (not taken from other files) and, in the case of images (photographs, drawings, etc.), it must be in high resolution with at least 300 DPI.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

Information about authors

The journal accepts a maximum of seven authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The Editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

Complementary information (should be sent in a separate file)

a) Conflict of interest. The works submitted for publication must comprise information on the existence of any type of conflict of interest. Financial conflict of interest, for example, is related not only to the direct research funding, but also to employment link. In case there is no conflict, it will suffice to place on the title page the statement *"I declare that there has been no conflict of interest regarding the conception of this work"*.

b) Contributors. Individual contributions of each author should be specified at the end of the text. According to the authorship criteria developed by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), authorship should be based on the following conditions: a) substantial contribution to the conception and the design of the work, or to the analysis and interpretation of data for the work; b) substantial contribution to drafting the work or critically revising the contents; and c) participation at the final approval of the version to be published.

c) Acknowledgements. (Optional).

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER

1. Declaration of responsibility and assignment of copyright

All the authors and co-authors must fill in and sign the statements following the models available at: http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx.

2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document is-sued by the CEP where the research has been approved must be forwarded. Researches carried out in other countries: attach declaration indicating full compliance with the ethical principles and specific legislations.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER APROVAL OF THE ARTICLE

1. Statement of spelling and grammar proofreading

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

2. Statement of translation

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

Correspondence address

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN MARZO DE 2019

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión y la evaluación de la salud. La revista le otorga importancia a trabajos con abordajes teórico-metodólicos diferentes que representen contribuciones de las variadas ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. Y de acuerdo al criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de sujeción y evaluación de los números regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otra, ni parcial ni integralmente.

En el caso de la aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referidos al mismo se tornarán propiedad de la revista que adopta la Licencia Creative Commons CC-BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt) y la política de acceso abierto, por lo tanto, los textos están disponibles para que cualquier persona los lea, baje, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida citación de la fuente y la autoría. En estos casos, ningún permiso es necesario por parte de los autores o de los editores.

'Saúde em Debate' no cobra tasas a los autores para la evaluación de sus trabajos. Si el artículo es aprobado queda bajo la responsabilidad de estos la revisión (obligatoria) del idioma y su traducción para el inglés (opcional), teniendo como referencia una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

La revista cuenta con un Consejo Editorial que contribuye a la definición de su política editorial. Sus miembros integran el Comité Editorial y/o el banco de árbitros en sus áreas específicas.

Antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por un software detector de plagio, Plagiarisma y Copyspider. Así es posible que los autores sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos y las referencias a todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable y, de esa forma, en caso de que sea comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado de apoyos institucionales e individuales. La colaboración para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud se dará por medio de la asociación de los autores al Cebes. Para asociarse entre al *site* http://www.cebes.org.br.

ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y LA SUJECIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser presentados en el *site*: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable por el envío creará su logín y clave para el acompañamiento del trámite.

Modalidades de textos aceptados para publicación

1. Artículo original: resultado de una investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener un máximo 6.000 palabras.

2. Ensayo: un análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para la coyuntura de las políticas de salud brasileña e internacional. El trabajo debe contener un máximo de 7.000 palabras.

3. Revisión sistemática o integradora: revisiones críticas de la literatura de un tema actual de la salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con una cuestión. La integrativa proporciona una información más amplia sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.

4. Artículo de opinión: exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con un tamaño máximo de 7.000 palabras. En este formato no se exigirán resumen y abstract.

5. Relato de experiencia: descripciones de experiencias académicas, asistenciales o de extensión con hasta 5.000 palabras y que aporten contribuciones significativas para el área.

6. Reseña: reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva de acuerdo al criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar una visión general del contenido de la obra, de sus presupuestos teóricos y del público al que se dirigen, con un tamaño de hasta 1.200 palabras. La portada en alta resolución debe ser enviada por el sistema de la revista.

7. Documento y declaración: a criterio del Comité Editorial, trabajos referentes a temas de interesse histórico o coyuntural.

Importante: en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras-clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

Preparación y sujeción del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés. Debe ser digitalizado en el programa Microsoft®Word o compatible y grabado en formato doc o docx, para ser anexado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o las instituciones a las que se vinculan.

Y digitalizado en hoja patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra Times New Roman tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

El trabajo debe contener:

Título: que exprese clara y sucintamente el contenido del texto en un máximo de 15 palabras. El título se debe escribir en negritas, sólo con iniciales mayúsculas para nombres propios. El texto en español y portugués debe tener el título en el idioma original y en Inglés. El texto en Inglés debe tener el título en Inglés y portugués.

Resumen: en portugués y en Inglés o Español y en Inglés con no más de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones. Debe ser no estructurado, sin emplear tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), citas o siglas, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

Palabras-clave: al final del resumen, debe incluirse de tres a cinco palabras-clave, separadas por punto (sólo la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos: la revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones de los mismos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE y cuyas direcciones están disponibles en: http://www.icmje.org. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

Ética en investigaciones que involucren seres humanos: la publicación de artículos con resultados de investigaciones que involucra a seres humanos está condicionada al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008 de la Asociación Médica Mundial, además de atender a las legislaciones específicas del país en el cual la investigación fue realizada, cuando las haya. Los artículos con investigaciones que involucrar a seres humanos deberán dejar claro en la sección de material y métodos el cumplimiento de los principios éticos y encaminar una declaración de responsabilidad en el proceso de sometimiento.

La revista respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto; sin embargo, el texto debe observar elementos convencionales como:

Introducción: con una definición clara del problema investigado, su justificación y objetivos;

Material y métodos: descritos en forma objetiva y clara, permitiendo la replicación de la investigación. En caso de que ella envuelva seres humanos, se registrará el número de opiniones aprobatorias del Comité de Ética en Pesquisa (CEP);

Resultados y discusión: pueden ser presentados juntos o en ítems separados;

Conclusiones o consideraciones finales: que depende del tipo de investigación realizada;

Referencias: Deben constar sólo los autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes de Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocidos como 'Estilo de Vancouver'). Para mayores aclaraciones, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencias (http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf).

OBSERVACIONES

La revista no utiliza subrayados ni negritas para resaltar partes del texto. Utiliza comillas simples para llamar la atención de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Salud en Debate'. Las palabras en otros idiomas se deben escribir en cursivas, con la excepción de nombres propios.

Se debe evitar el uso de iniciales mayúsculas en el texto, con la excepción de las absolutamente necesarias.

Los testimonios de sujetos deberán ser presentados igualmente en cursivas y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si son menores de tres líneas). Si son mayores de tres líneas, deben escribirse en de la misma manera, sin comillas, desplazadas del texto, con retroceso de 4 cm, espacio simple y fuente 11.

No se debe utilizar notas al pie de página en el texto. Las marcas de notas a pie de página, cuando sean absolutamente indispensables, deberán ser numeradas y secuenciales.

Se debe evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes que componen el texto.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o escala de grises, y sometidos en archivos separados del texto, uno a uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben ser numerados y contener título y fuente). En el texto sólo tiene que identificarse el lugar donde se deben insertar. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser de un máximo de cinco por texto. El archivo debe ser editable (no extraído de otros archivos) y, cuando se trate de imágenes (fotografías, dibujos, etc.), tiene que estar en alta resolución con un mínimo de 300 DPI.

En el caso del uso de fotografías, los sujetos involucrados en estas no pueden ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, para fines de divulgación científica.

Información sobre los autores

La revista acepta, como máximo, siete autores por artículo. La información debe incluirse sólo en el formulario de sometimiento conteniendo: nombre completo, nombre abreviado para citas bibliográficas, instituciones a las que están vinculados con hasta tres jerarquías, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico.

PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo con las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para su adecuación y una nueva evaluación.

Una vez complidas integralmente las normas de la revista, los originales serán valorados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y la relación con la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos arbitros indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su expertisia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método del doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. En caso de que se presenten divergencias de opiniones, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De la misma manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer juicio. Cabe a los evaluadores, como se indicó, recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de una solicitud de corrección, los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en tal plazo, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de la comunicación por *e-mail*.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada igualmente por correo electrónico al autor responsable por la correspondencia de la revisión final y deberá devolverla en el plazo estipulado.

Información complementaria (deben enviarse en un archivo separado)

a) Conflicto de intereses. Los trabajos encaminados para la publicación deben informar si tienen algún tipo de conflicto de inte-rés. Los conflictos de interés financiero, por ejemplo, no están relacionados solo con la financiación directa de la investigación, sino también con el propio vínculo de trabajo. Si no hay conflicto, será suficiente la información *"Declaro que no hubo conflictos de intereses en la concepción de este trabajo"* en la hoja de presentación del artículo.

b) Colaboradores. Deben estar especificadas las contribuciones individuales de cada autor en la elaboración del artículo. Según el criterio de autoría do ICMJE, los autores deben contemplar las siguientes condiciones: 1) contribuir substancialmente en la concepción y la planificación o en el análisis y la interpretación de los datos; 2) contribuir significativamente en la elaboración del borrador o la revisión crítica del contenido; y 3) participar de la aprobación de la versión final del manuscrito.

c) Agradecimentos. (Opcional).

LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEBEN SER DIGITALIZADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA EN EL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores y coautores deben llenar y firmar las declaraciones según el modelo disponible en: http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracion.docx.

2. Dictamen de Aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones que involucren a seres humanos realizadas en Brasil, en los términos de la Resolución 466 del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, debe enviarse el documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de instituciones que no dispongan de un CEP, deberá presentarse el documento del CEP por el cual fue aprobada. Las investigaciones realizadas en otros países, deben anexar la declaración indicando el cumplimiento integral de los principios éticos y de las legislaciones específicas.

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADOS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

1. Declaración de revisión ortográfica y gramatical

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por un profesional cualificado, según una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados podrán ser, a criterio de los autores, traducidos al inglés. En este caso, la traducción debe ser hecha igualmente por un profesional cualificado, siempre de acuerdo a una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

Dirección para correspondencia

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DEMOCRACIA É SAÚDE

ASSOCIE-SE
http://cebes.org.br/associados

Diagramação e editoração eletrônica
Layout and desktop publishing

Rita Loureiro
www.apoioacultura.com.br

Design de Capa
Cover design

Alex I. Peirano Chacon

Normalização, revisão e tradução de texto
Normalization, proofreading and translation

Ana Carvalho e Cristina Antunes - B&C Revisão de Textos LTDA.
(português e inglês/*portuguese and english*)
Ana Karina Fuginelli (inglês/*english*)
Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/*english*)
Carina Munhoz (normalização/*normalization*)
Carla de Paula (português/*portuguese*)
Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa
(português e inglês/*portuguese and english*)
Lucas Augusto A. Figueiredo (normalização/*normalization*)
Luiza Nunes (normalização/*normalization*)
Paula Santos Diniz (inglês/*english*)
Simone Basilio (português/*portuguese*)
Thais Medina Coeli Rochel de Camargo (inglês/*english*)
Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês/*portuguese and english*)

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m²
Miolo em papel couché matte LD 90 g/m²

Cover in ensocoat LD 250 g/m²
Core in couché matte LD 90 g/m²

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br
E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes – n.1 (1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2019.

v. 43. n. 122; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br www.saudeemdebate.org.br