



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 42, NÚMERO 119
RIO DE JANEIRO, OUT-DEZ 2018
ISSN 0103-1104

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2017-2019)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2017-2019)

| | |
|---------------------------------|--|
| Presidente: | Lucia Regina Florentino Souto |
| Vice-Presidente: | Heleno Rodrigues Corrêa Filho |
| Diretor Administrativo: | José Carvalho de Noronha |
| Diretora de Política Editorial: | Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato |
| Diretores Executivos: | Alane Andreilino 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

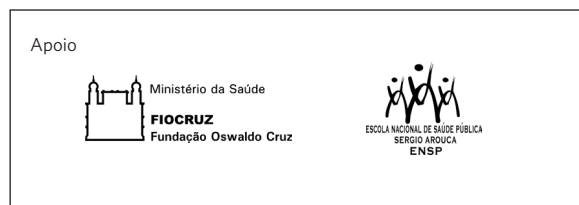
SECRETARIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Cristina Santos

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

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

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



SAÚDE EM DEBATE

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

EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

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

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

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

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

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

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

SECRETARIA EDITORIAL | EDITORIAL SECRETARY

Carina Munhoz de Lima
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)
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)
Scientific Electronic Library Online (SciELO)
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)
Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 42, NÚMERO 119
RIO DE JANEIRO, OUT-DEZ 2018

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

EDITORIAL | EDITORIAL

- 795 **2018: um ano que deixou marcas indelévels na sociedade brasileira**
2018: a year that left indelible marks in Brazilian society
Lucia Regina Florentino Souto

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

- 799 **Identidade profissional e movimentos de emprego de egressos dos cursos de graduação em Saúde Coletiva**
Professional identity and employment movements of graduates of undergraduate courses in Public Health
Vinício Oliveira da Silva, Isabela Cardoso de Matos Pinto, Carmen Fontes de Souza Teixeira

- 809 **The new profile of local managers in the decentralized health system in Brazil**
O novo perfil dos gestores locais no sistema de saúde descentralizado no Brasil
Sonia Fleury, Assis Luiz Mafort Ouverney

- 826 **O financiamento federal da política de saúde bucal no Brasil entre 2003 e 2017**
The federal funding of the oral health policy in Brazil between 2003 and 2017
Thais Regis Aranha Rossi, Sonia Cristina Lima Chaves, Ana Maria Freire de Lima Almeida, Carla Maria Lima Santos, Sisse Figueredo de Santana

- 837 **Ações judiciais e incorporação de medicamentos ao SUS: a atuação da Conitec**
Legal actions and incorporation of medicines into SUS: the performance of Conitec
Kleize Araújo de Oliveira Souza, Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza, Erick Soares Lisboa

- 849 **Planos de Cargos, Carreiras e Salários: perspectivas de profissionais de saúde do Centro-Oeste do Brasil**
Position Plans, Careers and Salaries: perspective of health professionals from the Central-West Brazil
Tatiana de Medeiros Carvalho Mendes, Renata Fonsêca Sousa de Oliveira, Juliana Marques Nogueira Mendonça, Antônio Medeiros Junior, Janete Lima de Castro

- 862 **Histórico de violência entre mulheres que fazem uso de crack no estado de Pernambuco, Brasil**
History of violence among women who use crack in the state of Pernambuco, Brazil
Daianny de Paula Santos, Iracema de Jesus Almeida Alves Jacques, George Tadeu Nunes Diniz, Ana Maria de Brito, Naíde Teodósio Valois Santos

- 876 **Discurso jurídico-moral e saúde nas notícias sobre o programa Crack, é Possível Vencer**
Legal-moral discourse and health in the news on the program Crack, it's Possible to Win
Silier Andrade Cardoso Borges, Maria Ligia Rangel Santos

-
- 886 **A política de saúde bucal em um município baiano: os agentes da burocracia estatal**
The oral health policy in a municipality of Bahia: the agents of state bureaucracy
Adrielle Souza Caldas, Denise Nogueira Cruz, Sandra Garrido de Barros, Thais Regis Aranha Rossi, Sônia Cristina Lima Chaves
- 901 **Avaliação da satisfação de usuários a partir da Carta SUS, no Rio Grande do Norte, Brasil**
Evaluation of user satisfaction from the Carta SUS, in Rio Grande do Norte, Brazil
Danyllo do Nascimento Silva Junior, Bárbara Suellen Fonseca Braga, Camila Dayze Pereira Santos, Raul Elton Araújo Borges, Luiz Roberto Augusto Noro
- 916 **Instrumento para avaliação da assistência quanto à vacinação na perspectiva do usuário**
Instrument for evaluating care regarding vaccination from the perspective of the user
Leila das Graças Siqueira, Cláudia Mendes Campos Versiani, Priscilla Durães de Carvalho, Raquel Conceição Ferreira, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins
- 927 **Criança diabética do tipo 1 e o convívio familiar: repercussões no manejo da doença**
Diabetic child of type 1 and family life: repercussions in the management of the disease
Thais Schmidt Vitali Hermes, Cláudia Silveira Viera, Rosa Maria Rodrigues, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso, Luciana Mara Monti Fonseca
- 940 **A vigilância do território na atenção primária: contribuição do agente comunitário na continuidade do cuidado**
Surveillance of the territory in health in primary care: the contribution of the Community Health Worker in the continuity of care
Lucas Alexandre Pedebos, Dayana Karla Rocha, Yaná Tomasi
- 952 **Fatores associados à prática de atividade física de trabalhadores brasileiros**
Factors associated to the practice of physical activity by Brazilian workers
Ana Marcia Rodrigues da Silva, Sérgio Valverde Marques dos Santos, Carlos Henrique de Freitas Lima, Debora Juliene Pereira Lima, Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi

965 **Informação sobre diabetes nos blogs: aplicabilidade do Modelo de Análise do Discurso Noticioso em Saúde**
Information on diabetes in blogs: applicability of the Analysis Model of Health News Discourse
Jane Mary de Medeiros Guimarães, Maria Ligia Rangel-S, Adroaldo de Jesus Belens, Jéssica Tais Barreto Jorge, Marcele Carneiro Paim

977 **Identificando necessidades e possíveis soluções: com a palavra, pessoas idosas na Atenção Primária à Saúde**
Identifying needs and possible solutions: with the word, elderly people in Primary Health Care
Rafael Rodolfo Tomaz de Lima, Marcelo Viana da Costa, Rosana Lúcia Alves de Vilar, Janete Lima de Castro, Kenio Costa de Lima

ENSAIO | ESSAY

990 **Do dilema preventivista ao dilema promocionista: retomando a contribuição de Sérgio Arouca**
From preventivist dilemma to promotionist dilemma: resuming the contribution of Sérgio Arouca
Rodrigo Prado da Costa, Maria Ceci Misoczky, Paulo Ricardo Zilio Abdala

1002 **As teorias da justiça, de John Rawls e Norman Daniels, aplicadas à saúde**
The theories of justice, of John Rawls and Norman Daniels, applied to health
Denise Gonçalves de Araújo Mello e Paranhos, Edinalda Araújo Matias, Natan Monsores, Volnei Garrafa

REVISÃO | REVIEW

1012 **Função matriciadora dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura**
Matrix role of the Primary Care Extended Centers: an integrative review of the literature
André Lucas Maffissoni, Kátia Jamile da Silva, Carine Vendruscolo, Letícia de Lima Trindade, Fernanda Karla Metelski

AGRADECIMENTOS | ACKNOWLEDGEMENT

1024 **Pareceristas que atuaram em 2018**

2018: um ano que deixou marcas indeléveis na sociedade brasileira

Lucia Regina Florentino Souto¹

DOI: 10.1590/0103-1104201811900

EM 2018, AO MESMO TEMPO QUE COMEMORAMOS OS 30 ANOS da Constituição Cidadã e do Sistema Único de Saúde (SUS), vivemos momentos de profunda insegurança e das consequências da ruptura do pacto nacional estabelecido com o fim da ditadura militar, que permitiu avanços significativos no campo dos direitos sociais.

A partir de 2016, com o golpe parlamentar-judiciário-midiático, instituiu-se uma agenda de retrocessos, a exemplo da EC-95 (Emenda do teto dos gastos), das contrarreformas trabalhista, da previdência, culturais que tentam barrar conquistas históricas étnico-raciais e de gênero, com o velho discurso de que os direitos sociais não cabem no orçamento.

Já se fazem sentir as consequências dessa agenda: o retorno do Brasil ao mapa da fome, o aumento da desigualdade, a volta do sarampo, a reversão da queda da taxa de mortalidade infantil e o deslocamento dos planos de saúde na direção do SUS em função da precarização do trabalho e do desemprego.

Além disso, a inadmissível epidemia de violência, um verdadeiro genocídio, com mais de 160 mil homicídios entre 2015 e 2017, a maioria de jovens negros. A violência contra as mulheres, contra a população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros), a execução de defensores e defensoras de direitos humanos, o veneno na nossa alimentação. O extermínio de nossa população é a expressão mais radical de nossas desigualdades.

O Brasil vive uma disputa civilizatória de repercussões globais por seu papel estratégico na geopolítica internacional. O ataque do capitalismo financeiro, associado a uma elite oligárquica, escravocrata, tem dimensões globais e se manifesta em três dimensões estratégicas: a afronta à soberania nacional, aos direitos sociais e à democracia.

Oito bilionários possuem tanta riqueza quanto 3,6 bilhões de pessoas no planeta. 1% mais rico possui mais riqueza que os outros 99%¹. O enfrentamento das desigualdades ancestrais é nossa agenda estratégica pelos seus efeitos devastadores. A desigualdade deve ser combatida não apenas em função dos aspectos sociais, culturais e éticos envolvidos, mas também pelo fato de que ela produz resultados desagregadores para a economia, para a democracia e para o meio ambiente.

Em momentos como este, devemos buscar os exemplos da nossa história. O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) é, certamente, uma experiência exemplar de construção democrática/participativa, de direitos sociais e criação de um campo de conhecimento – a saúde coletiva – que explicitou a determinação social do processo saúde/doença. A VIII Conferência Nacional de Saúde, com mais de 5 mil delegados, significou uma verdadeira constituinte popular de saúde, com mais de 140 grupos de trabalho e uma plenária final que durou

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
luciafsouto@yahoo.com.br



mais de 24 horas, com um verdadeiro espírito de felicidade pública. O direito à saúde, como consta na nossa Constituição, remonta a este espírito de construção coletiva, que precisamos reencarnar, o Espírito de 1988.

Para resistirmos e avançarmos, é preciso que, inspirados pelo espírito de 1988, intensifiquemos nossa organização das bases às frentes de mobilização (Brasil Popular e Povo Sem Medo), além de outros movimentos de defesa da cidadania e dos direitos.

Com o propósito de enfrentarmos esse momento, em que está em jogo que País queremos, devemos ir ao encontro do povo brasileiro que, diante de sua responsabilidade histórica, saberá, como em outros momentos, afirmar sua presença ativa em defesa de um País soberano com direitos sociais de cidadania e democracia.

A efetivação dos direitos sociais da constituição, a saúde em particular, é a materialização de um projeto que enfrenta o pacto antipopular dos menos de 1% de endinheirados. Precisamos derrotar as ancestrais desigualdades e organizar a defesa intransigente dos direitos sociais de cidadania e o direito universal à saúde. Rossi e Dweck² mostram que os gastos sociais reduzem o Índice de Gini de concentração de renda.

Não há saídas individuais, e isso fortalece a base social de um sistema público e universal de saúde. O SUS é um patrimônio do povo brasileiro e deve ser tratado como tal. Um sistema que tem uma capilaridade na sociedade, que faz com que todos, pobres ou ricos, valham-se dele, mesmo sem perceber. É preciso ser intransigente na defesa do SUS constitucional, da democracia e da soberania.

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) reafirma seu compromisso com a defesa da Constituição de 1988 e com a realização da XVI Conferência Nacional de Saúde, que tem como lema Democracia é Saúde

Um ano de luta, solidariedade e unidade.

Ninguém solta a mão de ninguém!

Referências

1. Oxford Brasil. Terrenos da desigualdade: terra, agricultura e desigualdade no Brasil rural. [acesso em 2018 dez 17]. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/publicacoes/terrenos-da-desigualdade-terra-agricultura-e-desigualdade-no-brasil-rural>.
2. Dweck E, Rossi P. Política fiscal para o desenvolvimento inclusivo. São Paulo: Instituto Lula; 2018. [acesso em 2018 dez 17]. Disponível em: <https://medium.com/politicas-publicas/pol%C3%ADtica-fiscal-para-o-desenvolvimento-inclusivo-efaa-05f007c3>.

2018: a year that left indelible marks in Brazilian society

Lucia Regina Florentino Souto¹

DOI: 10.1590/0103-1104201811900

IN 2018, AT THE SAME TIME AS WE CELEBRATED THE 30 YEARS of the Citizen Constitution and of the Unified Health System (SUS), we experienced moments of profound insecurity and the consequences of the rupture of the national pact established with the end of the military dictatorship, which allowed significant advances in field of social rights.

From 2016 on, with the parliamentary-judicial-mediatic coup, an agenda of setbacks was instituted, such as the EC-95 (Amendment of the expenditure ceiling), the labor, social security, and cultural counter-reforms, that try to bar racial-ethnic and gender historical achievements, with the old discourse that social rights do not fit into the budget.

The consequences of that agenda are already being felt: the return of Brazil to the hunger map, the increase of inequality, the return of measles, the reversal of the fall in the infant mortality rate, and the displacement of health insurances towards the SUS in function the precariousness of work and unemployment.

Moreover, the unacceptable epidemic of violence, a true genocide, with more than 160 thousand homicides between 2015 and 2017, mostly young black people. Violence against women, against the LGBT population (Lesbian, Gay, Bisexual, Transvestite, Transsexual or Transgender), the execution of human rights defenders, the poison in our diet. The extermination of our population is the most radical expression of our inequalities.

Brazil is experiencing a civilizational dispute with global repercussions for its strategic role in international geopolitics. The onslaught of financial capitalism, associated with an oligarchic, enslaver elite, has global dimensions and manifests itself in three strategic dimensions: the affront to national sovereignty, to social rights, and to democracy.

Eight billionaires have as much wealth as 3.6 billion people on the planet. The richest 1% has more wealth than the other 99%¹. Coping with ancestral inequalities is our strategic agenda for its devastating effects. Inequality must be tackled not only in terms of the social, cultural, and ethical aspects involved, but also because it produces disruptive results for the economy, for democracy, and for the environment.

In times like this, we must look for examples from our history. The Brazilian Sanitary Reform Movement (MRSB) is certainly an exemplary experience of democratic/participatory construction, of social rights and creation of a field of knowledge – collective health – that explained the social determination of the health/disease process. The VIII National Health Conference, with more than 5 thousand delegates, meant a truly popular health constituent, with more than 140 work groups and a final plenary session that lasted more than 24 hours, with a true spirit of public happiness. The right to health, as stated in our Constitution, takes back to that spirit of collective construction, which we need to reincarnate, the Spirit of 1988.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
luciafsouto@yahoo.com.br



In order to resist and advance, we must, inspired by the spirit of 1988, intensify our organization from the bases to the mobilization fronts (Popular Brazil and People without Fear), as well as other movements for the defense of citizenship and rights.

for the purpose of face this moment, in which the Country we want is at stake, we must meet the Brazilian people who, in the face of their historical responsibility, will know how, at other times, to affirm their active presence in defense of a sovereign Country with social rights of citizenship and democracy.

The accomplishment of the social rights of the constitution, health in particular, is the materialization of a project that faces the antipopular pact of the less than 1% of well-offs. We must defeat the ancestral inequalities and organize the intransigent defense of the social rights of citizenship and the universal right to health. Rossi and Dweck² show that social spending reduces the Gini Index of income concentration.

There is no individual way out, and that strengthens the social basis of a public and universal health system. The SUS is a patrimony of the Brazilian people and should be treated as such. A system that has a capillarity in society, which makes everyone, rich or poor, use it, even without realizing it. It is necessary to be intransigent in the defense of the constitutional SUS, of democracy and of sovereignty.

The Brazilian Center for Health Studies (Cebes) reaffirms its commitment to the defense of the 1988 Constitution and to the accomplishment of the XVI National Health Conference, which has the motto Democracy and Health

A year of struggle, solidarity and unity.

No one lets go of anyone's hand!

References

1. Oxford Brasil. Terrenos da desigualdade: terra, agricultura e desigualdade no Brasil rural. [acesso em 2018 dez 17]. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/publicacoes/terrenos-da-desigualdade-terra-agricultura-e-desigualdade-no-brasil-rural>.
2. Dweck E, Rossi P. Política fiscal para o desenvolvimento inclusivo. São Paulo: Instituto Lula; 2018. [acesso em 2018 dez 17]. Disponível em: <https://medium.com/politicas-publicas/pol%C3%ADtica-fiscal-para-o-desenvolvimento-inclusivo-efaa-05f007c3>.

Identidade profissional e movimentos de emprego de egressos dos cursos de graduação em Saúde Coletiva

Professional identity and employment movements of graduates of undergraduate courses in Public Health

Vinício Oliveira da Silva¹, Isabela Cardoso de Matos Pinto², Carmen Fontes de Souza Teixeira³

DOI: 10.1590/0103-1104201811901

RESUMO Este estudo teve como objetivo analisar a construção da identidade profissional dos estudantes e egressos dos cursos de graduação em Saúde Pública/Coletiva no Brasil. Adotou-se o referencial teórico-metodológico proposto por Claude Dubar, tratando-se, a partir da realização de um grupo focal com estudantes e egressos desses cursos, de identificar as formas de inserção no mercado de trabalho em saúde e os movimentos de emprego realizados por esses sujeitos. Os resultados encontrados apontam para os desafios na inserção desse novo profissional no mercado de trabalho do setor, indicando a necessidade de ações que favoreçam o acesso dos egressos ao emprego, de modo que avancem no processo de profissionalização e no delineamento de sua identidade específica.

PALAVRAS-CHAVE Saúde pública. Recursos humanos em saúde. Capacitação profissional. Emprego. Mercado de trabalho.

ABSTRACT *The purpose of this study was to analyze the construction of the professional identity of students and graduates of undergraduate courses in Public/Collective Health in Brazil. The theoretical-methodological framework proposed by Claude Dubar was adopted, aiming, from the performance of a focal group with students and graduates of these courses, to identify the forms of insertion in the health work market and the employment movements carried out by these subjects. The results found point to the challenges in the insertion of this new professional in the labor market of the sector, indicating the need for actions that favor the access of the graduates to the job, so that they advance in the process of professionalization and the delineation of their specific identity.*

KEYWORDS *Public health. Health manpower. Professional training. Employment. Job market.*

¹Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Matinhos (PR), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4149-1777>
viniciooliveira@ufpr.br

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1636-2909>
isabelacmp@gmail.com

³Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8080-9146>
carmen@ufba.br



Introdução

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS)¹ têm contemplado a realização de múltiplos esforços em torno da reconfiguração das práticas de saúde, tanto no âmbito da gestão do sistema, em seus diversos níveis organizacionais², quanto, principalmente, no âmbito das práticas de saúde propriamente ditas, sejam de promoção, vigilância, assistência e reabilitação³.

Nesse cenário, tornou-se necessária a redefinição dos processos de formação e qualificação profissional, o que tem gerado diversas iniciativas, a exemplo da elaboração das Novas Diretrizes Curriculares⁴ para os cursos de graduação em Saúde, a reorientação do perfil profissional dos egressos, através de cursos de residências e especializações voltadas para as equipes que atuam na atenção básica, além das ações específicas de educação permanente^{5,6} realizadas pelas instituições empregadoras.

Especificamente na área de saúde pública/coletiva, ocorreu a criação de 22 cursos de graduação⁷⁻⁹ em instituições universitárias de várias regiões do País, impulsionada pela implantação, a partir de 2008, do Programa de Apoio a Planos de Expansão das Universidades Federais (Reuni)¹⁰, sendo que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os referidos cursos foram aprovadas somente no ano de 2017⁴.

Considerando que já se conta com egressos desses cursos desde 2011, formados sem amparo das DCN, a possível diversidade de perfis tem estimulado o debate sobre a construção da identidade desse profissional em diversos espaços, problematizando-se a multiplicidade de aspectos que conferem legitimidade à sua atuação no mercado de trabalho e implicam o reconhecimento da profissão^{11,12} como sanitaria.

Nesse particular, cabe destacar, no que se refere à identidade da saúde coletiva¹, que nem sempre há preocupação de distingui-la da saúde pública, aspecto evidenciado pelas denominações dos cursos de graduação, quais sejam:

Graduação em Saúde Coletiva; Graduação em Saúde Pública; Gestão em Saúde Coletiva Indígena; Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde; Gestão em Saúde Coletiva; Gestão em Saúde Ambiental, Gestão de Serviços de Saúde; Administração de Serviços e Sistemas de Saúde; Gestão em Saúde¹²⁻¹⁴.

A identidade do profissional formado, entretanto, não decorre simplesmente do nome do curso, e, sim, de um conjunto de fatores entrelaçados ao processo de formação, que é orientado por Projetos Políticos Pedagógicos que podem conduzir ou não para a construção de um perfil profissional que confira uma identidade específica¹⁵. Além disso, essa identidade não se define exclusivamente no processo de formação, senão que se constitui pela interseção de três campos: o mundo vivido do trabalho; a trajetória socioprofissional e os movimentos de emprego, isto é, dos lugares ocupados pelo egresso no mercado de trabalho e das práticas profissionais realizadas^{15,16}.

Nessa perspectiva, cabe investigar a trajetória dos egressos dos cursos de graduação em Saúde Pública/Saúde Coletiva, de modo a analisar como vem se constituindo sua identidade profissional. Poucos estudos têm sido feitos sobre essa temática, entre os quais, incluem-se os de Silva e Pinto^{12,17} e Silva¹¹ – respectivamente, um artigo sobre ‘Construção da Identidade dos atores da Saúde Coletiva no Brasil: uma revisão da literatura’; um capítulo de livro sobre ‘O sanitaria como trabalhador da saúde no Brasil: uma identidade em transformação’; uma dissertação de mestrado intitulada ‘Identidade do Sanitaria no Brasil: um estudo sobre as concepções das lideranças estudantis dos cursos de graduação em Saúde Pública/Coletiva’.

No que se refere à produção científica sobre a relação do graduado em Saúde Coletiva com os movimentos de emprego e mercado de trabalho, Cezar et al.¹⁸ fizeram uma análise sobre a inclusão desse profissional nos editais para concursos públicos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Anjos¹⁹ estudou as expectativas dos estudantes da primeira turma do curso de graduação em Saúde Coletiva da

Universidade Federal da Bahia (UFBA) para a inserção no mundo do trabalho. Lorena¹⁴ fez um levantamento nacional sobre onde estão atuando os egressos. E o estudo de Viana²⁰ teve como objetivo analisar como ocorrem a inserção e a atuação profissionais dos egressos do Curso da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Em outros trabalhos sobre a graduação em Saúde Coletiva^{8,21-32}, identifica-se a lacuna existente com relação ao objeto do presente estudo. Desse modo, este estudo tem por objetivo analisar a construção da identidade do sanitarista a partir dos movimentos de emprego e mercado de trabalho de estudantes e egressos dos cursos de graduação em Saúde Pública/Coletiva no Brasil.

Tomou-se como referência a teoria da construção das identidades sociais e profissionais de Claude Dubar¹⁵, segundo a qual esse processo resulta da articulação entre o mundo vivido do ‘trabalho’, a ‘trajetória’ socioprofissional, principalmente os movimentos de ‘emprego’, e a relação dos profissionais com a ‘formação’, em especial, a maneira como aprenderam o trabalho que realizam ou realizarão. Este artigo trata, especificamente, da percepção dos estudantes sobre uma das três categorias implicadas com a construção das identidades, qual seja: os movimentos de emprego e a inserção dos egressos no mercado de trabalho em saúde.

Metodologia

Foi realizado um estudo exploratório, de natureza qualitativa, com estudantes e egressos dos cursos de graduação em Saúde Coletiva ou similares, ou seja, aqueles que possuem nomenclaturas distintas da ‘saúde coletiva’, mas que tenham como justificativa a formação de sanitaristas.

A produção dos dados envolveu a realização de grupo focal que aconteceu no âmbito da ‘VII Reunião do Fórum Nacional de Graduação em Saúde Coletiva’, realizada em 06 e 07 de setembro de 2014, em Vitória (ES), com a

participação de 16 sujeitos que compõem/compuseram a representação estudantil dos seus respectivos cursos de origem. O grupo focal foi dividido em dois momentos: o primeiro contemplou três blocos com questões acerca das motivações para inserção na graduação em Saúde Pública/Coletiva e sobre suas experiências e trajetória no curso; Compreensões sobre a formação do sanitarista; e Debate, enquanto liderança, sobre a formação do sanitarista. O segundo contemplou mais três blocos com questões acerca das Concepções sobre Saúde Pública e Saúde Coletiva; Percepções sobre os movimentos de emprego, mercado de trabalho; e Possibilidades de profissionalização.

Os discursos e as interações ocorridos nos dois momentos do grupo focal foram gravados e posteriormente transcritos. As informações foram sistematizadas em planilha no Excel[®]. Após a análise e a sistematização das informações, emergiram três categorias: 1 – A Inserção no Curso/Motivações; 2 – A Formação em Saúde Pública/Coletiva; 3 – Movimentos de Emprego, Mercado de Trabalho e Possibilidades de Profissionalização. A análise de conteúdo tomou como referência as orientações teórico-metodológicas de Dubar^{15,33}, que, amparado na teoria sobre construção de identidades profissionais, propõe como ponto de partida os relatos do próprio percurso dos indivíduos. Esse modelo empírico no tratamento da identidade é denominado ‘Trajetórias subjetivas, lógicas de mobilidade e formas identitárias’. A hipótese central é a de que, quando o ator, em uma situação focalizada em si, coloca seu percurso em palavras, permite a construção linguística de uma ordem categorial do discurso biográfico e lhe confere significado social.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, com Certificado (CAAE) n° 30817814.8.0000.5030 e parecer n° 033.731/2014, sendo observadas as recomendações e normas da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (Conep) – Resolução CNS n° 466/12 –, a respeito de pesquisas que envolvem seres

humanos, e da Resolução nº 510/2016, que regulamenta as pesquisas em ciências humanas e sociais quanto a seus aspectos éticos.

Resultados e discussão

A inserção no mercado de trabalho após a conclusão de um curso universitário é um aspecto crucial na construção das identidades profissionais, assumindo significados variados conforme a origem social dos sujeitos e suas expectativas com relação ao futuro. Quando questionados sobre as possibilidades de emprego e a inserção no mercado de trabalho, a maioria dos estudantes e egressos se mostrou otimista e apontou que suas expectativas têm sido superadas. Consideram que o mercado de trabalho vem acolhendo até mesmo aqueles concluintes que não se destacavam de forma ‘brilhante’ em sua trajetória no curso, os quais estão empregados no âmbito do SUS e apontam, inclusive, a oportunidade de trabalho derivada da criação de residências específicas na área de saúde pública/coletiva.

[...] é muito melhor do que eu imaginava. Eu esperava menos inserção e estou vendo mais inserção. [...] os alunos que não se expressavam através de notas e através de participação no movimento estudantil estão lá trabalhando. Eu estou vendo colegas de turma que eu nunca imaginei que fossem ter uma inserção tão imediata [...] pelo menos duas colegas que foram pra pesquisa e rapidamente saíram porque rolou proposta de emprego [...]. (P6).

[...] nós temos trinta graduados [...], quase que a totalidade alocada, já trabalhando na sua área específica [...]. A gente tem perspectivas bem bacanas, essa questão do concurso, a questão de residências específicas em Saúde Coletiva, que nós não tínhamos, hoje já temos [...]. (P14).

Apesar disso, um menor número revelou insegurança, notadamente com relação à

situação no estado ou município de seu domicílio, que vem apresentando dificuldades de inserção dos egressos no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde (SES) por resistências de ordem corporativa à sua inclusão na carreira de sanitarista.

[...] a nível nacional, eu consigo ver que a gente avançou muito mais do que eu esperava, a gente conseguiu residências, concursos. [...] Eu particularmente estou um pouco, no momento, decepcionada, mas com a minha realidade, com o meu estado [...]. (P16).

[...] eu tenho muito medo, de fato, com essa questão [...] da inserção no mercado. [...] Se eu vejo esse grande avanço a nível nacional, a gente está conseguindo cada vez mais coisas, mas realmente a nível estadual a minha percepção é muito fraca. (P5).

Essas percepções, de certa forma, corroboram os achados do estudo de Lorena et al.¹⁴, segundo o qual apenas 42,4% dos egressos dos cursos de SP/SC estão atuando nessa área, sendo que 57,6% ou estão se dedicando à pós-graduação ou estão empregados em outra área, seja por manter o emprego anterior à graduação, seja por encontrar oportunidade mais vantajosa em outra área. Apesar disso, os estudantes e egressos apontam que a articulação das universidades, dos professores e estudantes com os serviços de saúde, desde a sua inserção nas atividades práticas e nos estágios, facilita sua eventual inserção no mercado.

[...] o curso [...] é um curso que tem baixíssima interlocução com os serviços, a gente não tem estágio, os professores, historicamente, são pesquisadores que tem pouca relação com os serviços, e isso reflete no perfil do estudante e no perfil do egresso [...]. Isso é claramente diferente de alguns outros cursos, [...] que os professores são completamente implicados com os serviços, a ponto de a gente ver que, de todos os formados na primeira turma, só um estava fazendo pesquisa, e o resto estava nos serviços. (P6).

Quando surgiu a questão do concurso para a secretaria do estado, todo mundo já conhecia essa figura do sanitarista. Por quê? Porque a gente já tinha estágios lá e foram muito bem vistos esses estágios lá dentro. [...] Quando saiu o edital, os alunos recorreram, mas aí professores assumiram essa articulação e foram atrás, porque os alunos, por mais que tivessem se dado conta da questão, não teriam liderança política para reverter essa situação. (P14).

Chama atenção, portanto, a necessidade de maior articulação dos professores com os serviços de saúde, por contribuir para o conhecimento, por parte dos gestores e técnicos das instituições de saúde, das possibilidades de inserção dos egressos dos cursos em diversas áreas que demandem competência em epidemiologia, gestão de sistemas e serviços, gestão do trabalho, educação para a saúde e outras, contempladas durante o processo de formação.

Além disso, as características do centro formador e a direcionalidade da formação têm influenciado a trajetória inicial do egresso, aproximando-o mais da pesquisa e da área acadêmica em alguns estados, e, em outros, influenciando a inserção nos serviços, por conta da vinculação dos docentes à rede de serviços de saúde. Essa questão foi colocada como um nó crítico no que diz respeito às influências que os estudantes podem receber dos seus professores com relação às suas possibilidades de atuação.

Diante das dificuldades encontradas pelos egressos para se inserir no mercado de trabalho, constata-se uma tendência de serem conduzidos para a área acadêmica, como espaço de trabalho e atuação profissional, em virtude deste segmento ser visto como uma alternativa de mais fácil inserção, em detrimento dos serviços de saúde, enquanto prioridade e justificativa para a abertura dos cursos de formação desse novo profissional.

Então qual é a perspectiva que eu tenho de mercado de trabalho? Eu sou otimista, [...], mas a possibilidade de 50% ou mais da gente, de todos nós, é ir para academia. [...] é onde eu estou inserido e acho que

eu posso conseguir. Aí entra a frustração, né? Mas o que eu posso fazer agora é isso, tem a academia como uma medida paliativa [...]. (P10).

[...] a gente tem que tomar muito cuidado. Que bom que as pessoas queiram ir para academia [...]. Se as pessoas querem ir para academia, ótimo, vá, agora ir pra academia como única alternativa de ter uma bolsa, uma renda, aí espera lá, aí a gente está fazendo tudo errado, para tudo que eu quero descer [...]. (P6).

Esses achados coadunam com os resultados da pesquisa de Lorena et al.¹⁴, os quais apontam que 61,1% dos egressos estão na pós-graduação, dos quais, 67% estão fazendo curso lato sensu, como especialização e residência, e 33% estão matriculados em cursos de mestrado e doutorado.

Outro fator considerado pelos estudantes e egressos foi a necessidade de se fazerem conhecidos e respeitados no mercado de trabalho, esclarecendo o valor do sanitarista, sua história e possibilidades de atuação, visando a alcançar o reconhecimento social do curso e desse trabalhador enquanto elemento fundamental à futura inserção. Nessa perspectiva, embora ainda colocadas como incipientes e pontuais, algumas atividades de divulgação vêm sendo desenvolvidas pelos estudantes, com o intuito de ganharem visibilidade.

[...] a gente também precisa se fazer conhecido, porque lá, as meninas que estão fazendo a residência falam que dentro da residência o pessoal não conhece a graduação em Saúde Coletiva [...], mas a gente precisa mostrar o que a gente faz, [...], onde é que a gente vai se inserir no mercado de trabalho [...]. A gente sabe o que é que o enfermeiro faz, mas [...] não tá claro para sociedade onde é que a gente vai trabalhar [...]. (P16).

Tal resultado corrobora os achados da pesquisa de Belisário et al.²³, a qual aponta que a participação dos discentes desses cursos no Brasil tem ocorrido de forma ativa, mobilizada e com organização política, contemplando representação em diferentes instâncias na

busca de atividades extracurriculares, inserção em projetos de pesquisa e participação em eventos. Tal movimento tem acontecido na perspectiva de conquista de espaço e legitimação institucional e social.

Embora sejam otimistas com relação às possibilidades de inserção, as dificuldades apontadas incluem as relações conflitantes com os sanitaristas formados na modalidade de pós-graduação já atuantes nos serviços, ao demonstrarem certa resistência à inserção dos sanitaristas graduados, constituindo-se como forças opostas à inserção deste novo profissional.

[...] hoje, o maior enfrentamento que nós temos pra nossa inserção profissional são os próprios sanitaristas [...] eu acho que essa é uma questão a se pensar, [...] (o esforço de manter) uma reserva de mercado corporativista. Tudo vai se resumir a se eu vou ganhar o mesmo salário que o sanitarista pós-graduado vai ganhar, e eu acho que é essa coisa que a gente precisa superar [...] (P15).

Essa questão vem se destacando com intensos debates nos meios acadêmicos⁷, nos serviços de saúde e nas instâncias colegiadas dos gestores do SUS, gerando um conjunto de argumentações em defesa e em oposição ao ingresso desses novos trabalhadores nas carreiras do SUS. Em alguns estados, cabe registrar que parte dos sanitaristas oriundos da pós-graduação, atuantes nas secretarias de saúde, compõe um movimento de resistência à inserção do bacharel em Saúde Coletiva.

Apesar de existir um movimento político direcionado à constituição de uma profissão e de uma carreira no âmbito do SUS com a inserção dos novos sanitaristas graduados, a insegurança com o tipo de vínculo empregatício e a adequação da remuneração, em alguns casos, torna-se contraditória, na medida em que incorpora esses profissionais estabelecendo relações precárias de trabalho, de modo a dificultar sua permanência no emprego. As mudanças na gestão das instituições, em função de alterações na composição político-partidária dos governos

nacional, estaduais e municipais, também foram destacadas como agravantes dessa situação.

Em Brasília, existem, junto com o Ministério da Saúde, algumas Organizações Sociais (OS) que contratam, mas é aquilo, é um salário que é uma bolsa, [...] não dá estabilidade, [...]. Então, a questão é precária mesmo [...], e a gente tem que lutar para resolver isso, tem que se organizar, tem que se articular enquanto egresso, e não está tendo esse movimento também de egresso [...]. (P10).

Eu acho que a inserção é boa. A responsabilidade dela não ser melhor é nossa, e, agora, se a gente está fazendo as atividades exatamente, se a gente está recebendo o que a gente devia, se o vínculo é bom ou não, se a gente está conseguindo concurso ou não pra criar uma estabilidade, uma carreira de estado, são outros quinhentos. (P6).

No que diz respeito às condições de trabalho, Lorena et al.¹⁴ apontam que a maioria dos egressos que estão trabalhando na área encontra-se em condições precárias, a exemplo de cargos comissionados, contratos de experiência e por tempo determinado ou prestação de serviços, mas há também uma minoria que está assegurada pela legislação trabalhista, de profissionais contratados como servidores estatutários e/ou celetistas com carteira assinada.

Diante dos esforços feitos nos movimentos de emprego, as questões políticas e burocráticas se apresentam como grande desafio para a inserção dos egressos, como as dificuldades de inclusão nos editais. Somam-se a isso a multiplicidade de pré-requisitos sobre o perfil do candidato exigido pelos editais e, por outro lado, a falta de conhecimento e clareza sobre as possibilidades de atuação do sanitarista egresso da graduação. Em alguns casos, é reconhecida a necessidade dos profissionais com determinado perfil, mas permanece a valorização da formação específica e do profissional médico. Aponta-se como estratégia a necessidade de monitorar editais restritivos, de forma a buscar a inserção dos egressos nesses editais.

[...] o concurso do Ministério da Saúde em Brasília, lançaram um edital de sanitarista, só que quais eram os pré-requisitos? Medicina [...]. A gente entrou com um movimento tentando a retificação do edital, [...] mandamos carta pra o secretário de saúde. Qual foi a reação do secretário? Não, a gente vai ver a possibilidade, não sei o que, não deu retorno nenhum [...]. Então, assim, é esse balde de água fria na gente. (P10).

Eu vou dar um exemplo também do Rio de Janeiro, de experiência que a gente teve: uma OS abriu cargo pra sanitarista e pediu que fosse uma enfermeira com pós-graduação em Saúde Coletiva [...]. Aí as meninas mandaram uma carta, mandaram a portaria, mandaram várias coisas, aí eles mudaram o edital, de sanitarista, eles mudaram para Enfermeiro Sanitarista (risos) [...]. As OS querem pessoas específicas. (P6).

Conforme Belisário et al.²³ demonstram em seu estudo, a expectativa dos docentes desses cursos foi a de que os gestores promovam concursos públicos que contemplem esse novo profissional, com inclusão em seus planos de cargos e carreiras. Os concursos são vistos como estratégia de inserção e legitimação profissional do ‘novo sanitarista’, o que provavelmente implicará disputas com os demais profissionais sanitaristas pós-graduados.

Por outro lado, no estudo de Cezar et al.¹⁸, a análise dos editais para concursos públicos no âmbito do SUS, direcionados aos sanitaristas, no período de 2012 a 2015, identificou que, dos 22 editais encontrados, 16 eram para o cargo de sanitarista, 2 para o cargo de Bacharel em Saúde Coletiva e 4 eram para cargos de Analista/Técnico/Especialista em Gestão em Saúde. Quanto aos requisitos, do total de editais, 13 eram direcionados para outra graduação e mais especialização em Saúde Pública ou Coletiva, 6 eram para graduados em Saúde Coletiva e 3 para outras graduações da área da saúde sem exigência de especialização. Destes, 9 exigiam inscrição ou registro em conselho de classe.

Esses achados reafirmam o sentido e a centralidade do trabalho na construção das identidades

sociais e profissionais, no que concerne à relação com a situação de trabalho e, ao mesmo tempo, à atividade e às relações de trabalho, ao autocomprometimento com a atividade e ao autorreconhecimento pelos parceiros¹⁵. Nesse contexto, inserem-se as transformações pelas quais vem passando o mundo do trabalho, com altas taxas de desemprego, exclusão de jovens do mercado de trabalho, transformação dos processos de trabalho, exigências de novas qualificações, incertezas, mudança nos conteúdos do trabalho etc.

Quando inquiridos se essa problemática do mercado de trabalho era específica da saúde coletiva ou do mercado de trabalho em geral, eles concordaram que são características do mercado de trabalho de modo geral, que a precariedade dos vínculos empregatícios e da oferta de empregos é um problema de todas as categorias profissionais, mas ressaltaram que as outras profissões da saúde têm grande inserção no setor privado, ao contrário do sanitarista, cuja inserção está mais restrita ao setor público.

Eu gostaria de reforçar que eu concordo que o problema dos vínculos empregatícios é um problema estruturado no mercado de trabalho. Não é um problema só nosso. Eu acho que a gente, por estar se inserindo se barrando nessas dificuldades, eu não queria que a gente se sentisse tão ruim assim, porque está todo mundo muito ruim. (P6).

Esse conjunto de acontecimentos incide na construção da identidade do sanitarista, pois o trabalho continua central tanto na vida pessoal quanto na vida social¹⁵. Assim, a privação do trabalho implica sofrimento para o indivíduo, e o reconhecimento do trabalho constrói ‘identidade pessoal e criatividade social’. Para a conquista de espaço próprio – elemento essencial à autonomia desses novos sanitaristas, os quais questionam e problematizam a existência de um mercado –, torna-se necessária e legítima a própria participação dos estudantes e egressos dos cursos de graduação em Saúde Pública/Coletiva no Brasil como atores centrais e protagonistas na criação da carreira e no avanço do processo de profissionalização em saúde⁸.

Considerações finais

Os movimentos de emprego e a multiplicidade de formas de inserção no mercado de trabalho em saúde apontados pelos estudantes e egressos dos cursos de graduação em Saúde Pública/Coletiva sinalizam dificuldades a serem superadas na construção da identidade profissional do sanitarista. Ao considerar que a formação, o trabalho e o emprego devem ser compreendidos como dimensões da identidade profissional, o estudo dessas relações se encontra no centro dos debates, tendo em vista o futuro dos egressos desses cursos.

Os resultados encontrados apresentam semelhanças com os resultados de outras pesquisas no campo da sociologia do trabalho, a exemplo das desenvolvidas por Claude Dubar¹⁵, que revelam uma grande diversificação de formas de emprego, percursos profissionais e dinâmicas identitárias. Nesse sentido, a compreensão da trajetória dos egressos dos cursos de graduação em Saúde Pública/Coletiva é um desafio, não somente pela diversidade de projetos pedagógicos, mas, também, pelas múltiplas formas de inserção no mercado de trabalho. A aquisição de um diploma, a mobilização dos egressos, o reconhecimento de uma nova profissão e as perspectivas sobre carreira formam um sistema de representações e de ação, no qual as dificuldades apresentadas constituem-se, também, em um desafio político.

Considerando, ademais, que esse profissional tem sido formado para atuar, predominantemente, no setor público, a construção da sua identidade possui estreita relação com as políticas de saúde e o processo de construção do SUS no Brasil. Destarte, o cenário atual³⁴ sobre o acesso do sanitarista graduado ao

emprego em sua área específica, aliado à atual conjuntura das políticas públicas de saúde no Brasil, evidencia um descompasso entre a necessidade desse novo perfil profissional e sua inserção no mundo do trabalho. Esse contexto pode implicar o aumento das taxas de evasão nos cursos, tornando necessárias ações que favoreçam sua consolidação tendo como referência as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Saúde Coletiva⁴, as quais podem representar um avanço no processo de profissionalização e no delineamento de uma identidade específica.

Considerando, assim, que a identidade profissional é construída e reconstruída em processos contraditórios, não lineares, e que o mercado de trabalho não é dado a priori, mas é o resultado de lutas e da correlação de forças políticas e ideológicas que disputam o poder no âmbito da saúde⁷, cabe apostar na mobilização dos estudantes, egressos, professores, gestores e outros sujeitos comprometidos com a manutenção e o fortalecimento do SUS e com a expansão e a qualidade das ações de saúde coletiva no País.

Colaboradores

Silva VO contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, elaboração e revisão crítica da versão preliminar e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Pinto ICM contribuiu significativamente para concepção, planejamento, revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Teixeira CF contribuiu significativamente para a revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Vieira-Da-Silva LM, Paim JS, Schraiber LB. O que é Saúde Coletiva?. In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 3-12.
2. Pinto ICM, Teixeira CF, Solla JJSP, et al. Organização do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 231-244.
3. Teixeira CF, Vilasbôas ALQ. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação?. In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 287-302.
4. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Texto referencial para a audiência pública sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Saúde Coletiva. Brasília, DF: MEC; 2017 [acesso em 2017 abr 3]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=61821-saude-coletiva-texto-referencia-pdf&category_slug=marco-2017-pdf&Itemid=30192.
5. Brasil. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 22 Ago 2017.
6. França T, Medeiros KR, Belisario SA, et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. Ciênc. Saúde Colet. 2017; 22(5):1817-1828.
7. Paim JS, Pinto ICM. Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. Tem-pus. 2013; 7:13-35.
8. Bosi MLM, Paim JS. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. Ciênc. Saúde Colet. 2010; 15(4):2029-2038.
9. Bosi MLM, Paim JS. Graduação em Saúde Coletiva: subsídios para um debate necessário. Cad. Saúde Pública. 2009 fev; 25(2):236-237.
10. Brasil. Decreto 6096 de 24 de abril de 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI. Diário Oficial da União. 24 Abr 2007.
11. Silva VO. Identidade do ‘Sanitarista’ no Brasil: um estudo sobre as concepções das lideranças estudantis dos cursos de graduação em Saúde Pública/Coletiva [dissertação]. Salvador: UFBA/ISC; 2015. 76 p.
12. Silva VO, Pinto ICM. O sanitarista como trabalhador da saúde no Brasil: uma identidade em transformação. In: Martins MIC, Marques AP, Costa NRC, et al., organizadores. Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas. Braga: CICS; 2014. p. 159-165.
13. Meneses JJS, Silva MMO, Castellanos MEP, et al. Panorama dos cursos de graduação em Saúde Coletiva no Brasil entre 2008 e 2014. Trab Educ Saúde. 2017; 15(2):501-518.
14. Lorena AG, Santos L, Rocha CF, et al. Graduação em saúde coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação?. Saúde Soc. 2016; 25(2):369-380.
15. Dubar C. A socialização: construção das identidades sociais e profissionais. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
16. Vieira M. Trabalho, qualificação e a construção social de identidades profissionais nas organizações públicas de saúde. Trab Educ Saúde. 2007; 5(2):243-260.
17. Silva VO, Pinto ICM. Construção da Identidade dos atores da Saúde Coletiva no Brasil: uma revisão da literatura. Interface. 2013; 17(46):549-560.

18. Cezar DM, Ricalde IG, Santos L, et al. O Bacharel em Saúde Coletiva e o Mundo do Trabalho: uma análise sobre editais para concursos públicos no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Saúde Redes*. 2015; 1(4):65-73.
19. Anjos DSO. Mercado de trabalho em saúde: expectativas para a inserção profissional do bacharel em Saúde Coletiva [dissertação]. Salvador: UFBA/ISC; 2015. 53 p.
20. Viana JL. Sou bacharel em saúde coletiva, e agora? Sobre quando novos sanitaristas entram no mundo do trabalho [dissertação]. Natal: UFRN; 2017.
21. Ceccim RB. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em Saúde Coletiva. *Bol Saúde*. 2002; 16(1):9-36.
22. Teixeira CF. Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do Sanitarista. *Interface*. 2003; 7(13):163-166.
23. Belisário AS, Pinto ICM, Castellanos MEP, et al. Implantação do curso de graduação em saúde coletiva: a visão dos coordenadores. *Ciênc. Saúde Colet*. 2013; 18(6):1625-1634.
24. Castellanos MEP, Fagundes TLQ, Nunes TCM, et al. Estudantes de graduação em saúde coletiva: perfil sociodemográfico e motivações. *Ciênc. Saúde Colet*. 2013; 18(6):1657-1666.
25. Mota ELA, Santos L. O que se pode alcançar com a graduação em Saúde Coletiva no Brasil? *Tempus*. 2013; 7(3):37-41.
26. Santana PR, Martins RD, Guarda FRB, et al. Bacharelado em Saúde Coletiva: preenchendo lacunas e formando competências para o SUS. *Tempus*. 2013; 7(3):43-55.
27. Bezerra APS. Quem são os novos sanitaristas e qual seu papel?. *Tempus*. 2013; 7(3):57-62.
28. Silva NESK, Ventura M, Ferreira J. Graduação em Saúde Coletiva e o processo de construção de cenários práticos. *Tempus*. 2013; 7(3):91-101.
29. Carneiro R. E o que faz/pode fazer um bacharel em Saúde Coletiva? A arte de pesquisar como prática de promoção da saúde. *Tempus*. 2013; 7(3):103-113.
30. Bezerra APS, Moutinho AFM, Alkmim DFB, et al. A percepção do graduando em Saúde Coletiva sobre o estágio supervisionado. *Tempus*. 2013; 7(3):115-127.
31. Castellanos MEP, Ribeiro GS, Esperidião MA, et al. A implementação do curso de graduação em saúde coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia: da criação até a formatura da primeira turma. *Tempus*. 2013; 7(3):63-80.
32. Sampaio JRC, Santos RDS. Graduandos em saúde coletiva Brasil: perspectivas, opiniões e críticas sobre os cursos. *Tempus*. 2013; 7(3):81-89.
33. Dubar C. Trajetórias sociais e formas identitárias: alguns esclarecimentos conceituais e metodológicos. *Educ Soc*. 1998; 19(62):13-30.
34. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(6):1723-1728.

Recebido em 14/07/2018
Aprovado em 30/10/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

The new profile of local managers in the decentralized health system in Brazil

O novo perfil dos gestores locais no sistema de saúde descentralizado no Brasil

Sonia Fleury¹, Assis Luiz Mafort Ouverney²

DOI: 10.1590/0103-1104201811902

ABSTRACT This article analyzes the impact of decentralization on the recruiting standards for the position of municipal health secretary, aiming to understand the extent to which local power has been democratized, as a consequence of the Unified Health System (SUS) implementation. Municipal health secretaries all over the country answered a questionnaire at two different times in the decentralization process – 1996 and 2006 – achieving representative results. The goal was to collect data about their socioeconomic, professional profile, political trajectory and public life. Results show that there are more women, brown (‘pardos’) and low-income people holding the position, and that the qualification of municipal health secretary improved in the period between the two surveys. However, this does not apply to the larger cities and more developed regions, where competition for this position has led to a recruiting standard that combines high levels of professionalism with restricted access for disadvantaged groups. We also found that municipal health secretary are now more politically engaged in manager’s associations than in their previous insertion in civil society networks.

KEY WORDS Unified Health System. Decentralization. Local government.

RESUMO Este artigo analisa o impacto da descentralização sobre os padrões de recrutamento para o cargo de secretário municipal de saúde, visando compreender em que medida o poder local tem sido democratizado, como consequência da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Os secretários municipais de saúde de todo o País responderam a um questionário em dois momentos diferentes no processo de descentralização – 1996 e 2006 – alcançando resultados representativos. O objetivo era coletar dados sobre seu perfil socioeconômico, profissional, trajetória política e vida pública. Os resultados mostram que há mais mulheres, pardos e pessoas de baixa renda que ocupam o cargo, e que a qualificação de secretário municipal de saúde melhorou no período entre as duas pesquisas. No entanto, isso não se aplica às grandes cidades e regiões mais desenvolvidas, onde a competição por essa posição levou a um padrão de recrutamento que combina altos níveis de profissionalismo com acesso restrito para grupos desfavorecidos. Constatamos também que os secretários municipais de saúde estão agora mais envolvidos politicamente nas associações de gestores do que na sua inserção anterior nas redes da sociedade civil.

PALAVRAS-CHAVE Sistema Único de Saúde. Descentralização. Governo local.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7678-7642> profsoniafleury@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8581-3777> assismafort@gmail.com



Introduction

The relationship between democracy and local government is a recurring theme in social sciences, stressing the positive correlation between elected local government, free association, and effective services' provision^{1,2}. According to John Stuart Mill, elected local government is more likely to tackle local affairs base on suitable knowledge, skills and expertise³. Besides being a barrier against centralism, local scale is the most adequate for ensuring individual needs while preserving diversity. However, since democracy implies the impersonal, competent and non-discriminatory exercise of power as a requirement for expanding citizenship, the predominance of the rational-legal bureaucratic administration, in the development of the modern state, has propelled trends to centralization. This results in inflexible state structures, giving way to contradictory moves of strengthening local self-government. Also expressed as a conflict between public administration and policy, or efficiency versus responsibility.

Dahl⁴ identified three problems regarding public administration science, one of them being the impossibility to ignore the relationships between public administration and social setting, stressing the importance of cultural differences and historical experiences. According to Finner⁵⁽³³⁵⁾ administrative responsibility "is not less important to democratic government than administrative efficiency; it is even a contributor to efficiency in the long run". His debate with Friedrichs was about whether responsibility is a subjective notion associated to official's intellectual integrity and loyalty or depends on the existence of an appropriate sanctions and rewards arrangement. Currently, it is argued that public administration in a democracy is different from private management because it must go beyond efficiency and incorporate other criteria as legitimacy, representativeness and leadership. Instead of expelling normative values from public administration, it is argued that the government must create value for society⁶⁻⁸.

State and society have undergone transformations characterized by growing differentiation and complexity of the social process, requiring new forms of coordination, that go beyond the existing ones: state-centered coordination that is centralized and hierarchical; and market-centered coordination that is fragmented, horizontal and private⁹. Therefore, political de-concentration has been defended for ensuring a greater degree of autonomy in the exercise of local power, with a resulting increase in accountability, network of actors and citizen participation¹⁰.

Recent academic debate in public administration introduced new perspectives that go beyond the polarized discussion between the New Public Management (NPM), which has introduced the principles of competitive performance and consumer choice, and the traditional public administration, emphasizing bureaucratic control in decision-making process. They highlight the new roles of local governments in a more complex setting. However, both traditional public administration and NPM principals and tools are still applied in conjunction with new governance approaches in a not entirely coherent reform design⁸.

The local governance perspective emphasizes the State capacity to steer and promote collective action (Local Governance), to stimulate participation (Network Governance) to enhance diversity (Governance of Diversity), and to create public value^{3,6-8,11}.

By enhancing citizenship and participation, local government allows society learning through communicational instruments and public arenas for consensus building. According to Stoker⁸, accountability thus relies on a complex and continuous exchange among leadership and checks and balances. Our study focus on the leadership profile as both, a product and a propeller, of this changing context in democratic and decentralized settings.

In Brazil, during the transition to democracy the demand for social inclusion was associated to claims of independent local governments and the renewal of the ruling elite. The intense

process of decentralization has allowed different local interest groups to fight over designing the public agenda in participatory institutions and consensus building processes, enrolling national and regional players¹². The challenge has been to build a cooperative federative model, enabling autonomous local governments and society to exercise local power, but compatibly with the role of the central government to coordinate policies and implement distributive mechanisms. Those are indispensable in such a large nation with major regional differences and huge social gaps.

Healthcare system was pioneer in creating a decentralized management and cooperative coordination model for the subnational units. Numerous studies pointed to contradictory results of decentralization as the strengthening of local democracies and the financial and institutional weaknesses of local governments. Erratic efforts to manage locally social policies¹³⁻¹⁵ are attributed to the local dependence on central government funds. The recentralization of the decision-making process has increased the diffusion of innovations in healthcare programs^{16,17}.

Regarding the participative processes and institution, studies show a strengthening democracy at the local and regional levels, where co-management different interest groups to participate in healthcare policies^{18,19}. These studies point to the following virtues: (i) the existence of formal decision-making arenas where conflicts are publicly transacted; (ii) the development of a more aware citizenry that is better able to interfere in public management; (iii) the enlargement of public arena with social players organized into powerful political communities. However, they highlight institutional and political weakness of participation due to the lack of technical and political skills required for the effective exercise of social control.

This article looks at the relationship between democratization and decentralization from another angle, one that addresses the renewal of the political authorities. We

consider municipal health secretary as local political elites in charge of an important public function. By looking at the changes in the managers profiles at two different points within a ten-year period, we were able to pick up how decentralization changed the conditions for access to this position.

Although the data are limited to the 1996-2006 decade, the importance of this article is justified by three reasons: (1) lack of national studies on the profile of managers, since most of the studies are of local scope; (2) greater range of aspects analyzed, including variables of origin and political trajectory, transcending studies that focus only on training and management skills; (3) the originality of the model created specifically for this research allows us to go beyond the description of the profiles and to study different patterns of recruitment. Thus, the possible temporal deficiencies can be attenuated by means of comparisons with more recent studies on other public managers. Moreover, the relevance of this study is proven by the fact that it is being used in ongoing studies sponsored by Conasems²⁰.

Results display important changes towards a more diverse and professional profile for local managers, showing that conservative recruiting standards have been replaced by a more equalitarian and meritocratic access. However, we find that in large cities, where there is more competition, access to the position of municipal health secretary tends to be elitist, maintaining a more homogeneous and traditional recruiting pattern.

Analysis framework: local government and recruiting standards

This survey aimed to know who the city healthcare managers are and which changes occurred in how they were recruited in 1996 and 2006. We looked for changes in manager profiles during this decade as part of the

decentralization process underway. As a political-institutional process, decentralization both influences and is influenced by other similar and concomitant processes. Thus, the influence of decentralization on the institutional political dynamics of intergovernmental relations can not be denied. In this period the decentralization process became more intense, characterized by: (i) strengthening local administrations and increasing managerial autonomy; (ii) creating and strengthening consensus building mechanisms involving national, regional and local authorities in the definition and implementation of healthcare policies; (iii) introducing important financial subsidies that led local governments to adopt new care programs fostered by the federal government^{14,21,22}. This changed health power structure and affected the federative system, leading to a more democratic arrangement of governability and governance.

In different countries studies pointed to the increasing gap between the scarcity of resources and the growing responsibilities of local authorities^{10,23}. This conflict is not different in Brazil. However, we want to highlight the importance of professionalism as a requirement for increasing local government responsibility, even knowing how controversy this subject is in public administration field²⁴. Decentralization of the healthcare system is closely linked to the democratization process for two reasons: (a) it would strengthen the sub-national powers and the federative pact, and (b) it would expand access and thus ensure the universal right to healthcare²⁵. Besides, a critical element of democracy is to expand the access of different groups in society to the exercise of power as the ruling elite of local government. This latest articulation between decentralization and democracy was neither a goal in the Unified Health System (SUS) design and nor subject of academic research.

Our hypothesis was that decentralization would lead to enlarge diversity among managers as it strengthens the democratic access to the governing elite. Nevertheless, it was

important to check if democratization came or did not come with an increase in professional management skills, enabling municipal health secretaries to perform effectively.

The municipal health secretaries are the health authorities in charge of managing local healthcare systems in Brazilian cities and towns. They are part of the local government, being selected by the elected mayors. They can be recruited from within or outside the ranks of public administration, as part of the political arrangement that ensures local government fulfills the conditions of legitimacy and governance. However, they have to satisfy technical requirements since their responsibilities have increased as part of the process to decentralize social policies, stipulated in the 1988 Brazilian Constitution.

According to health legislation, municipal health secretaries are important political players, as they have the legal and managerial responsibility for healthcare provision, and management of financial resources. They are represented in all levels of health policy decision-making process²⁶, such as the Regional Bipartite Inter-managers Committees – RBIC, the National Tripartisan Inter-managers Committee – NTIC (RBIC are peer negotiation and decision making bodies that exist in each state, where local and regional managers set healthcare policy. These and the Ministry of Health meet in the NTIC to make decisions at the national level) and at the participatory arenas as health councils and conferences. They are also strongly organized in corporative associations, regionally (State Council of Municipal Health Secretariats – Cosems) and nationally (National Council of Municipal Health Secretariats – Conasems). Consequently, they have significant political articulation and capacity to influence almost all national and regional healthcare policy strategies. They also influence the legislative and political party agendas, and create alliances with actors in other areas of public policy and citizenship defense.

As an important locus for exercising

government power the position of municipal health secretary is a dynamic space for political competition among the local elites, and an important element in the configuration of local power structure. Personal and professional characteristics and political trajectories of municipal health secretaries provide subsidies to analyze how local government is sensitive to social transformation.

That being the case, it was expected that the SUS decentralization would have encouraged a breach with the old-style political array, characterized as a patronage pattern, since the oligarchic elite monopolize local power. Diversifying the managers' profile suggests a positive relationship between decentralization and power democratization at the local level.

Democratization of local power allows people from disadvantage groups (women, afro and indigenous descendants and non-medical professionals in different areas) to

have an equal opportunity to exercise local power as managers in healthcare system. This way, access to this position of the local political elite is subject to the capabilities demonstrated in the individual's political and professional life, and should be free of any sponsorship by family members or allies.

Democratic access enables renewing local elites, whereas conservative or elitist recruiting standards perpetuate the ruling elites. Democratization can however, take place with no increase in professionalization, which would be an inefficient model of social renewal, as it would do nothing to enhance the qualifications of local managers. Another case is when the increase in qualifications is not followed by access democratization. In other words, an elitist model occurs when the same groups with the greater resources stay in power (for example white men, physicians, etc.), even though expertise is required (*chart 1*).

Chart 1. Standards of recruiting and access to local power

| | Less access | More access |
|-----------------------|---|---|
| Less qualified | Conservative Limited professionalization and renewal | Inefficient Renewal with no professionalization |
| More qualified | Elitist Meritocratic and elitist - Professionalization without renewal | Democratic Renewal of the elites Professional management |

Source: Own elaboration.

If we cross the variable access to the position with the variable level of qualification, we find four recruiting models that will have different social impact:

The conservative model, where recruiting is such as to perpetuate the oligarchies in power with limited professionalization;

The inefficient standard where ease of

access does not come with increased professionalization;

The elitist model that is meritocratic and based on high levels of professionalism, albeit with access limitations, and

The democratic standard that combines easier access to different social and professional groups with increasingly professional skills.

Research methods

The data analyzed in this study was collected using a questionnaire posted to the municipal health secretaries, and also distributed at events organized by Conasems. We grouped the questions into four blocks: (1) socioeconomic profile, (2) professional profile; (3) political trajectory and public life; and, (4) municipal health secretary relationship with the position.

Under 'socioeconomic' profile, we looked for information on social origin, current occupational status and personal characteristics. Social origin focused on birthplace, parents' education, and family links in the city where the position of municipal health secretary is held, and whether or not the secretary belongs to higher socioeconomic stratum. To determine geographic mobility and socio-economic engagement we analyzed how long these individuals lived where, income and prior occupations. Personal characteristics (age, gender, race and marital status) were relevant to measure the diversity of manager profiles.

Under 'professional profile', we analyzed municipal health secretary qualifications and professional trajectory, focusing on degrees and area of professional training, also considering expertise acquired through specific courses to qualify him or her for the position of municipal health secretary, given the new demands of the decentralization process. Under professional trajectory, we analyzed their technical experience and background in public sector management, more specifically in health related areas. We investigated if the municipal health secretary had other employment links and income source in public or private sector.

In 'political trajectory and public life', we focused on their political/electoral experience, political engagement in the healthcare sector and involvement in civil society associations. This data allowed us to analyze changing political governance in the healthcare sector. The new and more complex roles of municipal

health secretary demand more professionalization with a greater focus on health management but democratic governance requires close relationship with party players and civil society, lest the position become bureaucratically insulated. We asked about political/electoral experience, party membership and experience as a political candidate. We also collected data on the political involvement of municipal health secretary in health events and in civil associations.

Regarding their 'relationship to the position', the aim was to learn about stability in the position, the reasons for being appointed and accepting the position, and individual expectations regarding future professional development. We want to know if the decentralization is reducing turnover in this position and the extent to which the reasons to be designated and accept the position are related to professional attributes such as leadership and technical experience, among others.

Questionnaires were applied in 1996 and in 2006. On both occasions, they were distributed to all municipalities in Brazil. The managers answering the questionnaire in 2006 were not the same as those answering the first one in 1996, which is not a limitation as the goal is to analyze the position of municipal health secretary. Statistical analyses during the data collection phase assured the representativeness of the sample but in 2006 we must went back into the field to fulfill accurately the requirement regarding cities with over 500,000 inhabitants. Sample study concluded that the results of the research are representative for the population of the respondent municipalities, and there may be sampling bias for the national level. However, for municipalities with more than 400 thousand inhabitants there is no such risk because a census was carried out²⁷.

Table 1 shows that in 1996, the nationwide return was 28%, ranging from 15.3% in the Northeast to 40.5% in the South, and between 25.4% for cities with 0-5,000 inhabitants to 44.6% for cities with over 200,000 inhabitants (*table 1*).

Table 1. Distribution of questionnaire responses by region* and city population (in thousand inhabitants), 1996 and 2006.

| 1996 | Region | | | | | Population | | | | |
|-----------------------|--------|-------|------|-------|-------|------------|--------|---------|----------|-------|
| | N | NE | MW | SE | S | < 5 | 5 20 | 20 50 | 50 200 | > 200 |
| Number of cities | 398 | 1,558 | 426 | 1,533 | 1,058 | 1,067 | 2,544 | 903 | 376 | 83 |
| Number of respondents | 78 | 238 | 114 | 563 | 429 | 271 | 661 | 300 | 153 | 37 |
| % of response | 19.6 | 15.3 | 26.8 | 36.7 | 40.5 | 25.4 | 26.0 | 33.2 | 40.7 | 44.6 |
| 2006 | Region | | | | | Population | | | | |
| | N | NE | MW | SE | S | < 5 | 5 20 | 20 50 | 50 200 | > 200 |
| Number of cities | 449 | 1,793 | 465 | 1,668 | 1,188 | 2,672 | 1,298 | 1,026 | 443 | 124 |
| Number of respondents | 43 | 251 | 90 | 420 | 279 | 440 | 232 | 208 | 126 | 77 |
| % of response | 9.6 | 14.0 | 19.4 | 25.2 | 23.5 | 16.5 | 17.9 | 20.3 | 28.4 | 62.1 |

Source: Own elaboration.

MW = Midwestern, N = North, NE = Northeast, S = South, SE = Southeast.

*The South and Southeast have the higher per capita income and socioeconomic development. They are the more dynamic economic hubs in the country.

In 2006, nation-wide return on the questionnaire was smaller (19.5%), ranging between 9.6% in the North and 25.2% in the Southeast, and varies from 17.9% for cities with fewer than 5,000 inhabitants to 62.1% for cities with over 200,000 inhabitants.

In both cases, data was organized by region and city population to enable comparisons that would help us to understand the impact of the size of city and regional development level on the profile of the municipal health secretary.

Findings and discussion

Socioeconomic profile

At the national level, as shown in *chart 2*, access to the position of municipal health secretary has been more permeable to managers from outside the city where they perform their tasks, but who have been residing there for over 10 years. In general, their parents had at most a primary education. Most of these managers receive up to R\$ 3,000,00 (values in current R\$, 2006) monthly, and have an additional source of income.

Chart 2. Summary of socioeconomic data on municipal health secretaries: social origin, current situation and personal characteristics, 1996/2006.

| Attribute | Variable | Trend (2006) | Nationwide variation, 1996/2006 | Variation by region and size (2006) | | |
|-------------------|----------------------------|---|---------------------------------|-------------------------------------|------------|--|
| | | | | Region | Size | |
| Social origin | City of origin | Managers born in a different city (64.3%) | Slight reduction (-3.2%) | More N (71.7%) and MW (74%) | Less - | Less intense (60.6%) in cities with over 200,000 inhabitants |
| | Education of Father/Mother | Parents with primary education only (66.4%) | Slight reduction (-2.5%) | N (77.7%) and S (70.2) | | Increasing percent of parents with more than a primary education: 31.9% (0-5 thousand inhabitants) to 49.2% (> 200 thousand inhabitants) |
| Current situation | City of residence | Managers residing in the city where they work (82.5%) | No change (+0.4%) | N (97.3%) and MW (95.5%) | NE (69.0%) | No significant change |

Chart 2. (cont.)

| | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------|---|---|--------------------------|-------------------------|--|
| Current situation | Time residing in city | Managers living in city where they work for over 10 years (74.5%) | Slight increase (+4.7%) | S (81.3%) | - | Increases with city size: 74.4% (0-5 thousand inhabitants) to 82.6% (> 200 thousand inhabitants) |
| | Monthly wage | Managers making R\$ 3.000,00 or less (79.3%) | Slight increase (+1.8%) | N (89.1%) | S (78.1%) | Decreases with city size: 94.1% (0-5 thousand inhabitants) to 1.6% (> 200 thousand inhabitants) |
| | Other sources of income | 59.3% have another source of income | Significant reduction (-15.2%) | NE (66.1%) | S (48.3%) | Increases with city size: 47.4% (0-5 thousand inhabitants) to 67.1% (> 200 thousand inhabitants) |
| Personal characteristics | Age | Managers between the ages of 30 and 50 (64.9%) | Slight reduction (-3.5%) | N (76.9%) | SE (59%) | Decreases with city size: Between 30 and 50 years of age 47.4% (0-5 thousand inhabitants) to 67.1% (> 200 thousand inhabitants) Increases with city size: Between 50 and 60 years of age 11.7% (0-5 thousand inhabitants) to 46.8% (> 200 thousand inhabitants) |
| | Gender | Balanced: 50.1% men and 49.2% women | Significant increase in the number of women (+10.4%) | N (58.6%) | SE (45.6%) | More women in smaller cities 49.2% (0-5 thousand inhabitants) to 25.2% (> 200 thousand inhabitants) |
| | Race | Caucasian (69.3%) or mulatto (26.4%) | Fewer caucasians (-14.9%) and more mulattoes (+14.9%) | N (64.9%) and NE (41.6%) | S (7.2%) and SE (13.8%) | The percent mulattoes decreases with city size: Approximately 27% (0-5 thousand inhabitants) 18.4% (50-200 thousand inhabitants) 9.4% (> 200 thousand inhabitants) |
| | Marital status | 74.6% are married or in a stable domestic partnership | Slight reduction (-2.7%) | MW (82.5%) | NE (69.9%) | Increases with city size: Approximately 74% (0-5 th. inhab.) 80.2% (50 - 200 th. inhab.) 88.2% (> 200 th. inhab.) |

Source: Own elaboration.

MW = Midwestern, N = North, NE = Northeast, S = South, SE = Southeast.

The majority are between 30 and 50 years of age, are Caucasian or brown and are married or in a stable relationship, as shown in *chart 2*. Both genders are equally represented. There was a few significant changes in this standard between 1996 and 2006, among which we point to the increase in the number of women (+10.4%) and brown (+14.9%) in the local management elite. Recent researches shows that the presence of brown in high level careers in the federal administration is much lower, what suggests that decentralization has increased the possibilities for inclusion of socially disadvantaged groups²⁸. Comparisons with contemporary and more recent studies on the profile of local public managers show the

intensity of the health sector changes that occurred in the analyzed period. The proportion of women in the health sector is much higher than in the mayoral position (11.9%) in 2017²⁹ and slightly lower than that found among local education managers in (68%)³⁰, considering that education is predominantly characterized by female presence. Comparisons regarding race/ethnicity were not possible, as the studies cited did not address this aspect.

We observed that the access to the local managing elite in the SUS is the result of a process of social climbing, geographic mobility, local community engagement and increased diversity regarding personal characteristics. Therefore, the recruitment it is placed further from the

conservative model of access to local government healthcare elite, characterized particularly by being male, white and the sons of the local elite.

The SUS managers elite was not recruited based primarily on relationships with any local political, economic or corporate group. Likewise, we find that many of these managers come from families with relatively little education, and are the product of growing social mobility. It is also fair to state that, while the majority of the management elite that emerged during the decentralization of the SUS is from outside the cities where they work, they have quite a bit of knowledge of the main problems faced by the local community, having resided in the city for 10 years or more.

By moving away from the conservative recruiting standard in terms of social origin and personal characteristics, the dynamics of renewing local health authorities is showing that decentralization can produce a range of democratizing impacts.

However, democratization has not been uniform across the country, and in fact is quite uneven in terms of region and size of city. We call particular attention to the differences in the proportion of brown and women in the composition of local management elites. We found more women in the poorer regions of the North (58.6%) and Northeast (54.9%), compared to the

Southeast (45.6%). The North and Northeast also had the largest percentages of brown (64.9% and 41.6% respectively), while in the more developed regions, South and Southeast, brown held only 7.2% and 13.8% of municipal health secretary positions respectively.

We also found large differences in recruiting standards based on city size, with women making up 53.7% of the municipal health secretary in cities with 5,000 to 20,000 inhabitants, to 25.2% in cities with over 200,000 inhabitants. The difference is even greater when we look at the percent brown holding the position of municipal health secretary, going from 27.5% in the smaller cities to 9.4% in the larger ones. Thus the data reveals that there is greater diversification of municipal health secretary in the less developed regions of the country, and in the poorer cities and towns, with access more limited in the larger cities and wealthier regions.

Professional profile

As shown in *chart 3*, most (67.3%) SUS managers have at least a university degree and are trained in health sciences (44.9%, 11.2% are MDs), the humanities or business (20.3%). Most (67.6%) have taken specific courses to qualify them for the position, especially in public health and planning (39.7% and 25.6% respectively).

Chart 3. Summary of municipal health secretaries professional profiles: qualification and professional trajectory, 1996/2006.

| Variable | Trend (2006) | Nationwide variation, 1996/2006 | Variation by region and size (2006) | | |
|------------------------------|--|---|--|---|---|
| | | | Region | Size | |
| Education/ University degree | At least an undergraduate degree (67.3%) | Reduction (-5.7%) | MORE | LESS | Qualification goes up with city size: 49.9% (0-5 thousand inhabitants) to 96% (> 200 thousand inhabitants) |
| Professional education | Secretaries with degrees in healthcare (44.9%, 11.2% have MDs), the humanities or business (20.3%) | significant reduction in # of physicians (-20%) | Healthcare areas NE (52.8%) Physicians SE (14.8%) | Healthcare areas S (33.9%) Physicians N (5.8%) | Training in healthcare increases with city size: 33% (0-5 thousand inhabitants) to 64.5% (> 200 thousand inhabitants) |
| Training courses | 67.6% have taken courses either focused on the position, in public health (39.7%) or planning (25.6%). | Increase (+8%) | | N (56.3%) | Increases with city size: 57.9% (0-5 thousand inhabitants) to 84.8% (50-200 thousand inhabitants) and 79.7% (> 200thousand inhabitants) |

Chart 3. (cont.)

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|
| Prior experience in health-care | 73.8% have prior experience in healthcare | Reduction (-5.2%) | MW (79.1%) | S (68.5%) | Increases with city size: 67.2% (0-5 thousand inhabitants) to 89% (> 200 thousand inhabitants) |
| Experiencing managing a public agency | 64.6% have already managed a public agency (37.7% only in the healthcare area) | Increase (+8.3% in general, +2.6% in healthcare) | Public AGENCY N (78.4%) Healthcare area NE (44.6%) | Public Agency SE (59.3%) Healthcare area S (28.8%) | Increases with city size: 46.4% (0-5 thousand inhabitants) to 92.9% (> 200 thousand inhabitants) |
| Prior experience as a municipal health secretary | 23.6% had already held the position of health secretary, sometime in the past | Increase (+7.3%) | No significant regional differences | | Increases with city size: 17.2% (0-5 thousand inhabitants) to 30.0% (50-200 thousand inhabitants) and 28.3% (> 200 thousand inhabitants) |
| Prior area of work | 67.2% were already employed in the public sector | Slight reduction (-0.5%) | N (77.4%) and NE (76.7%) | S (59.3%) | Increases with city size: 63.4% (0-5 thousand inhabitants) to 77.2% (> 200 thousand inhabitants) |
| Activities outside the health department | 44.2% work additional to their job in the health department | No data for 1996 | MW (56%) | N (32.5%) and S (34.6%) | Increases with size: 34.4% (0-5 thousand inhabitants) to 59.6% (> 200 thousand inhabitants) |

Source: Own elaboration.

MW = Midwestern, N = North, NE = Northeast, S = South, SE = Southeast.

Mostly, as shown in *chart 3*, they are first-time occupants of the position and have previous experience in healthcare, having held prior managerial positions particularly in healthcare, and are civil servants working full-time as municipal health secretaries. The standard used for recruiting local managers suffered some significant changes between 1996 and 2006: the number of managers who are not MDs decreased while there was an increase in those specifically trained for the position and with previous managerial experience.

The profile of local SUS managers shows a multi-disciplinary makeup and professionalization of the position, as well as an increase in career civil servants who are quite familiar with public administration and healthcare management. Career development starts with professional immersion in healthcare units, followed by acquiring management experience before moving on to the position of municipal health secretary.

In addition, we find the demands of the position have increased, as most of the municipal health secretaries are full-time. Decentralization made the position of municipal health secretary more complex, with

a larger number of policies and programs, and diversified rules for receiving and using federal funds, as well as the intricate volume of information to be managed. Turnover is significant since few municipal health secretaries hold the position for a second term.

Complex systems demand a manager with more extensive professional experience in the area with specific skills to perform the tasks required of the role. These changes in the decentralization process also favor the development of those with training in the humanities and management, expanding the multi-professional character of this position. This new professional profile differs from the conservative standard by providing more democratic access to the position, and from the inefficient standard, as enabling access to different social groups and professionals demands more rigorous qualification and dedication to the position. The search for specific management training is quite significant, especially in mid-sized cities of 50,000 to 200,000 inhabitants. This can be explained both by the complexity of the systems involved and the supply of courses available.

The trend towards a new professional profile of the local SUS management elite shows significant differences by region and size of city. Particularly, in the North, one of the nation's poorest regions, we found a smaller percentage of municipal health secretaries with a university degree or courses focused specifically on the job, but more managers with prior experience in public administration, and more career civil servants working full time for the health departments. Probably because lower income and development levels offer fewer opportunities of professional market insertion, making the career of civil servant an attractive option for building a career. In the South, there are more secretaries with training in diverse areas who have not held prior management positions in healthcare, coming from outside the public sector but also highly dedicated to the position. Time dedication to the position appears to be related to the opportunities available in the broader private sector, but other factors may also be involved. The size of the healthcare system influences all of the professional attributes of local managers, as all of the variables analyzed are affected by population size.

Political trajectory and public life: political/electoral and associative experience

Engagement in political party and health

politics, and involvement in associations are important elements for recruiting the municipal health secretaries. Significant political/party involvement mean they have influence on local party elites but not they are professional politicians. They achieved their position through a technical and administrative career. However, significant engagement in associations and political activities strictly linked to the health sector brings with it less involvement of these managers in civil society entities such as professional, community and religious associations.

Political/electoral experience

As shown in *chart 4*, more than half (60.4%) of the municipal health secretaries are affiliated with a political party, showing significant engagement. However, we call attention to the fact that almost 40% are not, meaning that party affiliation is not required to be appointed to the position. Among those who do belong to a political party, most of them joined recently and are young militants: 65.9% joined the party less than 10 years ago, and 41.1% less than 5 years ago. Therefore, the position of municipal health secretaries seems to be more attractive for young technicians who are rising in their careers not appealing for those seeking more significant political positions (only 25.2% of the of municipal health secretaries had previously been candidates to public office and of the current health secretaries only 5.6% are on leave from an electoral position).

Chart 4. Summary of the information on municipal health secretaries experience in political/ electoral experience, health politics and in civil Associations, 1996/2006.

| Attribute | Variable | Trend (2006) | Nationwide variation, 1996/2006 | Variation by region and size (2006) | | |
|--|---|--|---|---|---|--|
| | | | | Region | Size | |
| Political/ Electoral experi- ence | Currently affili- ated to a politi- cal party | 60.4% are affili- ated to a political party | Slight reduction (-1.9%) | MORE MW (78.9%) | LESS SE (52.1%) | Not related to city size: More affiliated: 0-5 thousand inhabitants (68.4%); Less affiliated: 20-50 thousand inhabitants (49.9) |
| | Time with party | 65.9% have been affiliated for 10 years or less, and 41.1% for 5 years or less | No data for 1996 | N (83%) and MW (76.5%) | S (60.2%) | Party member of 10 years or less decreases with city size: 71.2% (0-5 thousand inhabitants) to 62.1% (> 200 thousand inhabitants) |
| | Running for Electoral office | 25.2% have run for public office | No data for 1996 | No significant regional dif- ferences | | Not related to city size: 31.8% (0-5 thousand inhabitants) |
| | Prior experience as an elected politician | 18.6% had already been elected to a political position | Slight increase (+2.9) | N (25.7%) | SE (14.1%) | Decreases with city size: 23.2% (0-5 thousand inhabitants) to 13.3% (> 200 thousand inhabitants) |
| | On leave from elected office | 5.6% are on leave from their political office | No data for 1996 | N (11.1%) | MW (1.3%) | Drops slightly with size of city: 6.6% (0-5 thousand inhabitants) to 3.0% (> 50 thousand inhabitants) |
| Experi- ence in health politics | Participation in events | 98% have already participated in some political healthcare event | Slight increase (+3.9%) | No significant change | | No significant change |
| | Involvement in entities and forums | 68.9% have been involved in COSEMS 59.2% have been involved in RBIC | No data for 1996 | RBIC N (83.4%) COSEMS N (89.1%) | COSEMS SE (60.1%) | Increases with city size: COSEMS/-7.7% (0-5 thousand inhabit- ants) to +13.8% (> 50 thousand inhabit- ants) RBIC/-9% (0-5 thousand inhabitants) to +15.7% (> 50 thousand inhabitants) |
| Experi- ence in associa- tions | Membership in civil societies | 67.8% belong or have belonged to civil society asso- ciations. | Very significant reduction (-16.2%) | S (78.8%) | SE (63%) | Higher rate of membership in cities of > 50 thousand inhabitants |
| | Types of asso- ciations | Professional associations (25.6%), religious associations (22.5%), social clubs (19.8%) and unions (16.2%) | Social clubs (-21.8%) Profes- sional associations (-18.1%) | Social clubs S (35.7%) Religious as- sociations S (32%) Professional associations MW (34.9%) | Social clubs N (6.9%), NE (12.4%) and MW (12.1%) Religious associations NE (14%) | Increases with city size: Professional associations (18.2%/0-5 thou- sand to 66%/> 200thousand) and service clubs (9.6%/0-5 thousand to 25.1%/> 200 thousand). Goes down with city size: Community associations (12.3%/0-5 thou- sand to 4%/> 200 thousand); religious as- sociations (33.1%/0-5 thousand to 15.8% > 200 thousand). |
| | Importance assigned by manager | 30.4% assign high importance | No data for 1996 | MW (41.6%) | NE (23.5%) and N (24.2%) | No significant change |

Source: Own elaboration.

Cosems = Council of Municipal Health Secretariats of Minas Gerais, MW = Midwestern, N = North, NE = Northeast, RBIC = Regional Bipartisan Inter-managers Committees, S = South, SE = Southeast.

However, more than two-thirds of the managers who do run for elective office (18.6%) won the elections, showing the position gave them significant visibility in the local political scene.

Size of city seems to influence the length of time of party affiliation. The larger the city, the bigger the number of municipal health secretaries affiliated for over 10 years, but fewer who have held previous elected positions. Therefore, the municipal health secretaries participate in party life, although the growing demand for technical qualification to perform the function results in managers who are not professional politicians and are not seeking electoral office.

Engagement in health politics

As shown in *chart 4*, Engagement in sector politics is a more important expression of political activity among municipal health secretaries, and has remained significant throughout the decentralization process. This shows that even after achieving increased managerial autonomy in the 1990s, sector mobilization remains significant. Almost all managers (98%) have participated in some political event in the healthcare sector. 86.1% have been to regional Municipal Health Secretariat meetings, 67.3% have been to city health conferences, 44.1% to National Health Secretariat meetings and 44.3% to state health conferences.

We call attention to the fact that participation in health regional events is larger than in city events, even though both are required under SUS regulations. Preference for peer meetings suggests managers are migrating from political activity to the healthcare management agenda. We found high levels of participation in entities of health managers, and inter-management forums. 68.9% had already been involved in regional associations of municipal health secretaries (Cosems), and 59.1% in RBIC in their state.

It is important to note that while involvement in political events does not vary with size of city, participation in inter-management negotiation forums in different spheres of government and

in corporate entities happens far more in larger cities. Thus, suggesting that there is a hierarchy in the access to power in these instances, where the size of the local healthcare systems exerts a significant influence.

Involvement in associations

While political mobilization for sector activities increased with decentralization, the engagement of municipal health secretaries in civil society organizations declined quite significantly in the period analyzed, although still rather high, as over two-thirds (67.8%) remain involved in some way with civil society associations. There is a high level of involvement in local community institutions but it is dropping.

The range of entities in which municipal health secretaries participate is quite broad, and includes particularly professional associations (25.6%), religious associations (22.5%), social and sports clubs (19.8%), unions (16.2%), service clubs (12.9%), community associations (11%) and other associations (11.5%). It is interesting to note that the nature of their involvement is influenced by city population. Engagement in professional associations and service clubs is more common in the larger cities, while engagement in community and religious associations is more common in the smaller cities.

Between 1996 and 2006, municipal health secretaries involvement in associations dropped by about one-sixth nation-wide (16.2%), in particular in social clubs (-21.8%) and professional associations (-18.1%). This drop is in contrast to the involvement of municipal health secretaries in healthcare meetings and managers entities, which remains at a high level. This may be an effect of the SUS institutionalization process, whose challenges demand increasing amounts of attention from managers. This change is reflected in the importance managers assign to engagement in civil society association. Only 30.4% believe this to be very important, with higher levels found in the less developed regions.

Fenwick and Bailey³¹ designated as new corporatism the tendency towards pursuing

strategic aims through new structures of corporate management. Endogenous engagement however, may represent the risk of losing consistent bonds between managers and organized civil society, isolating sector management in an insular technical universe.

Perceptions regarding the position of secretary

Decentralization has made the position more stable, and mayors have tried to appoint managers who combine political commitment and technical and managerial skills. From the point of view of the municipal health secretaries themselves, the SUS has increasingly represented an opportunity for professional growth.

Most (63.5%) health secretaries have held this position since the start of the previous or current administration, and claim to have been appointed primarily based on: personal trust (78.5%), leadership skills (54.5%), administrative experience (42.8%), and technical experience (36.5%). They accepted the position in order to be of service to their community (87.2%), have a commitment in healthcare (85.9%), embrace a challenge (74.8%), or accumulate professional experience (61.2%). Mostly, 60.1%, plan to remain working in the public area.

Some of these characteristics became stronger in the decade between 1996 and 2006. Over this period, there was a significant increase in the number of managers appointed due to their leadership skills (32.1% to 54.5%) and personal trust (64.5% to 78.5%). The number of managers who accepted the position to embrace new challenges raised from 47.3% to 74.8% and higher to improve their resumes from 15.7% to 46.9%. These results show increased stability in this job, which has become increasingly attractive.

Conclusions

In general, decentralization expanded access of diverse population groups to healthcare management, and increased professionalization

of the position of municipal health secretary. On the one hand, creating an organized national healthcare system with local platforms to provide services, and areas for involvement of civil society, resulted in a legal governance model that is more permeable to diversified participation. On the other hand, the constant challenges of implementing a broad set of healthcare units and programs to ensure universal access, as well as creating the corresponding administrative and financial structures call for recruiting and training managers that are better qualified and skilled for the position.

A larger number of women, Afro-descendants and brown in the position of manager show the strength and continuity of the process underway to expand access to the position, departing from the conservative recruiting standard that perpetuated the local elites in power. Easier access is also further from a standard of inclusive, yet inefficient management, showing that renewing the local elites came together with an increase in their professional qualification for the position. The governance of diversity is one of the new challenges for health system.

A major challenge to overcome is the resilience of larger cities to more democratic access by the various social groups. Unlike what we expected, in the larger cities and more developed regions competition for this position has led to the predominance of a standard of recruiting we have labelled elitist, as it combines high levels of professionalism with restrictions to access by diversified groups. Therefore, where there is more competition and concentration of power the standard of recruitment with major requirements excludes the less favored social groups, reproducing an elitist model in the exercise of power.

Another challenge to be faced has to do with the relationship between the technical and political sides of the position. With the increase in complexity, managers tend to increase their involvement in peer entities and associations, distancing them from a political practice with closer ties to parties and

organized civil society. If on the one side this suggests that the function is becoming increasingly professional, on the other it increases the endogenic feature of health sector politics. This trend may compromise the desired intersectorial management of public policies, as well as manager ability to combine technical requirements and political action, essential to strengthen democratic governance bases.

Considering the importance of local authorities to accomplish the four societal functions in Stoker's typology²², our results show the diversification of managers' profile as a way to express and build local identity and the increasing professionalism as a requirement for better welfare provision. Both features can improve legitimacy of local power exercise. However, the tendency to detach this practice

from the network of civil society organizations and isolate public management inside corporatists groups can undermine legitimacy and reduce the possibilities to realize thoroughly the important social functions of promoting economic development and place shaping.

Policies to promote diversity must come with professional training tools and political measures to rearticulate managers and stakeholders in local associations, given the need to close persistent regional and city size gaps.

Contributors

Fleury S and Ouverney ALM contributed to the conduct of research, data collection and processing, and article analysis and writing. ■

References

1. Tocqueville A. *A democracia na América*. São Paulo: Edusp; 1977.
2. Putnam RD. *Making democracy work: civil traditions in modern Italy*. Princeton: Princeton University Press; 1993.
3. Andrew C, Goldsmith M. From local government to local governance: and beyond? *Inter. Polit. Science Rev.* 1998; 19(2):101-117.
4. Dahl R. The science of public administration: three problems. *Public Adm Rev.* 1947; 7(1):1-11.
5. Finer H. Administrative responsibility in democratic government. *Public Adm Rev* 1941; 1(4):335-350.
6. Kirlin J. The big questions of public administration in a democracy. *Public Adm Rev.* 1996; 56:416-423.
7. Stoker G. Governance as theory: five propositions. *Int Soc Sci J.* 1998; 50:17-28.
8. Stoker G. Public value management: a new narrative for networked governance? *The American Review of Public Administration.* 1998; 36:41-57.
9. Lechner N. Three forms of social coordination. *CEPAL Rev.* 1997; 61:7-17.
10. Shah A, Sana S. The new vision of local governance and evolving roles of local governments. In: Shah A, editor. *Local governance in developing countries*. Washington, DC: The World Bank; 2006. p. 1-46.
11. Rhodes R. *Understanding governance: policy networks, governance, reflexivity, and accountability*. Buckingham: Open University Press; 1997.
12. Pires R. *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*. Brasília: IPEA; 2011. v. 7.
13. Levicovitz E, Lima LD, Machado CV. A política de saúde nos anos 1990: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2001; 6(2):269-291.
14. Santos L, Andrade OM. O espaço da gestão inovadora e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: Instituto de Direito Sanitário; 2007.
15. Arretche M, Marques E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. *Ciênc. Saúde Colet.* 2002; 7(3):455-479.
16. Arretche M. A política da política de saúde no Brasil. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, et al, organizadores. *Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 285-306.
17. Marques RM, Mendes A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cad. Saúde Pública.* 2002; 18(supl):163-171.
18. Moreira MR, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde no Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009; 14(3):795-806.
19. Ribeiro JM. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública.* 1997; 13(1):81-92.
20. Afonso MVG, Oliveira IA. Apresentação dos resultados das Pesquisas Perfil das CIR e Perfil dos Gestores. Relatoria de Seminário. In: *Anais 34º Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde* [internet]; 2018 June 25; Belém. Pará: Conasems. [accessed in 2018 Aug 28]. Available in: www.nesp.unb.br/forum/download/file.php?id=333&sid.
21. Ouverney AM. A construção da municipalização da saúde: estratégias normativas. In: Fleury S, organizador. *Democracia e inovação na gestão local da saúde*. Rio de Janeiro: CEBES; Fiocruz; 2014. p. 81-120.

22. Fleury S. Universal, dual or plural? health care models and issues in latin america. In: Molina C, Arco J, editors. Health services in Latin America and Asia. Washington, DC: Inter-American Development Bank; 2001. p. 2-36.
23. Grant B, Dollery B. The contribution of Gerry Stoker to the theory and practice of local government reform: a critical overview. Armidale: Centre for Local Government, School of Economics; 2011.
24. Streib G. Revisiting the case for professionalizing public administration. Atlanta: Andrew Young School of Policy Studies; 2009.
25. Fleury S. Democracia, poder local y ciudadanía en Brasil. In: Gomá R, Jordana J, editors. Descentralización y políticas sociales en América Latina. Barcelona: Fundación CIDOB; 2004. p. 243-268.
26. Brasil. Lei nº 12.466 de 24 de Agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. Diário Oficial da União. 25 Aug 2011.
27. Fleury S, Ouverney AM, Moller R. Democratização do Poder Local e as Dimensões da Inovação em Saúde. In: Fleury S, organizer. Democracia e inovação na gestão local da saúde. Rio de Janeiro: Cebes; Fiocruz; 2014. p. 121-198.
28. Fenwick J, Bailey M. Local government reorganisation in the UK: decentralisation or corporatism? Inter. Journal of Public Sector Management. 1999; 12(3):249-261.
29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. Perfil dos municípios brasileiros. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.
30. Waiselfisz JJ, Silva RNP. Dirigentes Municipais da Educação: Um Perfil. Brasília, DF: UNESCO; UNIDIME; Fundação Ford; 2000.
31. Silva TD, Silva JM. Reserva de vagas para negros em concursos públicos: uma análise a partir do Projeto de Lei nº 6.738/2013. Brasília, DF: IPEA; 2014.

Received on 04/26/2018

Approved on 09/10/2018

Conflict of interests: non-existent

Financial support: non-existent

O financiamento federal da política de saúde bucal no Brasil entre 2003 e 2017

The federal funding of the oral health policy in Brazil between 2003 and 2017

Thais Regis Aranha Rossi¹, Sonia Cristina Lima Chaves², Ana Maria Freire de Lima Almeida³,
Carla Maria Lima Santos⁴, Sisse Figueredo de Santana⁵

DOI: 10.1590/0103-1104201811903

RESUMO Este estudo descreveu e analisou os repasses financeiros federais para a Política Nacional de Saúde bucal (PNSB) no período 2003-2017. Realizou-se análise retrospectiva do financiamento federal da PNSB com dados coletados da base do Fundo Nacional de Saúde, nas rubricas relacionadas com a saúde bucal com correção de valores pelo Índice de Preços ao Consumidor (IPCA) até 2017. A série histórica dos repasses para a atenção em saúde bucal no período 2003-2017 mostrou um gasto federal crescente até 2012, com queda no início de 2013, manutenção de valores de 2013 a 2016 e discreta redução em 2017, chegando a R\$ 1.059.555.548,48 neste último ano. Isso significou que o percentual de repasse do governo federal para a saúde bucal em relação ao repasse total passou de 0,62% em 2003 para 1,63% em 2017. Observou-se um aumento da participação percentual do financiamento da Atenção Especializada, principalmente a partir de 2013, passando de 2,3% em 2008 para 21,6% em 2017. A Atenção Básica recebia 97,3% do financiamento federal em 2003 e apenas 78,3% em 2017. Medidas de austeridade fiscal e mudanças nos blocos de financiamento podem indicar um caminho institucionalizado de redução dos repasses federais na saúde que poderão impactar nessa política setorial específica.

PALAVRAS-CHAVE Saúde bucal. Financiamento governamental. Financiamento da assistência à saúde. Serviços de saúde bucal. Política de Saúde.

ABSTRACT *This study described and analyzed the federal financial transfers for the Oral Health Policy in Brazil (PNSB), in the period 2003-2017. A retrospective analysis of the federal funding of the PNSB was carried out with data collected from the National Health Fund base under the headings related to oral health with correction of values by Consumer Price Index (IPCA) until 2017. The historical series of spending for oral health care in 2003-2017 showed a growing federal spending up to 2012, falling at the beginning of 2013, maintaining values from 2013 to 2016 and a slight reduction in 2017, reaching R\$ 1,059,555,548.48 this past year. This meant that the percentage of federal government transfer to oral health in relation to the total transfer rate increased from 0.62% in 2003 to 1.63% in 2017. There was an increase in the percentage share of Specialized Care financing, mainly as of 2013, from 2.3% in 2008 to 21.6% in 2017. Primary Care received 97.3% of federal funding in 2003 and only 78.3% in 2017. The investment has been low. Fiscal austerity measures and changes in funding blocks may indicate an institutionalized path of reduction of federal transfer in health, which may impact this particular sectoral policy.*

KEYWORDS Oral health. Financing, government. Healthcare financing. Dental health services. Health policy.

¹Universidade do Estado da Bahia (Uneb) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2561-088X>
thais.aranha@gmail.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1476-8649>
schaves@ufba.br

³Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9285-194X>
anamariafsl@gmail.com

⁴Universidade do Estado da Bahia (Uneb) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8620-2313>
carlamarialima_4@hotmail.com

⁵Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8336-2300>
sissesian@hotmail.com



Introdução

O modelo de financiamento da saúde adotado no Brasil é historicamente marcado pelo aporte de recursos públicos. A presença de financiamento privado sempre contou com fortes subsídios e subvenções diretas e indiretas do Estado. A adoção de repasses financeiros aplicados de forma transparente, capaz de atender à aplicação racional dos recursos na rede de atenção à saúde, potencializa os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), além do controle social que possibilita à sociedade civil o acompanhamento do fluxo orçamentário na organização da oferta de serviços de saúde¹.

A Constituição Federal brasileira de 1988 demarcou o orçamento da saúde na seguridade social com recursos provenientes da União, estados, Distrito Federal (DF), municípios e contribuições sociais². As Leis Orgânicas da Saúde (8.080/1990 e 8.142/1990), a Lei Orgânica da Seguridade Social (8.212/1991), a Lei sobre os Benefícios da Previdência Social (8.123/1991), a Lei Orgânica da Assistência Social (8.742/1993), o Decreto nº 1.232/1994 com as Normas de repasses do Fundo Nacional de Saúde (FNS), a Emenda Constitucional nº 29/2000, o Decreto nº 7.508/2011, a Lei nº 141/2012 e o Decreto nº 7.827/2012 configuram, com a Constituição Federal de 1988, a legislação principal sobre a saúde no Brasil com os dispositivos legais para repasses financeiros^{3,4}.

Com o processo de implementação do SUS e a consequente municipalização dos serviços, o financiamento federal, apesar de ainda representar a principal fonte de recursos, reduziu sua participação no financiamento da saúde nas últimas décadas, com recursos federais financiando, respectivamente, 60,7%, 63,8%, 53,7% e 58,3% do gasto público em saúde nos anos de 1994, 1995, 1996 e 2000, caracterizando um decréscimo no que se refere ao financiamento federal⁵.

O financiamento, como componente do sistema de saúde, expressa o grau de priorização de determinada ação do Estado. Analisar o financiamento do sistema de saúde implica compreender quais os compromissos políticos

assumidos pelos gestores⁶, além de fornecer estudos econômicos que auxiliem *policymakers* nas tomadas de decisão mesmo em contexto de recursos financeiros limitados⁷. Nos países da América do Sul, chama a atenção a heterogeneidade dos gastos em saúde, bem como as diferenças entre gasto público e gasto privado que inclui o gasto das famílias via financiamento privado que é realizado mediante desembolsos diretos (*out of pocket*) ou por meio do pré-pagamento de planos e seguros privados de saúde. No caso do Brasil, apesar da existência de um sistema universal, o percentual do gasto público em saúde é inferior ao de países como a Colômbia, o Uruguai e a Argentina⁸.

Estudos sobre financiamento da saúde no âmbito federal no Brasil vêm sendo desenvolvidos e trazem diversas contribuições para a literatura científica, a exemplo dos trabalhos sobre o financiamento da Atenção Básica (AB)⁷⁻¹⁰, a utilização dos serviços por sistemas de financiamento no período de 1998 a 2008¹¹; as características do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (Siops)⁴, o *mix* público-privado no sistema de saúde brasileiro¹², os impactos da vinculação de receitas e das transferências condicionadas à oferta do financiamento da saúde¹³.

Os estudos sobre financiamento da saúde bucal no SUS abordam os repasses no nível municipal – reforçando que o município continua sendo o principal provedor do custeio da saúde bucal na AB¹⁴ –, o custeio de procedimentos específicos de ortodontia¹⁵, a evolução dos incentivos federais setoriais¹⁵, estudo retrospectivo dos procedimentos básicos, de Média e Alta Complexidade e ações estratégicas de 1997 a 2005¹⁷. Não foram encontrados estudos relativos a períodos mais recentes que analisassem o financiamento das políticas de saúde bucal quanto aos repasses federais.

Diante do exposto, este estudo tem como pergunta orientadora: como se dá o financiamento federal para a política de saúde bucal no Brasil? Este artigo descreveu e analisou os repasses financeiros da União para a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) entre 2003 e 2017.

Metodologia

Realizou-se estudo retrospectivo sobre o financiamento federal da PNSB, em que foram coletados dados da base do FNS quanto aos repasses realizados nas rubricas relacionadas com a saúde bucal no período de 2003 a 2017. Cabe destacar que este estudo faz parte do eixo temático ‘Análise de Políticas de saúde bucal no Brasil’ do Observatório de Análise Política em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Os recursos para a PNSB estão garantidos em três blocos: AB, Média e Alta Complexidade

e gestão, e são administrados pelo FNS. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é responsável pela fiscalização; e o Ministério da Saúde, órgão gestor do FNS, monitora a aplicação³. No FNS, os repasses financeiros estavam designados por blocos de financiamento, conforme *quadro 1*. Em relação ao custeio, o bloco de financiamento federal da AB para estados, DF e municípios é subdividido em: a) Equipes de Saúde Bucal (ESB) Unidade Odontológica Móvel (UOM); b) Incentivo adicional de saúde bucal; e c) Saúde bucal. O custeio para prestadores federais conveniados inclui: a) Incentivo adicional UOM e b) Saúde bucal.

Quadro 1. Forma de repasses fundo a fundo de financiamento de custeio e investimento por rubrica específica no período 2003-2017, para a saúde bucal na Atenção Básica e Especializada

| Repasses fundo a fundo (custeio e investimento) | |
|---|---|
| 1) Bloco de Financiamento da Atenção Básica | 1.1) Repasses a estados, DF e municípios <ul style="list-style-type: none"> a) Equipe de Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel (UOM) b) Incentivo Adicional de Saúde Bucal c) Saúde Bucal 1.2.) Prestadores Federais Conveniados <ul style="list-style-type: none"> a) Incentivo Adicional UOM b) Saúde Bucal |
| 2) Bloco de Financiamento - Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar | 2.1) Repasses a estados, DF e municípios <ul style="list-style-type: none"> a) CEO - Centro de Especialidades Odontológicas - municipal b) CEO estadual c) Fundos de Ações Estratégicas e Compensações - Faec AIH (Autorização de Internação Hospitalar) - Cirurgia Orofacial d) Faec AIH - Tratamentos odontológicos e) Faec SIA - OPM em Odontologia f) Faec SIA - Tratamentos odontológicos 2.2) Prestadores Federais Conveniados <ul style="list-style-type: none"> a) CEO municipal b) CEO estadual 3) Faec AIH - Cirurgia Orofacial - Prestadores Federais Conveniados <ul style="list-style-type: none"> a) Faec AIH - Tratamentos odontológicos - Prestadores Federais Conveniados b) Faec SIA - Tratamentos odontológicos - Prestadores Federais Conveniados |

Quadro 1. (cont.)

| | |
|--|---|
| II. Investimento (capital) | 4) Atenção Básica em Saúde Bucal (Aquisição de equipamentos e material permanente) (2010 - 2011) 5) Ações de implantação de ações e serviços de saúde (Implantação do Centro de Especialidade Odontológica - CEO) (2011-2017) 6) Piso de Atenção Básica Variável (Aquisição de equipamentos odontológicos) (2012-2013, 2016-2017) |
| Gestão do SUS (Investimento - capital) | 7) Implantação de ações e serviços de saúde (Incentivo adicional ao CEO) (2004-2009) |

Fonte: Fundo Nacional de Saúde, 2018.

Já o bloco de financiamento de custeio da Média e Alta Complexidade é composto por a) Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) municipal; b) CEO estadual e c) Fundos de Ações Estratégicas e Compensações (Faec) de vários tipos (*quadro 1*).

O bloco de investimento (capital) apresenta as rubricas específicas de ações em saúde bucal nos componentes 'Atenção Básica em Saúde bucal' (Aquisição de equipamentos e material permanente) (2010-2011); 'Ações de implantação de ações e serviços de saúde' (Implantação do Centro de Especialidade Odontológica - CEO) (2011-2017) e 'Piso de Atenção Básica Variável' (Aquisição de equipamentos odontológicos) (2012-2013, 2016-2017).

No período de 2004 a 2009, o investimento relativo à implantação dos CEO constava no bloco Gestão do SUS, na rubrica de 'Implantação de ações e serviços de saúde' (Incentivo adicional ao CEO). Assim, independentemente do bloco em que se encontravam, consideraram-se os recursos de capital como investimento para implantação dos serviços.

Para a analisar o que representou o repasse da saúde bucal no montante total repassado pelo Ministério da Saúde, consideraram-se os gastos nos blocos AB, Média e Alta Complexidade, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS, Vigilância em Saúde, Investimentos e Diversos no período em estudo.

Os valores foram corrigidos pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), medido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para o mês de

dezembro de 2017, a fim de que todos os valores pudessem ser alvo de comparação entre si. O IPCA é considerado como o índice que mede a inflação oficial no País. A correção dos valores foi efetuada pela calculadora oficial do Banco Central do Brasil, disponível no *site*: <https://www3.bcb.gov.br/CALCIDADA0>.

A correção de valores pelo IPCA já vem sendo utilizada nos estudos em saúde, a exemplo do estudo¹⁸ que analisou os gastos com cigarro nas famílias brasileiras e do trabalho¹⁹ sobre o impacto do novo regime fiscal na saúde e na educação.

Resultados e discussão

A análise da série histórica dos repasses para saúde bucal no sistema público de saúde no período de 2003 a 2017 mostrou um gasto crescente até 2012, com queda no início de 2013, manutenção de valores de 2013 a 2016 e discreta redução em 2017 (*tabela 1, gráfico 1*). Os recursos destinados à AB representaram o maior montante dos repasses em todo o período estudado, o que diverge do valor global de repasse pelo FNS, que apresenta maior gasto com Média e Alta Complexidade. Na análise da participação percentual da AB, Atenção Especializada (AE) e investimentos, observou-se uma redução do componente de AB, aumento do de AE e queda nos investimentos (*tabela 2, gráfico 1*). Diferentemente dos repasses com a AB em com a Saúde Básica que vêm apresentando redução, a Média Complexidade vem apresentando aumento, com certa manutenção

nos valores a partir de 2014. Os investimentos quando comparado aos outros blocos, representaram o menor gasto com saúde bucal

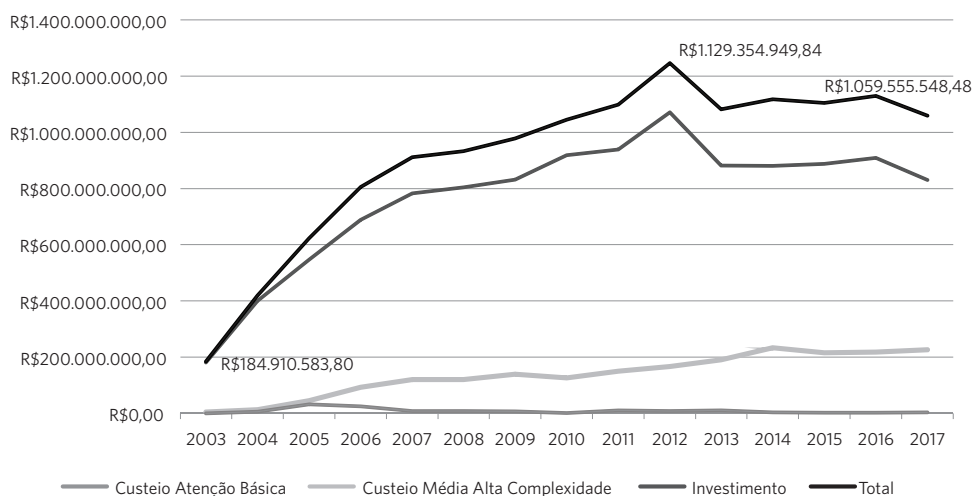
Tabela 1. Forma de repasses federal fundo a fundo de financiamento de custeio e investimento por rubrica referente à saúde bucal, 2003-2017*

| Ano | Repasse Atenção Básica | Repasse Atenção Especializada | Investimento | Total de repasses |
|------|------------------------|-------------------------------|-------------------|----------------------|
| 2003 | R\$ 180.711.384,39 | R\$ 4.199.199,41 | 0 | R\$ 184.910.583,80 |
| 2004 | R\$ 400.253.626,42 | R\$ 13.190.710,44 | R\$ 6.304.645,54 | R\$ 419.748.982,40 |
| 2005 | R\$ 546.418.744,21 | R\$ 45.331.462,08 | R\$ 31.877.452,15 | R\$ 623.627.658,44 |
| 2006 | R\$ 688.235.433,13 | R\$ 92.765.111,83 | R\$ 24.652.705,41 | R\$ 805.653.250,37 |
| 2007 | R\$ 782.892.493,59 | R\$ 120.313.603,62 | R\$ 8.195.508,96 | R\$ 911.401.606,17 |
| 2008 | R\$ 804.365.480,27 | R\$ 120.555.494,77 | R\$ 7.993.136,98 | R\$ 932.914.112,02 |
| 2009 | R\$ 831.562.396,24 | R\$ 139.337.767,70 | R\$ 6.868.294,44 | R\$ 977.768.458,38 |
| 2010 | R\$ 919.183.022,98 | R\$ 125.605.721,28 | R\$ 444.078,79 | R\$ 1.045.232.823,05 |
| 2011 | R\$ 938.858.309,03 | R\$ 149.397.321,92 | R\$ 10.661.188,67 | R\$ 1.098.916.819,62 |
| 2012 | R\$ 1.071.567.005,31 | R\$ 166.756.711,15 | R\$ 7.584.628,10 | R\$ 1.245.908.344,56 |
| 2013 | R\$ 881.541.675,52 | R\$ 190.569.481,50 | R\$ 10.302.606,98 | R\$ 1.082.413.764,00 |
| 2014 | R\$ 880.880.671,40 | R\$ 233.202.804,46 | R\$ 3.881.009,69 | R\$ 1.117.964.485,55 |
| 2015 | R\$ 887.097.152,31 | R\$ 215.160.162,46 | R\$ 1.739.921,08 | R\$ 1.103.997.235,85 |
| 2016 | R\$ 909.189.917,30 | R\$ 217.513.800,79 | R\$ 2.651.231,75 | R\$ 1.129.354.949,84 |
| 2017 | R\$ 829.995.247,00 | R\$ 226.725.301,48 | R\$ 2.835.000,00 | R\$ 1.059.555.548,48 |

Fonte: Fundo Nacional de Saúde, Brasil, 2017.

*Valores corrigidos pelo IPCA - IBGE em dezembro de 2017.

Gráfico 1. Financiamento federal da PNSB por bloco de financiamento (custeio e investimento) entre 2003 e 2017



Fonte: Fundo Nacional de Saúde, 2018.

Pode-se afirmar que a primeira e segunda gestão do governo Lula (2003-2010) foram caracterizadas como período de maior crescimento nos repasses relacionados com a saúde bucal. Esse dado corrobora outro trabalho que analisou o governo Lula, tendo apontado que a implementação da PNSB entrou na janela de oportunidade da agenda governamental e fez parte do cumprimento das promessas de campanha, o que conferiu destaque de forma crescente²⁰.

O governo federal ainda é o maior detentor de recursos e principal agente responsável da política de saúde em todo o território nacional⁵.

O grande aumento no repasse de 2003 a 2006 é justificado pela crescente implantação de ESB no Programa de Saúde da Família e de CEO. Esse período de maior crescimento e expansão das equipes de AB e AE no primeiro governo Lula (*tabela 2*) correspondeu à implantação inicial das ações da política Brasil Sorridente. Observa-se que os gastos em saúde bucal representavam 0,62% em 2003, passando para 1,75% em 2007, final do governo Lula I (*gráfico 1*). Destaca-se que a velocidade de expansão das ESB foi menor nos outros governos.

Tabela 2. Número de ESB, CEO implantados, total de repasse do governo federal e porcentagem de gasto na AB, AE e investimento entre 2003 e 2017

| Ano | Oferta de serviços | | Financiamento Federal | | | |
|------|--------------------|-------|-------------------------|-------------|------------|--------------|
| | ESB (mod. I e II) | CEO | Total de repasses (R\$) | Repasses AB | Repasso AE | Investimento |
| 2003 | 617 | - | R\$ 184.910.583,80 | 97,7% | 2,3% | 0,0% |
| 2004 | 8.951 | 100 | R\$ 419.748.982,40 | 95,4% | 3,1% | 1,5% |
| 2005 | | | R\$ 623.627.658,44 | 87,6% | 7,3% | 5,1% |
| 2006 | 15.086 | 498 | R\$ 805.653.250,37 | 85,4% | 11,5% | 3,1% |
| 2007 | 15.694 | 604 | R\$ 911.401.606,17 | 85,9% | 13,2% | 0,9% |
| 2008 | 17.801 | 674 | R\$ 932.914.112,02 | 86,2% | 12,9% | 0,9% |
| 2009 | 18.982 | 808 | R\$ 977.768.458,38 | 85,0% | 14,3% | 0,7% |
| 2010 | 20.424 | 853 | R\$ 1.045.232.823,05 | 87,9% | 12,0% | 0,0% |
| 2011 | 21.425 | 882 | R\$ 1.098.916.819,62 | 85,4% | 13,6% | 1,0% |
| 2012 | 22.203 | 944 | R\$ 1.245.908.344,56 | 86,0% | 13,4% | 0,6% |
| 2013 | 23.150 | 988 | R\$ 1.082.413.764,00 | 81,4% | 17,6% | 1,0% |
| 2014 | 24.279 | 1.030 | R\$ 1.117.964.485,55 | 78,8% | 20,9% | 0,3% |
| 2015 | 24.467 | 1.034 | R\$ 1.103.997.235,85 | 80,4% | 19,5% | 0,2% |
| 2016 | 24.384 | 1.072 | R\$ 1.129.354.949,84 | 80,5% | 19,3% | 0,2% |
| 2017 | 25.905 | 1.115 | R\$ 1.059.555.548,48 | 78,3% | 21,4% | 0,3% |

Fonte: Elaboração própria baseada em dados da Sala de apoio à Gestão Estratégica (Sage)/Departamento de Atenção Básica (DAB)/Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS).

Nota: Referência dezembro de cada ano.

Estudos sobre as ESB em municípios brasileiros apontaram a indução federal, a partir do ano 2000, como grande protagonista na implantação e desenvolvimento das ESB^{21,22}. Há gestores municipais que justificam não ter implantado a saúde bucal na AB antes do referido ano, quando foi publicada a Portaria de nº 144 do Ministério da Saúde de incentivo financeiro à ESB na Estratégia Saúde da Família (ESF), diante dos altos custos dos equipamentos e materiais odontológicos²¹.

Existe uma grande desigualdade entre os municípios no que tange à capacidade de captação de recursos, execução das políticas de saúde e manutenção dos serviços, sobretudo naqueles com piores indicadores de saúde e os localizados no interior dos estados²¹. Esse estudo²¹ verificou que há maior número de ESB tipo II, ou seja, com cirurgião-dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal, em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) muito alto, na região Sudeste, com cobertura menor que 50% e proporção de exodontias menor que 8%. Além disso, estudos de análise do financiamento federal a partir de uma perspectiva regional revelaram os efeitos da indução federal na direção da oferta de serviços em saúde bucal com maior equidade. Outro trabalho²³ destacou a expansão das ESB até 2007, atribuindo tal fato também à implantação do Brasil Sorridente e à garantia do financiamento dentro de um sistema com muitas outras prioridades.

Em 2011, a participação federal nos gastos públicos em saúde foi de apenas 45,5%, inferiores ao financiamento de estados e municípios juntos. No primeiro governo de Dilma Rousseff (2011-2014), observou-se um incremento inicial e posterior queda no financiamento na saúde bucal, patamar que se manteve no início do seu segundo governo em 2015⁵. No ano de 2016, observou-se novo decréscimo relativo aos repasses em estudo no governo de Michel Temer. A diferença nestes dois últimos anos refere-se ao decréscimo no custeio da AB, apesar do número de ESB ter aumentado discretamente em 2016. O que pode explicar

essa diferença é a discrepância de valores repassados mês a mês com o descredenciamento mensal de equipes e credenciamento de outras em meses subsequentes.

Quanto aos investimentos, observaram-se picos com aumento de repasse nos anos de 2011 e 2013, o que pode ter correspondido aos recursos para implantação de novos CEO e aquisição de novos equipamentos.

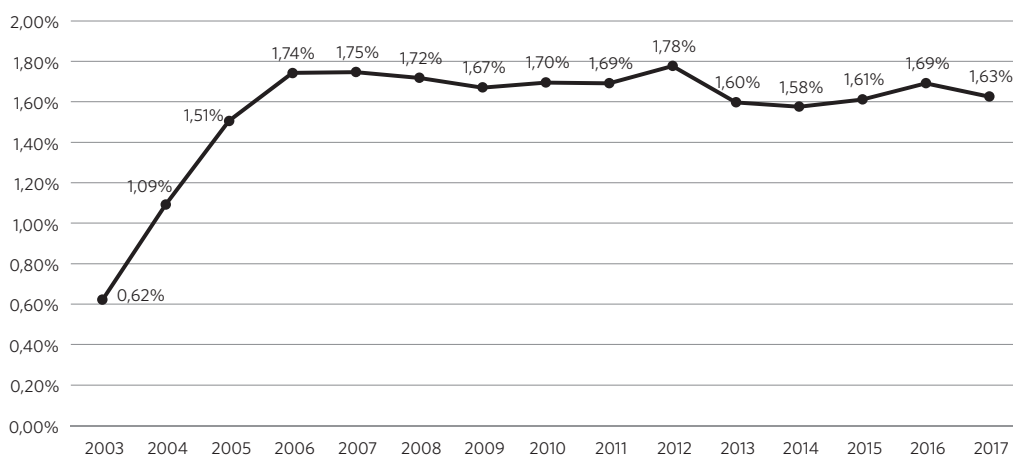
Entre os anos de 2012 e 2013, observou-se queda no financiamento da AB, o que não pode ser explicado pela redução na implantação de novas ESB, pois houve aumento de 947 equipes. Quanto à AE, o único ano em que houve uma discreta redução no repasse financeiro foi 2010, o que também não pode ser justificado pelo número de CEO implantados, tendo em vista que houve aumento de 45 serviços especializados.

A análise percentual por componente, comparando os anos de 2015, 2016 e 2017, apontou que houve manutenção percentual do custeio da saúde bucal na AB em 2015 (79,5%) e 2016 (79,7%), com diminuição em 2017.

Em 2016, é possível explicar parte do aumento do montante de recursos pela variação mensal das ESB implantadas nesse ano e pelo repasse de 20% a 60% no custeio às equipes que foram avaliadas pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológica (PMAQ-CEO). No ano de 2017, o componente CEO explica parte do incentivo do PMAQ-CEO pelo incentivo às unidades que aderiram à rede da pessoa com deficiência.

Ainda em relação ao montante global de recursos repassados pelo FNS/Ministério da Saúde, observou-se um aumento no período inicial, manutenção de 2006 a 2012, queda em 2013 e outro decréscimo em 2016 (*gráfico 2*). Pesquisadores apontaram que a política de saúde bucal recebeu prioridade no Ministério da Saúde pelo recurso repassado e pela expansão das equipes²⁴. Em 2015 e 2014, no bloco de investimento (capital), verificou-se apenas o repasse de recursos no componente relativo ao CEO.

Gráfico 2. Composição percentual do financiamento da atenção à saúde bucal (custeio e capital) em relação aos repasses realizados pelo FNS, 2003 e 2017



Fonte: Fundo Nacional de Saúde, 2018.

Ainda para o ano de 2016, quanto à AE, a maior diferença de repasses esteve relacionada com os CEO municipais. A seguir, observaram-se os maiores gastos com a Alta Complexidade (Faec-Sistema de Informação Ambulatorial – SIA – Tratamentos Odontológicos/Faec-SIA – Órteses/Próteses/Materiais – OPM em Odontologia). O maior financiamento em 2016 não se revelou na maior oferta de serviços públicos odontológicos. A ampliação da implantação das ESB na AB não ocorreu e houve redução de CEO e Laboratórios Regionais de Prótese.

Houve discreta ampliação na implantação das ESB na AB em 2017. Na série histórica analisada, o único ano que encerrou com redução do número de ESB na ESF foi o ano de 2016.

Em 2017, evidenciou-se um aumento da participação percentual do financiamento da AE, especialmente a partir de 2013. O financiamento da AE era de apenas 2,3% em 2003, chegando a 17,6% em 2013, 20,9% em 2014, 19,3% em 2016 e 21,4% em 2017. Portanto, o recurso financeiro repassado refletiu a prioridade dessa política de expansão da atenção odontológica especializada no SUS (tabela 2). Estudo apontou o avanço na expansão dos

CEO, ratificando o papel central que a AE vem ganhando nessa política, tendo em vista ser a primeira ação federal mais abrangente para a AE em saúde bucal²⁵.

Entre os centros especializados, os montantes maiores foram para os municipais, e os CEO estaduais representaram pequena parte (1,4%). Já o custeio de procedimentos de Alta Complexidade, por meio do Faec, conforme já referido, foi de 2,68%, entre repasses a estados e municípios, assim como aos próprios prestadores federais (quadro 1).

Os repasses financeiros do Ministério da Saúde no período de 1998 a 2016 relacionados com a saúde bucal receberam em média 1,40% dos valores repassados para a saúde⁵. Coadunando com os achados do presente estudo, é possível verificar, nesse período, o crescimento real nos repasses, com estabilização nos últimos anos e tendência à queda, além da perda de espaço da saúde bucal dentro dos blocos de financiamento para outras ações e programas do governo federal⁵.

Embora a proposta do estudo tenha como base o monitoramento dos repasses federais da PNSB no período de 2003 a 2017, é importante destacar que, de acordo com a descentralização

da gestão e desconcentração de recursos, municípios e estados contribuem com valores próprios na atenção à saúde bucal^{7,8}.

Após o cumprimento dos ritos legislativos da PEC 241 na Câmara dos Deputados e renomeada em PEC 55, para tramitação no Senado Federal, as medidas de austeridade fiscal foram aprovadas em 2016, com a determinação de um teto financeiro máximo para a saúde até 2036. O valor ficou restrito ao gasto do ano anterior somado com o reajuste da inflação, cujos repasses não acompanharão o crescimento populacional e da renda. Outro possível impacto será o fim dos blocos de financiamento como até então eram repassados os recursos, que dificultará tanto a prioridade da saúde bucal quanto o seu acompanhamento. O impacto na PNSB aponta para um cenário de não obrigatoriedade na manutenção do financiamento para essa política específica, com diminuição dos repasses de custeio, instabilidade nos investimentos de capital, o que pode ocasionar sucateamento da rede de cuidados¹⁹.

Em conclusão, cabe destacar que houve redução discreta do financiamento federal no ano de 2017 quando comparado a 2016. Contudo, ainda que tenha havido redução, chama a atenção uma certa inconsistência entre a implantação da política, seus resultados e o financiamento já apontado em estudo anterior²⁶. Observou-se um aumento da participação percentual do financiamento da AE na saúde, especialmente a partir de 2013, e redução na participação percentual relativa à AB e aos investimentos. Obviamente, é importante ressaltar que o repasse federal não

significa necessariamente que esse recurso foi efetivamente gasto pelo município ou estado, ou seja, analisar a relação entre o orçado e efetivamente gasto mereceria estudos distintos.

Estudos sobre sistemas de informação, análises de implantação e resultados da política nos âmbitos regional e municipal são necessários para elucidar os diversos fatores relacionados com os achados deste estudo. Manteve-se uma tendência de ampliação do financiamento da AE. Contudo, sem uma atenção primária fortalecida, esse esforço pode não produzir o resultado da integralidade pretendida. Destaca-se que os repasses municipais e estaduais não foram objeto de estudo do presente trabalho, merecendo estudos posteriores.

O modelo de financiamento proposto pela PEC 55 legitima medidas de austeridade fiscal, indicando um caminho institucionalizado de redução dos repasses federais na saúde, com consequente depreciação do SUS e efeitos negativos na saúde bucal, que necessitam ser analisados em estudos posteriores.

Colaboradores

TRA Rossi participou da formulação da pesquisa, coleta e análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito. SCL Chaves coordenou a pesquisa, participou da análise dos dados e revisou o manuscrito final. AMFL Almeida, CML Santos e SF Santana participaram da análise dos dados, escrita do artigo e revisão final. ■

Referências

1. Moimaz SAS, Garbin CAS, Garbin AJI, et al. Desafios e dificuldades do financiamento em saúde bucal: uma análise qualitativa. *Rev. de Adm. Pública* [internet]. 2008 [acesso em 2018 jul 1]; 42(6):1121-1135. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/15416>.
2. Piola SF, Servo ML, Sá EB, et al. Financiamento do Sistema Único de Saúde: Trajetória recente e cenários para o futuro. *Análise econômica*. 2012 set; 30(esp):9-33.
3. Franco DH. Financiamento público e privado da saúde bucal no Brasil e no mundo. [tese]. [São Paulo]: Universidade Estadual de Campinas; 2017. 258 p.
4. Teixeira HV, Teixeira MG. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2003 [acesso em 2018 jun 4]; 8(2):379-391. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a05v08n2.pdf>.
5. Mendes A, Marques RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2018 jul 12]; 38(103):900-916. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140079>.
6. Soares A, Santos NR. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. *Saúde debate* [internet]. 2014 mar [acesso em 2018 jul. 01]; 38(100):18-25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100018&lng=en&nrm=iso.
7. Macêdo MSR, Chaves SCL, Fernandes ALC. Investimentos e custos da atenção à saúde bucal na Saúde da Família. *Rev. Saúde Pùb.* [internet]. 2016 [acesso em 2018 jun. 14]; 50(41):1-12. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/672/67247719048.pdf>.
8. Roa AC. Financiamento dos sistemas de saúde na América do Sul. In: *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiam, organizadores*. Rio de Janeiro: ABRÉS; Ministério da Saúde; OPAS/OMS; 2016. p. 75-100.
9. Castro ALB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad. Saúde Pública*. 2010 abr. 26(4):693-705.
10. Melamed C, Costa NR. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2003 [acesso em 2018 jun 27]; 8(2):393-401. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200006>.
11. Porto SM, Uga MAD, Moreira RS. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998-2008. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2011 [acesso em 2018 jun 27]; 16(9):3795-3806. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123201100100015&lng=en&nrm=iso.
12. Santos IS, Uga MAD, Porto SM. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2008 [acesso em 2018 jun. 27]; 13(5):1431-1440. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/09.pdf>.
13. Vazquez DA. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2011 [acesso em 2018 jun 27]; 27(6):1201-1212. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/17.pdf>.
14. Sobrinho JEL, Santo ACGE. Análise dos custos da saúde bucal na atenção básica no município de Vitória de Santo Antão. *Arq. Odontol.* Belo Horizonte. 2013 mar; 49(1):26-31.
15. Fernandes MM, Daruge-Junior E, Oliveira MR, et al. Relato de investigação relacionada ao financiamento de ortodontia pela rede pública. *Odonto São Bernardo do Campo*. 2011; 19(37):49-53.
16. Kornis GEM, Maia LS, Fortuna RFP. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial

- frente aos incentivos federais. *Physis*. Rio de Janeiro 2011; 21(1):197-215.
17. Nóbrega CBC, Hoffmann RHS, Pereira AC, et al. Financiamento do setor saúde: uma retrospectiva recente com uma abordagem para a odontologia. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2010 jun [acesso em 2018 jul 13]; 15(supl1):1763-1772. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700088&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700088>.
 18. Garcia LP, Sant'Anna AC, Freitas LRS, et al. A política antitabagismo e a variação dos gastos das famílias brasileiras com cigarro: resultados das Pesquisas de Orçamentos Familiares, 2002/2003 e 2008/2009. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2015 set [acesso em 2018 jun 27]; 31(9):1894-1906. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n9/0102-311X-csp-31-9-1894.pdf>.
 19. Rossi P, Dweck E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2016 dez [acesso em 2018 jun 27]; 32(12):1-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n12/1678-4464-csp-32-12-e00194316.pdf>.
 20. Menicucci TM. A política de saúde no governo Lula. *Saúde soc.* [internet]. 2011 jun [acesso 2018 jun 28]; 20(2):522-532. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n2/22.pdf>.
 21. Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2014 fev [acesso em 2018 jul 13]; 19(2):373-382. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00373.pdf>.
 22. Almeida-Junior LJS, Vieira DRP, Rodrigues VP, et al. A inserção da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família no estado do Maranhão (2002-2011). *Rev Pesq Saúde*. 2014 set-dez; 15(3):356-359.
 23. Martins PHS, Amaral-Junior OL, Faustino-Silva DD, et al. Desigualdades na distribuição das equipes de saúde bucal no Brasil. *Stomatós* [internet]. 2017 jul-dez [acesso em 2018 jun 29]; 23(45):4-13. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/stomatós/article/viewFile/3130/2830>.
 24. Teixeira CF, Paim JS. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. *Saúde debate* [internet]. 2005 [acesso em 2018 jun 29]; 29(71):268-283. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4063/406345256005.pdf>.
 25. Pedrazzi V, Dias KRHC, Rode SM. Oral health in Brazil - Part II: Dental Specialty Centers (CEOs). *Braz. oral res.* [internet]. 2008 ago [acesso em 2018 jun 29]; 22(supl):18-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bor/v22s1/04.pdf>.
 26. Chaves SCL, Almeida AMFL, Rossi TRA, et al. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2017 jun [acesso em 2018 nov 7]; 22(6):1791-1803. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601791&lng=en.

Recebido em 15/07/2018
Aprovado em 07/10/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Ações judiciais e incorporação de medicamentos ao SUS: a atuação da Conitec

Legal actions and incorporation of medicines into SUS: the performance of Conitec

Kleize Araújo de Oliveira Souza¹, Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza², Erick Soares Lisboa³

DOI: 10.1590/0103-1104201811904

RESUMO Este estudo teve como objetivo analisar a influência das ações judiciais sobre o processo de avaliação de solicitações de incorporação de medicamentos biológicos ao Sistema Único de Saúde (SUS) pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), no período de 2010 a 2015. A pesquisa investigou a atuação da Conitec, tendo como foco a recomendação de incorporação ou não de medicamentos biológicos ao SUS. Foram utilizadas como estratégias de produção de dados: análise documental, entrevistas com membros da Comissão e observação não participante das reuniões do plenário. A análise dos dados revelou que, apesar de ser, muitas vezes, objeto de discussão no plenário, a existência de ações judiciais não constitui um fator decisivo para a tomada de decisão da Comissão. Não foi encontrado qualquer indício de relação direta entre as ações judiciais em saúde e a incorporação de medicamentos biológicos ao SUS, visto que os membros seguem, rigorosamente, o fluxo de incorporação de tecnologias regulamentado pela Lei nº 12.401/2011 e pelo Decreto nº 7.646/2011. No entanto, revelou-se a existência de uma influência indireta do fenômeno da judicialização da saúde sobre o processo de incorporação de tecnologias no SUS, quando se analisou a motivação para a formulação da lei e das normas que regulamentam o funcionamento da Conitec.

PALAVRAS-CHAVE Medicamentos biológicos. Judicialização da saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *This study was aimed at analyzing the influence of lawsuits on the process of evaluating requests for the incorporation of biological medicines into the Unified Health System (SUS), by the National Committee for Health Technology Incorporation in SUS (Conitec), from 2010 to 2015. The research investigated the performance of Conitec focusing on the analysis of the recommendation of incorporation or not of biological medicines to SUS. The following were used as data collection strategies: document analysis, interviews with members of the Committee, and non-participant observation of the plenary meetings. The data analysis has shown that, although the lawsuits were often part of the plenary discussions, the existence of legal actions is not a decisive factor for the Committee's decision-making. No evidence of a direct relationship between health lawsuits and the incorporation of biological medicines into SUS was found, as members strictly follow the technology incorporation flow as established by the Law No. 12.401/2011 and by Decree No. 7.646/2011. However, the existence of an indirect influence of the phenomenon of health judicialization on the process of incorporation of technologies in SUS became evident when the motivations for the formulation of the law and the rules that regulate the operation of Conitec were analyzed.*

KEY WORDS *Biological products. Health's judicialization. Unified Health System.*

¹Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) – Feira de Santana (BA), Brasil.
Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-1224-9140>
kleizearaujo@yahoo.com.br

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-3273-8873>
luisaugenio@ufba.br

³Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-3390-7867>
es.lisboa18@gmail.com



Introdução

As tecnologias utilizadas para prover a assistência à saúde vêm passando por rápidas mudanças nos últimos anos, e, se por um lado, trazem inegáveis benefícios, relacionados ao aumento da longevidade, à prevenção, à cura de doenças, à proteção, à reabilitação da saúde, por outro, trazem desafios relativos aos riscos e aos custos dos seus usos¹.

Do ponto de vista da indústria, são várias as áreas de produção envolvidas para atender às necessidades de saúde. Gadelha e colaboradores² classificam o Complexo Econômico Industrial da Saúde (Ceis) em três segmentos: o de base química e biotecnológica; o de base mecânica, eletrônica e de materiais; e o segmento que compreende os serviços de saúde.

Os altos investimentos da indústria bioquímica e biotecnológica demonstram que as biotecnologias se configuram como grande aposta de longo prazo, levando diversos países a implementarem políticas industriais ativas na busca de inovações nessa área³. No século XX, houve um desenvolvimento extraordinário da ciência e da tecnologia, e a convergência entre ambas produziu resultados em vários setores produtivos, incluindo o da saúde, com processos de desenvolvimento de medicamentos, vacinas, reagentes para diagnósticos e próteses, representando um importante avanço para os tratamentos de diversas doenças^{4,5}.

Os medicamentos biológicos são definidos como moléculas complexas de alto peso molecular obtidas a partir de fluidos biológicos, tecidos de origem animal ou procedimentos biotecnológicos, por meio de manipulação ou inserção de outro material genético ou alteração dos genes que ocorrem devido a: irradiação, produtos químicos ou seleção forçada⁶. Atualmente, o registro de medicamentos biológicos, abrange sete categorias de produtos, quais sejam: alérgenos, anticorpos monoclonais, biomedicamentos, hemoderivados, probióticos, soros hiperimunes e vacinas⁷.

No Brasil, a perspectiva de aumento da demanda por serviços de saúde – aliada ao

desafio de ampliar o acesso da população a tecnologias – sugere a existência de um grande potencial de ampliação do uso da biotecnologia para saúde². Para tanto, é importante o estabelecimento de um ambiente regulatório estável. A regulação do desenvolvimento e da incorporação de novas tecnologias em saúde e, em especial, de medicamentos biológicos é essencial para assegurar que a sua produção atenda às necessidades de saúde a custos suportáveis pela sociedade.

O processo decisório relativo à incorporação de tecnologias nos sistemas de saúde é permeado pela influência de diversos grupos de interesses, como: médicos, instituições provedoras de serviços de saúde, instituições financiadoras, gestores de políticas e serviços, produtores das tecnologias, associações de pacientes, entre outros que podem exercer papéis decisivos na tomada de decisão⁸.

Um estudo realizado na Europa⁹, com foco na Inglaterra, França, Alemanha e Suécia, apontou que a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) assumiu um papel crescente nos sistemas de saúde nos últimos anos, com o estabelecimento de agências ou programas para avaliação e incorporação de tecnologias de saúde. Embora os países estudados compartilhem alguns objetivos, existem diferenças na forma como as agências e os programas de ATS são organizados, operam e influenciam a tomada de decisões. Apesar dessas diferenças, todos os sistemas enfrentam oportunidades e desafios relacionados ao envolvimento e à aceitação das partes interessadas¹⁰.

Com o propósito de regular a incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde (SUS), em 2011, através da Lei nº 12.401¹¹, foi instituída a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec). O Decreto nº 7.646¹², do mesmo ano, regulamenta a lei, dispondo sobre o caráter permanente da comissão que tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde (MS) nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de tecnologias de saúde, bem como

na constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas^{11,12}.

O aumento dos gastos públicos com medicamentos deve-se, em parte, à incorporação formal de novas tecnologias ao SUS. E esta, por sua vez, pode estar associada ao fenômeno da judicialização da saúde. Nos últimos sete anos, o MS desembolsou R\$ 4,5 bilhões para a compra de medicamentos, equipamentos, suplementos alimentares e cobertura de cirurgias e internações a partir de determinações judiciais. Grande parte desse valor foi utilizada para adquirir medicamentos biológicos. Em 2016, o MS gastou R\$ 654,9 milhões na compra de apenas 10 medicamentos, para atender a 1.213 pessoas¹³.

De acordo com dados da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do MS, o crescimento real do gasto com as ações judiciais de medicamentos foi de 547% entre 2010 e 2016, passando de R\$ 199,6 milhões para R\$ 1,3 bilhão em valores de 2016. No acumulado, o gasto foi de R\$ 4,8 bilhões¹⁴. Ressalta-se que, em 2015, metade das vinte tecnologias mais caras demandadas ao MS por meio do Judiciário não tinha registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), destacando-se as solicitações dos medicamentos biológicos¹⁵.

Além das ações judiciais, envolvendo, especialmente, produtos novos e mais caros, a incorporação tecnológica pode ser fator significativo para o aumento dos gastos públicos com medicamentos. Um estudo apontou que, no período de janeiro de 2012 a junho de 2016, das 485 submissões à Conitec, 267 (55%) referiam-se a solicitações de incorporação de produtos farmacêuticos, tendo sido incorporados 93 medicamentos (54%) das 171 solicitações¹⁵.

Uma pesquisa apontou que, no que se refere aos maiores gastos públicos com medicamentos, em 2016, foram identificados: um medicamento biológico que foi adquirido devido a ações judiciais (eculizumabe – R\$ 376,6 milhões), dois produtos incorporados ao SUS (sofosbuvir¹⁶ – R\$ 510,5 milhões; e vacina contra papiloma vírus humano¹⁷ – R\$

288,4 milhões), três medicamentos, também biológicos, utilizados principalmente no tratamento da artrite reumatoide (adalimumabe – R\$ 621,9 milhões; etanercepte – R\$ 322 milhões; e infliximabe – R\$ 298,5 milhões), e um hemoderivado (fator VIII18 – R\$ 471,5 milhões)^{10,15}.

Diversos estudos têm sido realizados para avaliar os efeitos da judicialização sobre as políticas de saúde¹⁶⁻²³. As pesquisas apontam uma tendência de deslocamento do debate sobre a incorporação de tecnologias para o mundo da litigância jurídica. De fato, em muitos países, as decisões em torno da oportunidade de incorporar uma tecnologia acontecem, cada vez mais, no campo discursivo e doutrinário do Direito²⁴.

Ademais, o elevado número de ações judiciais em saúde tem provocado a incorporação de algumas tecnologias, muitas vezes de alto custo, por parte especialmente de secretarias estaduais e municipais de saúde em diversas regiões do País. Saliente-se que não se trata, nesses casos, da incorporação no SUS como um todo, baseada em recomendação técnica da Conitec e em decisão do MS^{21,23,24}.

Este artigo tem como objetivo analisar a influência das ações judiciais sobre a recomendação de incorporação de medicamentos biológicos ao SUS pela Conitec.

Metodologia

Foi analisada a influência das decisões judiciais sobre o processo de decisão relativo à incorporação de medicamentos biológicos ao SUS no período de 2011 a 2015, utilizando o método do estudo de caso, tendo como caso a Conitec e como foco de análise a recomendação de incorporação ou não de medicamentos biológicos ao SUS.

Para a produção dos dados, foram utilizados como fontes de evidências documentos oficiais, entrevistas semiestruturadas com os membros da Conitec e observação não participante das reuniões ordinárias da Comissão. Os documentos selecionados para análise foram: a Lei nº 12.401/2011, o Decreto nº 7.508/2011, o Decreto nº 7.646/2011, o Decreto nº 8.065/2013, a Portaria GM/MS nº

152/2006, documentos oficiais produzidos pela Conitec – 44 atas de reuniões da comissão, 54 relatórios técnicos de recomendação de incorporação de medicamentos biológicos sobre a tecnologia avaliada, apresentando dados sobre a tecnologia, a análise das evidências científicas, a avaliação econômica, o impacto orçamentário da incorporação, a decisão da Conitec, a consulta pública e a deliberação final. Foi, ainda, consultado o consolidado de normas referentes ao Registro de Produtos Biológicos, que apresenta as resoluções relativas a produtos biológicos publicadas pela Anvisa.

Foram realizadas 13 entrevistas com os 13 membros da Conitec, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Saliente-se que o plenário da Comissão é o fórum responsável pela emissão de recomendação sobre incorporação, exclusão ou alteração das tecnologias no âmbito do SUS, sobre constituição ou alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename)²⁵. As questões eram referentes às rotinas, atividades e organização do trabalho e sobre a relação entre a judicialização de biomedicamentos e as decisões da Conitec.

A observação não participante das reuniões ordinárias da Conitec se realizou no período de outubro de 2015 a abril de 2016, especificamente, nas 40^a, 42^a e 44^a reuniões, somando um total de 39 horas de observação. Para o processamento do material empírico proveniente dos documentos das entrevistas e da observação, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática^{26,27}.

Com relação aos aspectos éticos do estudo, o projeto foi previamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, sob número de protocolo 022/2015, em cumprimento à Resolução nº 466/2012²⁸.

Resultados

No período analisado (2012-2015), foram avaliados pela Conitec 168 medicamentos, sendo que, desses, 56 (33%) foram medicamentos

biológicos e 112 (67%) foram outros tipos de medicamentos. Dos 56 biológicos, 22 (39%) obtiveram recomendação de incorporação, 26 (47%) obtiveram recomendação de não incorporação e 8 (14%) obtiveram recomendação de exclusão das listas oficiais de distribuição do SUS.

Os membros da Conitec entrevistados foram questionados sobre as suas percepções acerca da judicialização da saúde e da possibilidade de as demandas judiciais influenciarem a decisão final da Conitec em recomendar a incorporação ou a não incorporação de medicamentos ao SUS, inclusive de biológicos.

Verificou-se que há o reconhecimento da judicialização da saúde como uma estratégia legítima para a busca da efetivação de direitos sociais que devem ser assegurados pelo Estado, entre eles, o direito à saúde:

A judicialização tem uma razão normativa. Nós temos um arcabouço legal que dá um grau de liberdade muito grande, e as pessoas têm a liberdade de acessar o judiciário para poder buscar esses direitos. (Ent. 3).

As demandas judiciais, do ponto de vista constitucional, são legais e refletem uma necessidade social. (Ent. 6).

Para o entrevistado 8, a judicialização da saúde tem duas faces. A primeira é a da ‘boa judicialização’, representada pelas demandas judiciais de bens, ações ou serviços de saúde, cuja oferta já compete formalmente ao SUS, mas que, por algum problema, não estão sendo ofertados. Segundo ele,

este tipo de judicialização é bem-vindo, pois exige dos órgãos públicos que sejam tomadas medidas para que essas tecnologias ou serviços de saúde sejam ofertadas para a população, corrigindo falhas de acesso ao SUS.

A segunda face é representada pela ‘judicialização danosa’, quando as ações judiciais solicitam tecnologias e/ou serviços que não

estão previstos no sistema e que, por vezes, não possuem registro na Anvisa, sendo danosa por gerar gastos não previstos para a União, para os estados e para os municípios.

Para o entrevistado 3, a judicialização é, muitas vezes, utilizada para fomentar um acesso desregulado ou, pelo menos, um acesso facilitado a novos medicamentos, uma estratégia adotada pela indústria farmacêutica para promover a venda de seus produtos. Para o entrevistado 1, é comum que empresas que produzem medicamentos que são muito judicializados não demandem avaliação à Conitec, pois sabem que as evidências são ruins, que os benefícios são pequenos e que o preço é muito alto. Assim, é preferível para a empresa não ter uma avaliação da Conitec do que ter uma recomendação contrária, porque o juiz pode eventualmente consultar a Conitec e constatar no relatório os motivos da não incorporação da tecnologia ao SUS.

Indo ao encontro dessa opinião, o entrevistado 8 relata que

Representantes da indústria afirmam que não irão submeter determinado medicamento à avaliação da Conitec, porque isso leva tempo, vai ter que preparar uma série de estudos e pode ter uma recomendação negativa. E, de certa forma, eles dizem que já estão incorporando pela via judicial.

Ademais, o entrevistado 3 diz:

Às vezes, não é interessante submeter à apreciação da Conitec um novo tratamento, porque a indústria entende que não oferece grandes vantagens em relação ao que já existe e, portanto, vai receber uma deliberação negativa. Muitas indústrias optam por não tentar o acesso ao SUS via Conitec, mas utilizam a judicialização.

Esses depoimentos apontam para um possível efeito das ações judiciais em saúde no Brasil: a criação de uma nova via de incorporação de tecnologias ao sistema público de saúde. Com efeito, a judicialização da saúde tem viabilizado o acesso dos demandantes a

bens e a serviços de saúde, ofertados ou não pelo sistema.

Num cenário onde existem diversos elementos atuando como mecanismos de pressão sobre a Conitec, foi unânime, entre todos os entrevistados, a resposta de que as decisões judiciais em saúde não influenciam o processo de decisão da comissão. Como relatam, por exemplo, os entrevistados 2, 4 e 10, respectivamente:

O fato de uma tecnologia ser objeto frequente de judicialização não deve ser motivo para sua incorporação.

O que eu percebo é que há claramente uma conduta de não aceitar que o simples fato de ocorrer judicialização interfira na decisão de incorporar. A Conitec se baseia em dados científicos, e a judicialização é algo que nem sempre ocorre com base em evidências.

A Conitec não se pauta pela judicialização, sem dúvida alguma!

Alguns entrevistados admitem que, algumas vezes, o tema da judicialização da saúde é discutido no plenário, especialmente na avaliação de determinadas tecnologias que possuem um número elevado de demandas judiciais. Outros acham que a Conitec poderia se antecipar e avaliar tecnologias que já são objeto de ações judiciais, até para que se produzam evidências a respeito delas, como coloca o entrevistado 5:

Quando há alguma tecnologia que está sendo judicializada, é sinal de que ela deve ser analisada. O papel da Conitec é exatamente analisar a propriedade do uso, a extensividade deste uso para que você possa ter um uso racional.

O caso das insulinas análogas, por exemplo, visto nas atas das reuniões, indica que não há influência da judicialização da saúde no trabalho da Conitec. Apesar das fortes discussões a respeito da judicialização dessas insulinas e da constatação dos custos da sua oferta aos

estados e municípios, foi constatado que “o uso da insulina análoga é muito mais uma questão de comodidade do uso do que necessidade do paciente”²⁹⁽⁸⁾.

Um dos membros da Conitec, diante da falta de evidência nos estudos apresentados, sugeriu que os relatórios evidenciando a não superioridade das análogas fossem encaminhados ao Conselho Nacional de Justiça (CNJ) para esclarecimento dos juízes³⁰. Na 20ª reunião, foi encaminhada a proposta à consulta pública com parecer desfavorável à incorporação das insulinas análogas para Diabetes *Mellitus* no SUS. E, na 24ª reunião, os membros do plenário deliberaram, por unanimidade, por não recomendar a sua incorporação^{31,32}.

Outra forte indicação de que não há influência das ações judiciais, referente à incorporação de medicamentos biológicos, foi a apreciação da proposta de incorporação do medicamento Infliximabe, como pode ser observado no trecho da ata de reunião destacado a seguir:

durante a apreciação da proposta de incorporação do Infliximabe para retocolite ulcerativa grave refratária a corticoides, foram apresentadas as contribuições da consulta pública que tinha parecer da Conitec desfavorável à incorporação. Uma das contribuições recebidas, vinda de uma secretaria municipal de saúde, relatou a importância do medicamento ser incorporado devido à grande demanda via judicial, sugerindo a dispensação via protocolos específicos. Os membros do plenário deliberaram, por unanimidade, por não recomendar a incorporação do Infliximabe³³⁽¹¹⁾.

Uma terceira indicação da não influência direta da judicialização nas decisões da Conitec refere-se ao caso do Trastuzumab. Conforme a entrevistada 1, no caso do anticorpo monoclonal, havia uma ação civil pública para incorporar o medicamento no Brasil inteiro, para toda população que fosse diagnosticada com câncer de mama. Assim, foi firmado um termo de ajuste de conduta

com o Judiciário para que a Conitec fizesse a avaliação dessa tecnologia antes da decisão final do juiz. Nesse caso, a decisão da Conitec em recomendar a incorporação foi pautada por evidências científicas e por avaliações econômicas, como pode ser constatado no relatório de incorporação da Conitec. Por essa razão, foi possível delimitar quais grupos da população portadora do câncer de mama teriam acesso ao medicamento e quais exigências seriam solicitadas ao fabricante para que o biológico pudesse ser incorporado ao SUS.

Para alguns entrevistados, o fato da Conitec possuir uma certa heterogeneidade na sua composição – fazem parte do Plenário representantes de sete secretarias do MS, do Conselho Federal de Medicina, do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar e da Anvisa – torna o processo de decisão mais equilibrado.

Teoricamente, todos assinaram e têm que declarar seus conflitos de interesses, mas o plenário, pela pluralidade que tem [...] vai ter interesses de cada ator envolvido, só que tem o interesse principal, central, que é o cidadão/usuário. Então, esses interesses, essa correlação de forças, a própria pluralidade do plenário ajuda a equilibrar essas influências. (Ent. 8).

Em todas as relações humanas, você vai ter sempre algumas questões ideológicas ou pessoais que vão influenciar em determinadas situações. O importante é você ter todas as visões dentro do mesmo lugar. Se você tiver isso, você anula os conflitos de interesse, o que é o caso dessa casa aqui. (Ent. 10).

O desenho da Conitec incorporou um pouco dessa representação social. A presença dessas pessoas traz outra dimensão, e isso não se refere ao voto em si, mas se refere ao conteúdo da discussão que é realizada no plenário da Conitec. (Ent. 2).

A gente tem aqui um certo equilíbrio entre atores

e pessoas preparadas para identificar eventuais vieses ou buscar informações adicionais que respaldem a sua colocação e a sua decisão. Existe um certo equilíbrio bastante importante aqui dentro. (Ent. 11).

A diversidade de sujeitos que compõem a Comissão parece atuar como um elemento facilitador do processo de tomada de decisão da Conitec. Para os entrevistados, é exatamente a diversidade que proporciona um equilíbrio e uma certa segurança aos membros do Plenário, visto que diversas questões podem ser consideradas e elucidadas a partir da colocação dos conhecimentos e das opiniões dos diversos atores envolvidos na decisão, o que pôde ser observado também nas reuniões.

Outro elemento que pode minimizar os conflitos de interesse dos possíveis *stakeholders* e, assim, legitimar o trabalho da Conitec é a transparência com que as ações são realizadas (exigidas pela Lei nº 12.401/2011 e pelo Decreto nº 7.646/2011)^{11,12}. Assim, todo o processo de incorporação de tecnologias em saúde é de acesso público e colocado em consulta pública antes da decisão final.

Acredito que, por ser um processo transparente, garante-se de fato a legitimidade do mesmo. Eu acho que a gente tem que evoluir para que todos reconheçam a Conitec como uma entidade legítima, com todas essas características de transparência, de segurança, com interesse de fato em beneficiar os usuários do Sistema Único de Saúde. (Ent. 9).

Discussão

A análise das entrevistas, das atas de reuniões e dos relatórios, somada ao que foi observado nas reuniões da Conitec, revelou que, apesar de a existência de ações judiciais relativas à incorporação de tecnologias muitas vezes fazer parte das discussões do plenário, não é um fator decisivo para a tomada de decisão da Comissão. Ao contrário, este estudo apontou que os membros da Conitec

seguem, rigorosamente, o fluxo de incorporação de tecnologias regulamentado pela Lei nº 12.401/2011, pelo Decreto nº 7.646/2011 e pelo regimento interno da Comissão.

Contudo, apesar de não ter sido encontrado qualquer indício de influência direta das ações judiciais sobre as decisões da Conitec quanto à incorporação de medicamentos biológicos ao SUS, ficou claro que o tema da judicialização da saúde está muito presente nas discussões da Comissão.

Alguns estudos apontam a existência de uma relação entre o aumento do número de ações judiciais que requisitam medicamentos e a incorporação destes no SUS, e concluem que a judicialização da saúde, por interferir demasiadamente nas políticas de saúde, transformou-se em pressão para incorporação de fármacos pelo setor público^{18,21,23}.

Os achados deste estudo, que mostram a não influência direta das ações judiciais sobre as decisões de recomendação de incorporação ou não de medicamentos biológicos, podem ser vistos como uma evidência de que a robusta legislação referente à incorporação de tecnologias de saúde e sua estrita observância pelos membros da Conitec, no período analisado, decorrem de iniciativas e condutas adotadas, em certa medida, como estratégias de proteção contra influências ilegítimas, que tomam, às vezes, a forma de ações judiciais.

Assim, torna-se possível, para a Conitec, concentrar sua atenção e basear suas decisões nos resultados dos estudos de avaliação de tecnologias em saúde, de análise de custo-efetividade e de impacto orçamentário, recomendando a incorporação ao SUS apenas daquelas tecnologias seguras, eficazes e com uma melhor relação custo-efetividade do que as alternativas já ofertadas.

Nesse sentido, verifica-se a existência de uma influência indireta do fenômeno da judicialização da saúde sobre o processo de incorporação de tecnologias no SUS, quando se consideram as motivações para a formulação da lei e das normas que regulamentam o funcionamento da Conitec e quando se

identifica a preocupação dos dirigentes da Conitec em respeitar escrupulosamente as normas legais e evitar as influências percebidas como ilegítimas.

A Audiência Pública da Saúde, convocada em 2009 pelo Supremo Tribunal Federal, certamente, impulsionou a aprovação da Lei nº 12.401/2011, considerando que se discutiu bastante a necessidade de que o processo de incorporação de tecnologias no SUS fosse formalizado, tornando-se mais transparente, com a possibilidade de maior participação dos usuários do SUS em suas decisões^{34,35}. Essa audiência teve a finalidade especial de promover a participação social por meio de depoimentos de autoridades e pessoas interessadas, contribuindo para o deslinde de questões técnicas, científicas, administrativas, políticas e econômicas envolvidas nas decisões judiciais sobre saúde³⁵.

Outra evidência da influência do fenômeno da judicialização da saúde sobre a definição do processo de incorporação de tecnologias no SUS refere-se a duas iniciativas estabelecidas, em 2010, pela Instituição.

A primeira iniciativa se refere à Recomendação nº 31/2010³⁶, que orienta os tribunais de todo o País a adotarem uma série de medidas visando a apoiar magistrados e outros operadores do direito a fim de assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais pertinentes ao direito à saúde.

A outra iniciativa do CNJ foi a criação do Fórum Nacional do Judiciário para o ‘monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde’ e para ‘criar ainda medidas concretas voltadas à otimização de rotinas processuais bem como a estruturação e organização de unidades judiciárias especializadas’, por meio da Resolução nº 107³⁷.

De modo geral, as recomendações do CNJ orientam a aproximação dos campos do direito e da saúde.

De fato, ao menos em parte, por conta das recomendações, a Conitec tem se aproximado do Poder Judiciário. Para isso, entre outras estratégias, tem promovido ações voltadas

à instrumentalização dos magistrados para a tomada de decisão. Uma dessas ações é a parceria firmada entre a Conitec e o CNJ, que resultou na disponibilização de um canal direto (conitec@saude.gov.br) para responder a questionamentos dos magistrados sobre a incorporação de medicamentos, produtos ou procedimentos no SUS.

O Balanço Conitec 2012-2014³⁸ informa que a emissão de respostas aos questionamentos oriundos do Ministério Público e de órgãos do Poder Judiciário, quanto à incorporação de tecnologias no SUS, é um trabalho diário realizado pela sua Secretaria Executiva. De janeiro de 2012 a agosto de 2014, foram respondidos 701 questionamentos.

Outra estratégia de aproximação com o Poder Judiciário é a disponibilização de fichas técnicas sobre tecnologias de saúde no site da Conitec, com o propósito de subsidiar as decisões dos magistrados. Atualmente, estão disponibilizadas no sítio eletrônico da Conitec (www.conitec.gov.br) 77 fichas técnicas de diversas tecnologias em saúde, sendo 23 sobre medicamentos biológicos. Essas fichas técnicas possuem informações sobre medicamentos e produtos para a saúde, no que se refere à disponibilidade ou não da tecnologia no SUS, à recomendação ou não de sua incorporação, ao custo de tratamento, à existência de alternativas no sistema público de saúde e à disponibilidade ou não de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para a situação clínica relacionada.

Um terceiro movimento da Conitec de aproximação com o Judiciário tem sido a participação de seus membros em eventos promovidos pelos Comitês Executivos de Saúde, criados por recomendação do CNJ. Além disso, a Conitec tem participado regularmente, juntamente com a Consultoria Jurídica do MS, de várias audiências no Ministério Público e no Poder Judiciário para tratar de temas acerca da incorporação de tecnologias em saúde.

Diante da complexidade do objeto de investigação deste estudo, não foi possível esgotar todas as facetas relacionadas à influência das ações judiciais relativas a medicamentos

biológicos na recomendação de incorporação destes no SUS pela Conitec. Desse modo, levanta-se a necessidade da realização de novos estudos no que diz respeito ao preenchimento das seguintes lacunas: acompanhamento da incorporação e disponibilização dos medicamentos biológicos aos usuários do SUS, avaliando as alterações nos Protocolos Clínicos e nas Diretrizes Terapêuticas, atualização da Rename e avaliação dos prazos para a disponibilização do medicamento no SUS. Uma outra possibilidade de estudo se refere à comparação do quantitativo de ações judiciais em saúde para requisição de medicamentos biológicos ao SUS, antes e após terem sido incorporados ao sistema.

Conclusões

Diante da magnitude do fenômeno da judicialização e de suas diversas facetas políticas, econômicas, éticas, técnicas, sanitárias; diante, também, da falta de consenso tanto entre gestores, operadores de direito, médicos quanto dos próprios estudiosos do tema sobre os efeitos das ações judiciais sobre o sistema público de saúde e sobre os modos de enfrentamento do fenômeno; diante, ainda, dos interesses mercadológicos imbuídos nas ações judiciais que solicitam bens e serviços de saúde, constata-se que o funcionamento da Conitec é regulado por leis e decretos que visam à proteção do processo de incorporação de tecnologias de influências ilegítimas para a

incorporação de tecnologias ao SUS, inclusive quando tomam a forma de demandas judiciais. É notória, ademais, a preocupação dos membros da Conitec em seguir a letra da lei.

Deste modo, pode-se concluir que o fenômeno da judicialização da saúde não influencia diretamente o processo de decisão da Conitec com vistas à incorporação de tecnologias no SUS, inclusive de medicamentos biológicos. Contudo, tal fenômeno tem influenciado indiretamente o processo de incorporação de tecnologias, no plano da regulamentação do processo de incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS, através da elaboração de um sólido arcabouço legal pelos gestores, constituído por leis, decretos e normas, como uma forma de proteção contra a pressão que pode ser exercida por interesses diversos, inclusive por meio de ações judiciais.

Colaboradores

Souza KAO contribuiu substancialmente para a concepção, o planejamento a análise e a interpretação dos dados; significativamente na elaboração do rascunho; participou da aprovação da versão final do manuscrito. Souza LEPF contribuiu na concepção e planejamento do artigo, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Lisboa ES contribuiu na revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

- Gadelha CAG, Maldonado J, Costa LS, et al. Complexo Produtivo da Saúde: inovação, desenvolvimento e Estado. In: Paim JS, Almeida-Filho N. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 173-184.
- Gadelha CAG, Barbosa PR, Maldonado J, et al. O Complexo Econômico-Industrial da Saúde: conceitos e características gerais. VPPIS/Fiocruz [internet]. 2010 ago [acesso em 2018 set 26]; 1(1):1-17. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/vppis/imagens/ceis/Boletim%20Complexo%20Saude%20Vol%201%202010.pdf>.
- Reis C, Pieroni JP, Souza JOB. Biotecnologia para saúde no Brasil. BNDES. 2010; 32:193-230.
- Malajovich MA. Biotecnologia 2011. Rio de Janeiro: Edições da Biblioteca Max Feffer do Instituto de Tecnologia ORT; 2012.
- Pimenta CG. O ambiente institucional da biotecnologia voltada para a saúde humana no Brasil [dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2008. 133 p.
- Torres-Freire C, Golcher D, Callil V. Biotecnologia em saúde humana no Brasil: produção científica e pesquisa e desenvolvimento. Novos Estudos. 2014 mar; 98:69-93.
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 55, de 16 de dezembro de 2010. Dispõe sobre o registro de produtos biológicos novos e produtos biológicos e dá outras providências. Diário Oficial da União. 17 Dez 2010.
- Scheffer MC. Aids, tecnologia e acesso sustentável a medicamentos: a incorporação dos anti-retrovirais no Sistema Único de Saúde [tese]. [São Paulo]: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2008. 255 p.
- Schwarzer R, Siebert U. Methods, procedures, and contextual characteristics of health technology assessment and health policy decision making: comparison of health technology assessment agencies in Germany, United Kingdom, France, and Sweden. Int J Technol Assess Health Care. 2009; 25(3):305-314.
- Caetano R, Silva RM, Pedro EM, et al. Incorporação de novos medicamentos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS, 2012 a junho de 2016. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2017 ago [acesso em 2018 out 01]; 22(8):2513-2525. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002802513&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS. [internet]. 2011 [acesso em 2018 jun 29]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm.
- Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências. [internet]. 2011 [acesso em 2018 jun 29]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7646.htm.
- Pierro B. Demandas crescentes: parcerias entre instituições de pesquisa e a esfera pública procuram entender a judicialização da saúde e propor estratégias para lidar com o fenômeno. Rev. Pesquisa Fapesp. 2017; 18(252):18-25.
- Brasil, Ministério da Saúde. Relatório de gestão 2016. Brasília, DF: 2017.
- Vieira FS. Texto para discussão: Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único de Saúde no período de 2010 a 2016. Rio de Janeiro: Ipea; 2018.
- Chieffi AL, Barata RB. Ações judiciais: estratégia

- da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. *Rev. Saúde Pública*. 2010; 44(3):421-429.
17. Lopes LC, Barberato-Filho S, Costa AC, et al. Uso racional de medicamentos antineoplásicos e ações judiciais no Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*. 2010; 44(4):620-628.
 18. Diniz D, Medeiros M, Schwartz IDD. Consequências da judicialização das políticas de saúde: custos de medicamentos para as mucopolissacaridoses. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(3):479-489.
 19. Vieira FS. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. *Rev. Saúde Pública*. 2008; 42(2):365-369.
 20. 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*. 2005; 21(5):525-34.
 21. Torres IDC. Judicialização do acesso a medicamentos no Brasil: uma revisão sistemática [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva; 2013. 86 p.
 22. Lisboa ES, Souza LEPP. Por que as pessoas recorrem ao Judiciário para obter o acesso aos medicamentos? O caso das insulinas análogas na Bahia. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(6):1857-1864.
 23. Guimarães R. Incorporação tecnológica no SUS: o problema e seus desafios. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(12):4899-4908.
 24. Machado MAA, Acúrcio FA, Brandão CMR, et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2011; 45(3):590-598.
 25. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAMME 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
 26. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
 27. Minayo MCS, Deslandes SF. *Caminhos do pensamento – epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
 28. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF; 2012.
 29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Inovação. Ata da 17ª Reunião da Conitec: Brasília, DF; 2013.
 30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Inovação. Ata da 18ª Reunião da Conitec: Brasília, DF; 2013.
 31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Inovação. Ata da 20ª Reunião da Conitec: Brasília, DF; 2013.
 32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Inovação. Ata da 24ª Reunião da Conitec: Brasília, DF; 2014.
 33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Inovação. Ata da 23ª Reunião da Conitec: Brasília, DF; 2014.
 34. Terrazas FV. Novos elementos no cenário da judicialização da saúde: análise das decisões dos Tribunais Superiores. In: Santos L, Terrazas FV. *Judicialização da Saúde no Brasil*. Campinas: Saberes Editora; 2014. p. 307-330.
 35. Balestra Neto O. A jurisprudência dos tribunais superiores e o direito à saúde – evolução rumo à racionalidade. *Rev. Direito Sanitário*. 2015; 16(1):87-111.
 36. Conselho Nacional de Justiça. Recomendação nº 31 de 30 de março de 2010. Recomenda aos tribunais a adoção de medidas visando melhor subsidiar os magistrados e demais operadores de direito, para asse-

gurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo assistência à saúde. Brasília, DF [internet]. 2010 [acesso em 2018 nov 13]. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/files/atos_administrativos/recomendao-n31-30-03-2010-presidencia.pdf.

37. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 107, de 2010. Institui o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. [internet]. 2010 [acesso em 2018 jun 29]. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/files/atos_administrativos/resoluo-n107-06-04-2010-presidencia.pdf.

38. Brasil. Balanço Conitec 2012-2014. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. [internet] 2014 [acesso em 2018 jun 29]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Artigos_Publicacoes/BalancoCONITEC.pdf.

Recebido em 09/07/2018

Aprovado em 22/10/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: pesquisa do projeto 'Análise de Políticas de Saúde no Brasil (2003-2017)' apoiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e Ministério da Saúde (Chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit nº 41/2013)

Planos de Cargos, Carreiras e Salários: perspectivas de profissionais de saúde do Centro-Oeste do Brasil

Position Plans, Careers and Salaries: perspective of health professionals from the Central-West Brazil

Tatiana de Medeiros Carvalho Mendes¹, Renata Fonsêca Sousa de Oliveira², Juliana Marques Nogueira Mendonça³, Antônio Medeiros Junior⁴, Janete Lima de Castro⁵

DOI: 10.1590/0103-1104201811905

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Observatório de Recursos Humanos em Saúde - Natal (RN), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5824-3801>
tameca@hotmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Observatório de Recursos Humanos em Saúde - Natal (RN), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8103-4127>
fonrenata@hotmail.com

³Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Observatório de Recursos Humanos em Saúde - Natal (RN), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0423-351X>
juli.deusefiel77@gmail.com

⁴Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Departamento de Saúde Coletiva - Natal (RN), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5928-2896>
soriademjunior@gmail.com

⁵Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Departamento de Saúde Coletiva e Observatório de Recursos Humanos em Saúde - Natal (RN), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1823-9012>
janetecastro.ufrn@gmail.com

RESUMO O aperfeiçoamento das práticas de gestão do trabalho constitui uma exigência para os serviços de saúde de todas as regiões do País. O presente estudo analisa a implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) nas instituições de saúde, a partir da perspectiva dos profissionais de saúde da região Centro-Oeste do Brasil. Trata-se de um estudo documental, de abordagem qualitativa. O conteúdo textual dos documentos foi submetido à análise lexicográfica e Classificação Hierárquica Descendente (CDH), com auxílio do software Iramuteq. Os documentos foram analisados à luz da Análise de Conteúdo de Bardin. O universo da pesquisa se constituiu de 211 documentos. Quanto ao perfil dos profissionais cujos depoimentos constam nos documentos da pesquisa, observou-se predominância de servidores do sexo feminino, na faixa etária de 36 a 50 anos, de nível superior e da esfera estadual. Apesar de persistirem desafios, como condições desfavoráveis de trabalho e não cumprimento dos direitos trabalhistas por parte de alguns gestores, o PCCS mostra-se como um instrumento de motivação dos trabalhadores, contribuindo para valorização, fixação e perspectiva de carreira, principalmente no âmbito federal.

PALAVRAS-CHAVE Recursos humanos em saúde. Organização e administração. Trabalho. Mobilidade ocupacional. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *The improvement of working management practices is a requirement for health services in all regions of the Country. The present study analyzes the implementation of the Position Plans, Careers and Salaries (PCCS) in health institutions, from the perspective of health professionals in the Central-West region of Brazil. This is a documentary study, with a qualitative approach. The textual content of the documents was submitted to the lexicographical analysis and Descending Hierarchical Classification (DHC), with the help of the Iramuteq software. The documents were analyzed in the light of the Bardin Content Analysis. The research universe consisted of 211 documents. As for the profile of the professionals whose testimonies are contained on the research documents, it was observed the predominance of female servers, in the age group of 36 to 50 years, with a higher education level and from the state sphere. Despite the challenges, such as unfavorable working conditions and non-compliance of labor rights by some managers, the PCCS shows itself as a motivational instrument to the workers, contributing to the valorization, fixation and career prospects, especially at the federal level.*

KEYWORDS Health manpower. Organization and administration. Work. Career mobility. Unified Health System.



Introdução

As intensas transformações que acometem o mundo do trabalho têm apresentado contínuos desafios para a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, a reflexão sobre as práticas de gestão do trabalho passa a ser uma necessidade, e o seu aperfeiçoamento, uma exigência.

Para a chamada área de gestão do trabalho das instituições de saúde, está definido, no arcabouço governamental, um conjunto atribuições que, muitas vezes, não se concretizam no cotidiano da gestão dos serviços de saúde. Essa situação de não concretude costuma ser analisada como reflexo do distanciamento dos gestores das chamadas ‘questões de RH’, assim como também revela a complexidade de uma problemática que vem se perpetuando no âmbito do SUS: a insuficiência e ou fragilidade de instrumentos, práticas ou estratégias que tenham como pressuposto a organização do trabalho e a valorização do trabalhador da saúde. Esse talvez seja um dos grandes paradoxos da administração pública.

No cotidiano das secretarias estaduais e municipais de saúde, alguns instrumentos de gestão do trabalho são nomes conhecidos de longa data, tais como: Avaliação de Desempenho da força de trabalho e Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS). Outros são mais recentes, como Mesa de Negociação e Dimensionamento de Pessoal. Todavia, apesar de serem considerados fundamentais para a estruturação, organização e qualificação da gestão¹, esses instrumentos costumam passar por um longo processo de discussão e, muitas vezes, não têm sua implantação assegurada.

Este artigo aborda o PCCS, compreendendo-o como um instrumento de gestão da política de pessoal que orienta a inserção e estabelece estímulos de desenvolvimento pessoal e profissional aos trabalhadores². O PCCS consiste em um conjunto de regras que orienta a trajetória dos trabalhadores em sua carreira, com o objetivo de valorizar o servidor³. Por meio dele, o trabalhador

poderá se informar sobre suas possibilidades de desenvolvimento profissional e financeiro⁴.

Todavia, faz-se importante destacar que a gestão de carreiras não é uma questão meramente técnica. Devem ser sempre consideradas as estruturas socioeconômicas e o contexto histórico dentro do qual os profissionais estão envolvidos⁵. Nessa perspectiva, Vieira et al.⁶ destacam que o processo de implantação de um plano de carreira não deve ser entendido como uma peça neutra, isto é, passível de ser justificado apenas pela racionalidade administrativa. Esse processo sempre terá, também, um caráter político, econômico, social e cultural.

A institucionalização da carreira mediante a implantação do PCCS é considerada como uma importante política atrativa para os trabalhadores do SUS e uma forma poderosa de fixação destes, visto que oportuniza a perspectiva de carreira e o compromisso das instituições de saúde com o desenvolvimento do trabalhador⁷. Também é considerada uma forma de motivação e valorização dos trabalhadores⁸.

Contudo, observa-se que, apesar da existência de todo o arcabouço jurídico e do reconhecimento prestado a essa temática, que ocupa lugar de destaque nas discussões e deliberações dos principais fóruns realizados nas últimas décadas, ainda é alto o contingente de secretarias que não usam o PCCS como uma ferramenta de gestão. Porém, mesmo com o reconhecimento pelos gestores das vantagens na adoção desse instrumento, são mencionados inúmeros desafios, como questões de natureza legal, financeira, técnica e política, que constituem barreiras restritivas à sua viabilização¹.

Deste modo, diante da necessidade de reforçar a discussão sobre as estratégias e os instrumentos de gestão do trabalho, este artigo tem como objetivo analisar a implantação do PCCS nas instituições de saúde a partir da perspectiva dos profissionais de saúde da região Centro-Oeste do Brasil.

Material e métodos

Trata-se de um estudo documental, de abordagem qualitativa. Os documentos foram produzidos no período de novembro de 2014 a janeiro de 2016, em uma plataforma virtual de Cursos de Especialização e de Aperfeiçoamento em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Eles constituem-se de relatos de profissionais de saúde, estudantes do curso (nível médio e superior), da região Centro-Oeste do Brasil, em fóruns de discussão sobre PCCS nos referidos cursos.

O fórum representa uma ferramenta de comunicação eficaz em cursos de educação a distância, pois viabiliza a interação e o apoio a atividades educacionais entre alunos e tutores ao longo do processo de ensino-aprendizagem. A utilização desse recurso possibilita a criação de espaços democráticos a partir de depoimentos significativos sobre determinado tema, favorecendo, assim, a construção do conhecimento⁹.

Foram incluídos documentos com depoimentos dos profissionais de saúde que possuíam PCCS exclusivos do setor saúde em suas instituições. Participaram dos cursos profissionais com um dos seguintes perfis: profissionais gestores ou integrantes da equipe gestora, responsáveis pela formulação e execução de políticas na área de gestão do trabalho e da educação na saúde/recursos humanos do SUS; gestores, integrantes da equipe gestora ou docentes das Escolas Técnicas do SUS ou das Escolas de Saúde Pública do SUS; membros das mesas de negociação permanente do SUS ou integrantes dos espaços de negociação do trabalho do SUS, formalmente instituídos; secretários de saúde, gerentes de regionais de saúde ou distritos sanitários; integrantes das equipes de direção de Gestão de Recursos Humanos/Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde dos escritórios de representação do Ministério da Saúde nos estados; gestores de hospitais, de Unidades de Referência ou de Unidades Básicas de Saúde; membros da equipe de Gestão de Recursos Humanos/Gestão do

Trabalho e Educação na Saúde dos escritórios da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), localizados nos estados onde ocorreu o curso; e integrantes da equipe técnica do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) ou da Comissão Intergestora Bipartite (CIB).

Os critérios de exclusão utilizados foram: documentos de profissionais que não pertenciam à região Centro-Oeste, documentos com depoimentos repetidos, bem como documentos e trechos da redação documental dos fóruns que não se adequavam ao escopo do estudo.

Após seleção dos documentos, realizou-se a preparação do *corpus* para análise textual. Os dados foram tratados de março a junho de 2017. O conteúdo textual dos documentos foi submetido à análise lexicográfica e Classificação Hierárquica Descendente (CDC), com auxílio do *software* Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq).

O Iramuteq é um *software* livre que viabiliza diferentes tipos de análises de dados textuais, desde a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras) até análises multivariadas (análise de similitude e classificação hierárquica descendente). O *software* Iramuteq apresenta rigor estatístico e permite aos pesquisadores utilizar diferentes recursos técnicos de análise lexical¹⁰.

Utilizou-se a Classificação Hierárquica Descendente como método de tratamento dos dados. Essa análise visa a obter categorias que o programa denomina classes, as quais são constituídas por vocábulos homogêneos entre si e vocábulos diferentes em relação às outras classes/categorias. Após a realização de cálculos estatísticos textuais, o *software* organiza a análise dos dados em um dendrograma que ilustra as relações entre essas classes/categorias. Em âmbito interpretativo, a significação das classes depende do marco teórico de cada pesquisa¹¹.

Após a conformação de três classes semânticas pelo *software*, os documentos foram analisados à luz da Análise de Conteúdo, que, segundo Bardin¹², consiste em um conjunto de técnicas e análise das comunicações que

objetiva obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens.

O estudo foi realizado com base nos princípios da bioética e submetido à análise do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), em cumprimento à Resolução nº 466/2012, sendo aprovado com número de Parecer: 1.908.863 e CAAE: Coletiva 63139316.7.0000.5292.

Resultados e discussão

O universo da pesquisa se constituiu de 211 documentos, sendo 42,2% de Goiás, 36% de Mato Grosso, 11,4% de Mato Grosso do Sul e 10,4% do Distrito Federal. Quanto ao perfil dos profissionais cujos depoimentos constam nos documentos textuais da pesquisa, observou-se predominância de servidores do sexo feminino (79,6%), na faixa etária de 36 a 50 anos (46,4%), de nível superior (91,9%) e da esfera estadual (54%), conforme o observado na *tabela 1*.

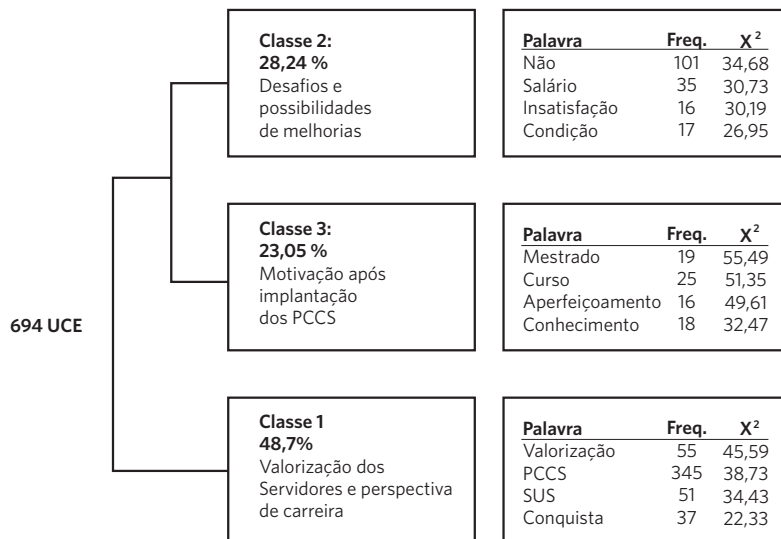
Tabela 1. Caracterização dos sujeitos da pesquisa, região Centro-Oeste, Brasil, 2017

| VARIÁVEIS | | TOTAL (n%) |
|-----------------------|----------------|------------|
| Sexo | Feminino | 168 (79,6) |
| | Masculino | 43 (20,4) |
| Faixa etária (anos) | 20 a 35 anos | 81 (38,4) |
| | 36 a 50 anos | 98 (46,4) |
| | 51 a 66 anos | 31 (14,7) |
| | Sem informação | 1 (5) |
| Escolaridade | Nível Médio | 12 (5,7) |
| | Nível Superior | 194 (91,9) |
| | Sem informação | 5 (2,4) |
| Esfera administrativa | Municipal | 74 (35,1) |
| | Estadual | 114 (54) |
| | Federal | 16 (7,6) |
| | Sem informação | 7 (3,3) |

A análise do *corpus*, proveniente dos documentos, resultou em 27.571 ocorrências de palavras, distribuídas em 3.653 formas. Por meio da Classificação Hierárquica Descendente,

foram analisados 694 segmentos de texto, com retenção de 89,32% do *corpus* textual para construção das três classes advindas das partições de conteúdo (*figura 1*).

Figura 1. Dendrograma do corpus Plano de Cargos, Carreiras e Salários. 2017



Fonte: Elaboração própria.

As três classes serão apresentadas e comentadas a seguir, exemplificadas com temas correspondentes a cada uma. Os sujeitos foram identificados numericamente, de acordo com a esfera administrativa (M: Municipal; E: Estadual; F: Federal).

Valorização dos servidores e perspectiva de carreira

A Classe 1, denominada 'Valorização dos servidores e perspectiva de carreira', agrupou 48,7% do corpus textual analisado e denotou como vocábulos significativos: 'valorização', 'PCCS', 'SUS' e 'conquista'. Por meio dessa classe, compreende-se que quanto mais o profissional sentir-se valorizado, mais se sentirá motivado a prestar um serviço de qualidade à população.

Percebe-se uma diferenciação dos documentos quando se comparam as diferentes esferas administrativas, de modo que os profissionais do nível federal expressaram mais sentimentos de valorização profissional, bem como uma maior contribuição do PCCS para a motivação e a fixação dos servidores.

No que se refere aos servidores da esfera

municipal, apesar de o PCCS ter promovido a valorização e a fixação dos servidores em alguns municípios, em muitos outros não houve essa fixação, devido às condições desfavoráveis de trabalho e ao não cumprimento dos direitos trabalhistas por parte da gestão.

[...] A política de valorização dos trabalhadores, através do PCCS na instituição, ajudou a motivar e fixar os profissionais da força de trabalho, promovendo melhor qualidade dos serviços na promoção de saúde para comunidade. [...]. (M 123).

[...] O PCCS do nosso município não é um dos piores, porém requer algumas melhorias no que diz respeito, principalmente, à valorização do profissional que se qualifica. É uma conquista recente, porém está ajudando à fixação de servidores em algumas categorias. [...]. (M 194).

[...] Certamente, o Plano serviu como um incentivo para o servidor criar ainda mais vínculo com o município, baseado na possibilidade de ascensão na carreira. Porém, a atual gestão não tem cumprido com as determinações previstas no PCCS, ou seja, os funcionários não estão recebendo

devidamente as suas progressões, que deveriam ser pagas a cada 2 anos por direito, conforme está previsto na Lei do PCCS. [...]. (M 26).

Para alguns autores, a implantação do PCCS tem sido considerada como uma ferramenta fundamental ao desenvolvimento gerencial dos serviços de saúde, para auxiliar na fixação dos trabalhadores e, conseqüentemente, consolidar o SUS¹³.

Schuster e Dias¹⁴ destacam que os PCCS viabilizam crescimento profissional e que há uma reação em cadeia, visto que, percebendo as possibilidades de desenvolvimento e crescimento dentro da instituição, o profissional poderá enxergar novas possibilidades nesse ambiente, motivando-se para o trabalho e sendo influenciado em seu planejamento pessoal. Todos esses fatores, integrados, podem gerar mais motivação e comprometimento, refletindo em resultados positivos para a organização.

A literatura mostra que dificuldades de atração e fixação ainda são desafios para a gestão do SUS. Nesse contexto, a ausência dos PCCS é citada como um dos fatores que dificultam ainda mais a fixação dos profissionais de saúde, além de fatores como a remuneração e as condições de trabalho aquém das expectativas, dificuldade de acesso aos locais de trabalho, exigências de cumprimento de carga horária integral ou de dedicação exclusiva, baixa oportunidade de progressão profissional, falta de profissionais, vínculos precários, entre outros¹⁵.

No tocante à esfera estadual, na fala de alguns profissionais, observa-se a falta de prioridade dos gestores de alguns estados quanto ao cumprimento dos PCCS. No entanto, em outros estados, percebe-se o sentimento de valorização do trabalhador nos segmentos de textos em destaque:

[...] Não há dúvidas de que o PCCS auxilia e muito a fixação do servidor no estado, porém, ainda precisa ser reformulado, pois já está deficitário. Ainda é um bom instrumento de valorização profissional. [...]. (E 185).

[...] A implantação do PCCS dos servidores do SUS foi uma grande vitória para os trabalhadores há mais de 10 anos atrás. Representou valorização, coerência e incentivo à qualificação e pesquisa no âmbito da Saúde Pública. Hoje, amarga total descaso por parte dos gestores. Muitas de suas prerrogativas, que já serviram de modelo para outros estados brasileiros, são desrespeitadas e cruelmente deixadas de lado, a exemplo do incentivo à educação continuada e à qualificação [...]. (E 167).

[...] Por meio do PCCS, se garantiu a valorização do trabalhador, melhor remuneração e reconhecimento da qualificação adquirida, assegurando benefícios, como oportunidade de formação, qualificação e progressão, vantagens estendidas a todos os profissionais através de isonomia salarial, manutenção de todos os rendimentos em subsídio único, direito às ações de segurança e saúde do trabalhador, dentre outros. [...]. (E 162).

Os PCCS devem ser construídos de forma democrática, com a presença dos trabalhadores. Além disso, estabelecer um plano de carreira por si só não garante que os objetivos desse instrumento sejam atingidos. A qualidade do plano de carreira e de sua efetiva implementação é o que determinará esses objetivos¹⁶.

É fundamental implantar o plano de acordo com o que foi planejado, visto que os PCCS aquém da proposta original causam insatisfação ou, ao menos, indiferença por parte de seu público alvo⁴.

Além disso, sabe-se que os planos devem ser readequados quando necessário. Neste sentido, a necessidade de reformulação do plano também esteve presente na fala de alguns servidores. Resultado semelhante foi encontrado em estudo com gestores de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil, em que a necessidade de revisão e adequação dos PCCS foi expressa nos relatos de secretários municipais que mostraram interesse em iniciar discussões sobre o tema, seja por meio da formulação de comissões locais ou através da contratação de consultores¹⁷.

A motivação e a fixação dos servidores, devido à implementação dos PCCS, estiveram mais presentes nos documentos dos servidores da esfera federal, conforme se observa nos segmentos de texto a seguir.

[...] apesar da ineficiência de alguns órgãos, considero que o PCCS ajudou sim a fixar o trabalhador nas instituições, e é um instrumento motivador para o trabalho, uma grande conquista do servidor público [...]. (F 44).

[...] Quanto à fixação do servidor, por se tratar de um órgão público, onde o ingresso é através de concurso público, a fixação já é garantida. Ocorre a valorização do trabalhador e a melhoria da qualidade dos serviços prestados, mas a maior motivação é a melhoria do salário [...]. (F 47).

[...] A política de PCCS no Hospital... tem sido de grande incentivo ao aprimoramento e à política de progressão do servidor. O trabalhador público federal tem sua política de progressão fluindo de forma bem tranquila. Isso, certamente, cria motivação no servidor, contribuindo para sua fixação e criando perspectiva de carreiras [...]. (F 46).

Os achados desta pesquisa vão ao encontro dos resultados do estudo de Scalco, Lacerda e Calvo⁸, os quais afirmam que a valorização do trabalhador representa um dos fatores determinantes para a motivação e a manutenção do trabalhador nos serviços. Os autores destacam que mudanças constantes de profissionais podem gerar interrupção das atividades e dificultar o vínculo dos profissionais com os pacientes e a comunidade, e, como fator de valorização dos profissionais, eles apresentam a implantação de PCCS nas instituições.

Portanto, de forma geral, quando realmente implantado e implementado pelos gestores, o PCCS tem se mostrado como fator motivador e de fixação dos profissionais nas instituições públicas. Nesta perspectiva, a literatura mostra dificuldades de fixação de profissionais de saúde devido a fatores como a ausência de implementação de um PCCS¹⁸.

Vieira⁶ destaca que a implantação de um PCCS não significa apenas ganhos em termos remuneratórios, uma vez que pode ser um instrumento poderoso de melhoria das condições de trabalho, capacitação profissional e, acima de tudo, de reconhecimento do trabalhador.

Desafios e possibilidades de melhorias

A Classe 2, com 28,24% do *corpus* analisado, denota os ‘Desafios/Limitações e Possibilidades de Melhorias’ após implantação dos PCCS. Apresentou como vocábulos mais significativos: ‘não’, ‘salário’, ‘insatisfação’, ‘condição’, com destaque para a insatisfação dos trabalhadores, ocasionada pelas más condições de trabalho, pelos baixos salários e pela não implementação dos PCCS pelos gestores.

[...] No início, todas as perspectivas foram garantidas, mas atualmente a desmotivação tomou conta do servidor, e têm muitos servidores fazendo concurso para outras áreas e abandonado a atual. Isso se deve não ao termo financeiro, mas à questão desumanizante que se encontra a atual Secretaria de Estado, tanto faz em termos físicos como humano. A maioria dos servidores se vê sobrecarregados e sem nenhuma vontade de esperar mudanças ou vê-las acontecer [...]. (E 153).

[...] A atual gestão não tem cumprido com as determinações previstas no PCCS, ou seja, os funcionários não estão recebendo devidamente as suas progressões, que deveriam ser pagas a cada 2 anos por direito, conforme está previsto na Lei do PCCS [...]. (M 26).

[...] É um plano jovem. Contudo, só houve uma progressão de letra, e a insatisfação tomou conta dos servidores não apenas por isto, mas principalmente por melhores condições de trabalho [...]. (M 40).

[...] Estamos passando por um momento crítico da saúde, acompanhado de falta de profissionais nas unidades, falta de recursos materiais, unidades

depredadas e funcionários descontentes. Tudo isso gera o que já acompanhamos há algum tempo: o descontentamento da população mal assistida. Percebemos, com essa realidade, que um plano não deve ser executado sem a observância e fiscalização de princípios básicos [...]. (E 11).

Percebe-se, principalmente nos segmentos textuais dos estados e municípios, desmotivação e insatisfação devido às más condições de trabalho. Ter um ótimo ambiente de trabalho é um fator importante para que o profissional se sinta motivado e satisfeito com o trabalho que executa¹⁹. Também, como limitação, a população estudada citou o fato de os PCCS existirem no papel, mas não serem postos em prática pelos gestores.

Rufino e Cagol¹⁶ destacam que as organizações públicas são carentes de práticas e instrumentos de gestão de pessoas eficientes, eficazes e efetivos. Além disso, ressaltam que a garantia de que o PCCS agregará valor para a organização e para os trabalhadores depende de sua coerente aplicação prática, além de sua integração com outros instrumentos e processos de trabalho da gestão de pessoas.

Nesse sentido, estudo de percepção de servidores quanto ao PCCS mostra insatisfação ou, no mínimo, indiferença. Na avaliação dos indicadores utilizados no estudo, percebe-se que o PCCS analisado está aquém de sua proposta original⁴.

Além disso, no presente estudo, foram evidenciadas insatisfações quanto aos baixos salários, falta de oportunidade de qualificação e o fato de alguns planos não contemplarem todas as categorias.

[...] Existe um PCCS, porém, não contempla todas as categorias. Isso deixa muitos servidores descontentes. São profissionais que atuam na saúde, mas que ficaram de fora; o que provocou grande descontentamento entre os profissionais [...]. (M 80).

[...] Não ajudou na fixação. Os baixos incentivos fizeram os trabalhadores migrarem para outros

concursos em outras cidades próximas, ou terem que trabalhar em outras instituições para haver um complemento salarial, negociando horários em seu setor e diminuindo a produtividade [...]. (M 102).

[...] Quanto aos salários, ainda não está a contento, pois, para aquelas profissões que não têm um piso salarial instituído, não houve tanto ganho, porém, melhorou diante da realidade salarial [...]. (M 171).

[...] Sem dar a oportunidade para que o servidor possa frequentar mais cursos e especializações para aumentar esses percentuais, geraram insatisfação e desestímulo entre as diversas classes profissionais [...]. (M 99).

Necessidades de melhorias das condições de trabalho também foram evidenciadas em estudo sobre motivação, realizado por Azevedo et al.²⁰. Eles mostraram que sentimentos de desmotivação e desvalorização, resultantes de condições de trabalho desfavoráveis, interferem diretamente na qualidade da assistência prestada. Os autores destacaram, também, que outros desafios precisam ser superados, a fim de motivar os profissionais, como melhor incentivo salarial, redução de carga horária, aumento de recursos humanos e estruturais, entre outros.

Nos documentos, ainda é percebida a insatisfação por parte de alguns participantes da pesquisa, devido ao fato de o PCCS não contemplar todas as categorias profissionais, mostrando a não adesão de alguns municípios ao princípio da universalidade, presente nas diretrizes nacionais do PCCS-SUS, as quais determinam que os planos de todos os órgãos e instituições públicas do SUS devem abarcar todos os trabalhadores².

Estudo realizado por Vieira et al.⁶ analisou a implantação de PCCS em secretarias municipais e estaduais de saúde e observou desafios quanto à abrangência do plano. Os autores destacam que as maiores dificuldades de inclusão se dão para os profissionais administrativos, considerados pela gestão como profissionais 'sistêmicos', ou seja, aqueles que, apesar de

trabalharem na área da saúde, são contratados para atuar em qualquer um dos setores existentes no âmbito do município/estado.

Outra categoria não contemplada pelo Plano de Cargos é a dos terceirizados. A terceirização de serviços no âmbito do SUS exclui grande parte dos trabalhadores do escopo das políticas de gestão do trabalho e obsta, especialmente, a concretização dos projetos de carreira pública no SUS²¹.

Algumas possibilidades de melhorias citadas nos documentos remetem à luta dos trabalhadores por seus direitos, maior envolvimento da população e gestão participativa.

[...] Sim, estamos em greve. Mas a guerra deveria ser de todos, inclusive da população, que é verdadeiramente massacrada por não terem acesso de qualidade aos serviços públicos. Mas nossa população ainda não entende, e talvez leve mais algumas gerações pra entender e participar [...]. (M 38).

[...] Ter uma gestão participativa e comprometida é fundamental. Manter o diálogo entre as partes envolvidas e cuidar para que as negociações sejam cumpridas é uma tarefa primordial na valorização dos profissionais [...]. (E 11).

[...] E esses PCCS não são atualizados juntos, pois cada categoria precisa lutar, e com afinco, para garantir os direitos conquistados. A falta de valorização dos servidores faz com que os bons profissionais procurem outros concursos. E é desgastante para o servidor ter que lutar por seus direitos e também por melhorias de trabalho. Trabalhar em ambientes precários realmente colabora para um serviço ineficiente, desmotivando os servidores de exercerem a corresponsabilidade, a resolutividade nos atendimentos, e aumentar o absenteísmo [...]. (M 52).

Compreende-se que a elaboração e a implantação de um PCCS, apesar de serem decisões institucionais, na maioria das vezes, são impulsionadas pelas reivindicações das entidades profissionais⁵. Desse modo, a participação direta dos trabalhadores nas discussões deve

ser permanente, buscando consolidar planos que contemplem todos os direitos assegurados.

No entanto, apesar de a implementação dos PCCS ser vista como uma luta de todos os profissionais de saúde e, inclusive, da população, percebe-se que a temática é incipiente como política pública de gestão, além de ser um assunto de pouco domínio dos usuários, sindicalistas e trabalhadores do setor saúde nos municípios estudados²². Dessa forma, cabe aos trabalhadores o desafio de continuar buscando construir estratégias coletivas de organização que defendam seus interesses frente à gestão²³.

Motivação após implantação dos PCCS

A Classe 3, 'Motivação após implantação dos PCCS', representa 23,05% do *corpus* analisado e aborda algumas implicações da implantação de PCCS nas instituições de saúde, destacando-se a motivação dos profissionais de saúde para qualificação. As palavras mais significativas foram 'mestrado', 'curso', 'aperfeiçoamento' e 'conhecimento'.

A motivação, no âmbito organizacional, tem relação com a qualidade do desempenho e dos esforços de seus colaboradores, sendo fundamental a busca de alternativas que motivem os profissionais, a fim de se alcançarem os resultados desejados¹⁹.

O PCCS tem entre seus objetivos motivar as pessoas a serem mais efetivas em seus trabalhos. A motivação deve ser vista como uma estratégia necessária e possível de ser implementada nas instituições de saúde, pois os fatores que interferem na satisfação no trabalho exercem influência no comportamento da equipe. Assim, cabe aos gestores refletir e criar estratégias que resultem nos efeitos desejados²⁴.

Para Castro²⁵, o propósito da implantação do PCCS deve ser possibilitar a valorização do trabalhador e a implantação do processo de carreira na instituição. Quanto à motivação, destaca-se, ainda, uma maior procura de cursos de qualificação profissional pelos profissionais de saúde das três esferas administrativas,

conforme se observa nos segmentos de texto dos documentos a seguir:

[...] O PCCS valorizou a carreira dos profissionais incentivando ao aperfeiçoamento. Mais de 90% dos trabalhadores de nível médio já concluíram faculdade, mestrado. Temos colegas concursados com nível superior, com doutorado. Portanto, o PCCS da categoria trouxe benefícios para a categoria [...]. (M 74).

[...] Criou motivações em vários colegas, incentivando-os a fazerem cursos de aperfeiçoamento, especialização, mestrado, doutorado, com o objetivo de conseguirem um adicional de titulação, considerando a perspectiva da carreira profissional. E, com isso, acabam adquirindo um conhecimento inovador, trazendo implicações positivas tanto para a instituição, pois contará com profissionais mais qualificados, quanto para os trabalhadores e usuários [...]. (E 59).

[...] Dentre as consequências, foram o aumento dos ganhos financeiros devido às gratificações relacionadas à qualificação profissional (pós-graduação, especialização, mestrado ou doutorado), com reflexo na qualidade da assistência à saúde e na permanência e motivação dos profissionais nas instituições. Outra motivação procedente do PCCS refere-se à perspectiva de ampliação das atribuições e competências do trabalho, uma vez que o PCCS contempla o cargo amplo [...]. (F 29).

O PCCS, portanto, mostrou-se como grande motivador para os profissionais buscarem aperfeiçoamento profissional e progressão na carreira dentro das instituições em que trabalham. Os resultados corroboram outros estudos presentes na literatura²⁶, os quais afirmam que o PCCS está fortemente ligado à motivação do servidor, visto que viabiliza o crescimento profissional.

A manutenção de benefícios constantes no PCCS, como conquistas em prol dos servidores públicos, cria novas oportunidades, além do incentivo e do reconhecimento ao aperfeiçoamento acadêmico²⁶.

O incentivo à educação e à formação dos trabalhadores da saúde é estratégia fundamental que deve ser adotada pelas instituições de saúde, no intuito de fortalecer a força de trabalho, sendo considerada uma iniciativa importante para a gestão do SUS²⁷.

O trabalho também é considerado uma fonte de realização pessoal. O ser humano busca satisfazer suas necessidades através da estabilidade no cargo público e do plano de carreira. Neste sentido, além de oferecer essa possibilidade e estabilidade, o PCCS pode fomentar a organização da vida individual e profissional do trabalhador¹⁴.

Considerações finais

Além de serem importantes instrumentos de gestão na área de gestão do trabalho e educação em saúde, os PCCS estão diretamente relacionados à motivação, qualificação profissional, fixação e valorização dos trabalhadores da saúde.

Assim, este estudo possibilitou conhecer, a partir da percepção de profissionais da saúde, as implicações da implantação de PCCS nas instituições de saúde das distintas esferas administrativas, subsidiando novos arranjos capazes de buscar a efetividade dos planos e, conseqüentemente, a valorização profissional.

Esta pesquisa observou que a ausência do PCCS, associada ao não cumprimento dos direitos trabalhistas e às condições desfavoráveis de trabalho, é um fator que gera desmotivação e sentimento de desvalorização nos profissionais. Esses sentimentos estiveram mais presentes nas falas dos profissionais de saúde das esferas municipal e estadual.

É importante que a elaboração do PCCS se dê de forma democrática, contando com a participação dos principais interessados, ou seja, os trabalhadores. Para tanto, defende-se a criação de espaços de discussão, como a Mesa de Negociação do Trabalho e a mobilização dos trabalhadores pelos seus diretos.

O presente estudo apresenta como limitação a dificuldade de se generalizarem os achados,

uma vez que se trata de uma pesquisa qualitativa, envolvendo depoimentos dos sujeitos que participaram dos cursos de pós-graduação já mencionados.

Espera-se que este trabalho contribua para ampliar o leque de debates na área da gestão do trabalho, na busca de se alcançarem melhorias nas condições de trabalho, e que mostre a necessidade de se (re)pensarem novas práticas de gestão, as quais possam incentivar estratégias favorecedoras da valorização e da motivação dos profissionais de saúde.

Colaboradores

Mendes TMC e Oliveira RFS contribuíram substancialmente para a concepção,

planejamento, análise e interpretação dos dados, elaboração e revisão crítica da versão preliminar e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Mendonça JMN contribuiu significativamente para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Medeiros Junior A contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Castro JL contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, elaboração da versão preliminar e participou da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Pierantoni CR, Varella TC, Santos MR, et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS Physis [internet]. 2008 [acesso em 2018 jan 11]; 18(4):685-704. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a05.pdf>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: proposta para discussão e aprovação. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
3. Castro JL. Gerência de Pessoal nos Serviços de Saúde. In: Escola Politécnica Joaquim Venâncio (organizadores). Texto de apoio Administração: série trabalho e formação em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001. p. 79-116.
4. Soares LACF, Soares Filho AAF, Oliveira Júnior AR, et al. Plano de carreiras, cargos e salários (PCCS) e motivação dos trabalhadores em saúde: a percepção dos funcionários da secretaria municipal de saúde de Manaus. Revista de Administração Hospitalar [internet]. 2013 jan-maio [acesso em 2018 jan 11]; 10(1):61-74. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2038>.
5. Castro JL, Vilar RLA, Liberalino FN. Gestão do trabalho e da educação na saúde. Natal: EDUFRRN; 2014.

6. Vieira SP, Pierantoni CR, Magnago C, et al. Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades. *Saúde debate* [internet]. 2017 mar [acesso em 2018 fev 11]; 41 (112):110-121. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n112/0103-1104-sdeb-41-112-0110.pdf>.
7. Oliveira MS. Estratégias de fixação de profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde, no contexto do Pacto pela Saúde. *Divulg saúde debate*. 2009 maio; 44:29-33.
8. Scalco SV, Lacerda J, Calvo MCM. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2010 mar [acesso em 2018 jan 11]; 26(3):603-614. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n3/17.pdf>.
9. Tenório A, Júnior JF, Tenório T. A visão de tutores sobre o uso de fóruns em cursos a distância. *Rev. Bras. Aprendiz. Aberta Distância* [internet]. 2015 mar [acesso em 2018 fev 11]; 14:55-70. Disponível em: <http://seer.abed.net.br/index.php/RBAAD/article/view/264>.
10. Camargo BV, Justo AM. Iramuteq: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas psicol.* [internet]. 2013 [acesso em 2018 fev 11]; 21(2):513-518. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt.
11. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para Uso do Software Iramuteq. Universidade Federal de Santa Catarina Brasil [internet]. [Santa Catarina]: UFSC; [acesso em 2018 out 29]. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>.
12. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
13. Mora CTR, Rizzotto MLF. Gestão do trabalho nos hospitais da 9ª região de saúde do Paraná. *Saúde debate* [internet]. 2015 dez [acesso em 2018 mar 13]; 39(107):1018-1032. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-01018.pdf>.
14. Schuster MS, Dias VV. Plano de Carreira nos Sistemas de Gestão Público e Privado: Uma Discussão a Luz das Teorias Motivacionais. *Revista de Administração IMED* [internet]. 2012 mar [acesso em 2018 fev 11]; 2(1):1-17. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/raimed/article/view/123>.
15. Santini SML, Nunes EFPA, Carvalho BG, et al. Dos 'Recursos Humanos' à Gestão do Trabalho: Uma Análise da Literatura Sobre o Trabalho no SUS. *Trab. educ. saúde* [internet]. 2017 ago [acesso em 2018 mar 13]; 15(2):537-559. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v15n2/1678-1007-tes-1981-7746-sol00065.pdf>.
16. Rufino JD, Cagol F. Plano de Cargos, Carreira e Salários no contexto do Sistema Único de Assistência Social Suas do Paraná. *Cad. Gestão Pública* [internet]. 2012 jul-dez [acesso em 2018 jan 11]; 1(1):43-65. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistaorganizacaoorganizacao/index.php/cadernogestaopublica/article/view/146/59>.
17. Silveira DS, Facchini LA, Siqueira FV, et al. Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2018 [acesso em 2018 mar 13]; 26(9):1714-1726. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/05.pdf>.
18. Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis (Rio J.)* [internet]. 2012 [acesso em 2018 fev 14]; 22(4):1293-1311. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000400003&lng=en.
19. Pedroso DOO, França NS, Oliveira SS, et al. Importância da Motivação dentro das Organizações. *Rev. Ampla Gest. Empre.* [internet]. 2012 out [acesso em 2018 fev 14]; 1(5):60-76. Disponível em: http://www.revistareage.com.br/artigos/primeira_edicao/05_a_importancia_da_motivacao_dentro_das_organizacoes.pdf.
20. Azevedo PD, Azevedo VD, Nunes EM, et al. Aspectos de motivação na equipe de enfermagem e sua influ-

- ência na qualidade da assistência. *Temas Saúde*. [internet]. 2016 [acesso em 2018 fev 14]; 16(2):498-517. Disponível em: <http://temasensaude.com/wp-content/uploads/2016/08/16228.pdf>.
21. Paim JS. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2013 out [acesso em 2018 fev 14]; 29(10):1927-1936. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000003&lng=en.
22. Lacaz FAC, Vieira NP, Cortizo CT, et al. Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologista em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2010 fev [acesso em 2018 mar 14]; 26(2):253-263. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/05.pdf>.
23. Eberhardt LD, Carvalho M. Gestão do Trabalho e Organização Coletiva de Trabalhadores do Setor Público de Saúde. *Trab. educ. saúde* [internet]. 2016 nov [acesso em 2018 mar 14]; 14(1):45-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14s1/1678-1007-tes-14-s1-0045.pdf>.
24. Silveira CD, Stipp MAC, Mattos VZ. Fatores intervenientes na satisfação para trabalhar na enfermagem de um hospital no Rio de Janeiro. *Rev. eletr. enf.* [internet]. 2014 jan-mar [acesso em 2018 mar 14]; 16(1):100-108. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/21002/0>.
25. Castro JL. Saúde e trabalho: direitos do trabalhador da saúde. *Rev. Direito Sanitário* [internet]. 2012 [acesso em 2018 mar 14]; 13(1):86-101. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/55695>.
26. Silva AT, Silva EM. Uma análise da importância da motivação no cotidiano do profissional da educação dentro do contexto do PCCS. *Rev. Cient. Semana Acadêmica* [internet]. 2014 [acesso em 2018 mar 14]; 1(63). Disponível em: https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/uma_analise_da_importancia_da_motivacao_no_cotidiano_do_profissional_da_educacao_dentro_do_contexto_do_pccs_2.pdf.
27. Pinafo E, Domingos CM, Gimenez C, et al. Gestor do SUS em município de pequeno porte no estado do Paraná: perfil, funções e conhecimento sobre os instrumentos de gestão. *Rev. Saúde Pública Paraná* [internet]. 2016 jul [acesso em 2018 mar 14]; 1(17):130-137. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/sus/resource/pt/lil-795873>.

Recebido em 25/05/2018

Aprovado em 10/07/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Histórico de violência entre mulheres que fazem uso de crack no estado de Pernambuco, Brasil

History of violence among women who use crack in the state of Pernambuco, Brazil

Daianny de Paula Santos¹, Iracema de Jesus Almeida Alves Jacques², George Tadeu Nunes Diniz³, Ana Maria de Brito⁴, Naíde Teodósio Valois Santos⁵

DOI: 10.1590/0103-1104201811906

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães - Recife (PE), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5155-5522>
daianny.ps@hotmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães - Recife (PE), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8299-2901>
iracema_alves@hotmail.com

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães - Recife (PE), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9620-2621>
george@cpqam.fiocruz.br

⁴Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães - Recife (PE), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6592-0762>
anabrito1009@gmail.com

⁵Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães - Recife (PE), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5290-092X>
naideteodosio@gmail.com

RESUMO Neste artigo, abordou-se o histórico de violência contra mulheres em contexto de uso abusivo de crack. Trata-se de um estudo transversal, envolvendo 243 usuárias de crack atendidas pelo Programa Atitude, em Pernambuco, entre 2014 e 2015. Observou-se que a maioria era jovem, negra, com baixa escolaridade e renda, início precoce da vida sexual, em uso compulsivo de crack, morando na rua e comercializando o corpo como a principal fonte de renda. A maioria (96,2%) relatou histórico de violência: psicológica (83,5%), física (87,7%) e sexual (55,1%), praticadas por parentes/amigos. Fatores como desigualdades sociais e de gênero foram relevantes nas situações de violência observadas.

PALAVRAS-CHAVE Violência contra a mulher. Drogas ilícitas. Vulnerabilidade em saúde.

ABSTRACT *In this article, it was discussed the history of violence against women in the context of abusive use of crack. It is a cross-sectional study, involving 243 crack users attended by the Atitude Program, in Pernambuco, between 2014 and 2015. It was observed that they were mostly young, black, with low schooling and low-income, early start of sexual life, in compulsive use of crack, living on the street and commercializing the body as the main source of income. The majority (96.2%) reported a violence history: psychological (83.5%), physical (87.7%) and sexual (55.1%), practiced by relatives/friends. Factors such as social and gender inequalities were relevant in the situations of violence observed.*

KEYWORDS *Violence against women. Street drugs. Health vulnerability.*



Introdução

A violência é uma questão sociocultural complexa, de grande magnitude e impactos sociais, reconhecida como um relevante problema de saúde pública, podendo ser perpetrada em múltiplos contextos, principalmente nos cenários de injustiças e discriminações. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), compreende-se por violência o uso intencional da força física ou do poder entre indivíduos e comunidades, que ocasione ou tenha possibilidade de causar lesão, desenvolvimento prejudicado e morte^{1,2}.

No campo relativo a álcool e outras drogas, a relação entre a violência e o uso abusivo de substâncias psicoativas é algo difícil de ser mensurado, pois os contextos violentos não são resultantes apenas das condutas individuais, mas possuem interface com a estrutura social de desigualdades e injustiças que afeta indivíduos e comunidades, cujos direitos sociais são negados ou minimizados pelo Estado. Por outro lado, as políticas proibicionistas, alinhadas com a chamada 'guerra às drogas', criminalizam o uso de drogas, principalmente o crack, estigmatizando, legitimando e naturalizando práticas de violência contra as pessoas que consomem drogas^{3,4}.

Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, o Brasil lidera no cenário mundial números absolutos de homicídios por ano, de modo que, ainda de acordo com esses dados, são mais de 56 mil mortes violentas, sendo estimado que 50% delas estejam associadas à repressão ao uso de drogas. Apesar de o perfil carcerário e de uso do crack ser predominantemente masculino, na última década, houve um crescimento de 567,4% da presença da população feminina em presídios, estando a maioria dessas prisões relacionada ao envolvimento coadjuvante das mulheres no tráfico de drogas, principalmente no mercado do crack e seus derivados^{4,5}.

A relação entre drogas e violência torna-se ainda mais complexa quando se observam as situações envolvendo relações de gênero e

contextos de vulnerabilidade social, em que estão inseridas as mulheres que fazem uso de crack. Essas diferentes interfaces têm resultado em maior frequência e gravidade das agressões no cotidiano dessas mulheres, sendo a violência perpetrada pelas pessoas mais próximas à sua dinâmica de vida, tais como cônjuges, parentes, amigos/colegas de tráfico, clientes, traficantes, polícia, entre outros^{5,6}.

A Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack no Brasil também trouxe outros aspectos importantes sobre vulnerabilidade à violência envolvendo questões de gênero. O estudo revelou que 46,6% das mulheres que consomem crack em lugares públicos referiram história de violência sexual, enquanto, entre os homens, esse percentual foi seis vezes menor (7,5%). A Pesquisa chama, ainda, atenção para a maior proporção de comercialização do sexo entre as mulheres (29,9%), ou seja, 23 vezes maior quando comparada com os homens (1,3%), o que também implica uma maior exposição a agressões, bem como reflete que a trajetória de vida é amplamente desfavorável às mulheres⁷.

Compreendendo as diversas condições que fragilizam e expõem a mulher usuária de crack a situações de violência, o presente estudo objetiva analisar o histórico de violência dessa população, bem como ampliar conhecimentos acerca de seu perfil sociodemográfico, vida sexual e uso de drogas.

Material e métodos

Estudo transversal de caráter descritivo que utilizou o banco de dados de Pesquisa Sociocomportamental⁸ aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos, sob o parecer CAE 25250413.6.0000.5190. A referida pesquisa é um inquérito epidemiológico realizado com uma amostra probabilística de usuários de crack atendidos em um Programa de Atenção Integral aos Usuários de Drogas e Seus Familiares, da Secretaria Executiva de Políticas sobre Drogas de Pernambuco, que tem por objetivo responder a situações de risco pessoal e social

em decorrência do uso abusivo de drogas, sem o caráter de tratamento contra a dependência.

A referida pesquisa incluiu 1.062 usuários de crack, sendo 819 do sexo masculino e 243 do sexo feminino, com idade maior ou igual a 18 anos, que consumiram crack por mais de 25 dias nos últimos seis meses. Os dados foram coletados a partir da realização de questionário sociocomportamental, no período de agosto de 2014 a agosto de 2015. Para o presente estudo, foram selecionadas todas as mulheres, considerando aquelas que sofreram algum tipo de violência ou não. Na análise, não foram incluídas as mulheres transexuais e travestis. Contudo, foram inseridas as nove pessoas que referiram ter nascido do sexo feminino e apresentando identidade de gênero diferente do sexo biológico. Foram levantadas variáveis relacionadas ao histórico de violência de acordo com a natureza da agressão (psicológica, física e sexual), principais agressores, faixa etária da vítima no momento da agressão e periodicidade da violência. Além disso, investigaram-se os aspectos sociodemográficos, a vida sexual e o padrão de uso de crack.

Considerou-se por histórico de violência o relato de agressões psicológicas e/ou físicas e/ou sexuais sofridas em qualquer momento da vida dessas mulheres. Para identificar a ocorrência de qualquer violência, era necessária resposta afirmativa de pelo menos uma dessas questões: (1) Alguma vez na vida você já foi ameaçada, humilhada, chantageada, perseguida, ridicularizada ou impedida de ver algum familiar?; (2) Alguém já te esbofeteou, deu murros, espancou, queimou ou tentou enforcar você?; (3) Alguém já te feriu com uma faca, estilete, caco de vidro, revólver ou outro objeto?; (4) Alguém já forçou você, contra a sua vontade, a ter relações sexuais?.

As entrevistas ocorreram em um ambiente

protegido, sem o uso de coerção institucional ou policial. As participantes foram informadas sobre os objetivos, procedimentos, riscos, benefícios e caráter voluntário da pesquisa, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade das informações prestadas.

Utilizou-se o *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20, para obter as medidas de tendência central para as variáveis quantitativas contínuas e frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas, sendo os resultados apresentados em gráficos e tabelas. Na análise das características das agressões sofridas pelas entrevistadas, as diferenças entre as proporções foram verificadas por meio do teste qui-quadrado de proporção, adotando-se um nível de significância estatística de 5%.

Resultados e discussão

O consumo de crack, que até a década de 1990 era observado, principalmente, na população jovem masculina, recentemente, vem sendo identificado como um fenômeno crescente entre as mulheres, atrelado a grande vulnerabilidade social e desigualdade de gênero, que, entre outros aspectos, envolve a comercialização do corpo para conseguir a droga e a exposição a situações de violência⁵.

Com relação às características sociodemográficas (*tabela 1*), a maioria das entrevistadas tinha entre 18 e 34 anos (85,6%), negras (66,3% pardas e 18,1% pretas), solteiras (60,5%), com filhos (83,9%), e pequena proporção ingressou no ensino médio (13,5%). No tocante à moradia, 52,7% estavam em situação de rua nos 30 dias anteriores à entrevista, sendo esse resultado maior do que o observado por Bastos e Bertoni⁹ nas cenas abertas de uso de crack no Brasil (45,6%).

Tabela 1. Características sociodemográficas e relacionadas à vida sexual de mulheres que fazem uso de crack. Programa Atitude, Pernambuco, 2014/2015

| VARIÁVEIS | (N=243) | |
|--|---------|------|
| | n | % |
| Faixa etária (anos) | | |
| 18 a 24 | 98 | 40,3 |
| 25 a 34 | 110 | 45,3 |
| 35 a 44 | 31 | 12,8 |
| 45 a 54 | 4 | 1,6 |
| Raça/Cor | | |
| Parda | 161 | 66,3 |
| Preta | 44 | 18,1 |
| Branca | 34 | 14,0 |
| Amarela | 4 | 1,6 |
| Situação Conjugal | | |
| Solteira | 147 | 60,5 |
| Casada ou em união estável | 72 | 29,6 |
| Separada, divorciada e viúva. | 24 | 8,2 |
| Número de Filhos | | |
| Não tem | 39 | 16,0 |
| Com filhos | 204 | 83,9 |
| Escolaridade | | |
| Ensino superior incompleto | 02 | 0,8 |
| Ensino Médio completo | 20 | 8,2 |
| Ensino Médio incompleto | 11 | 4,5 |
| Ensino Fund. II completo | 18 | 7,4 |
| Ensino Fund. II incompleto | 69 | 28,4 |
| Ensino Fund. I completo | 61 | 25,1 |
| Ensino fund. Incompleto | 42 | 17,3 |
| Alfabetização | 19 | 7,8 |
| Nunca estudou | 01 | 0,4 |
| Estuda atualmente | | |
| Sim | 12 | 4,9 |
| Não | 231 | 95,1 |
| Lugar onde viveu a maior parte do tempo nos últimos 30 dias | | |
| Rua | 128 | 52,7 |
| Programa Atitude ou abrigo | 12 | 5,3 |
| Casa própria ou familiar | 54 | 22,6 |
| Casa alugada ou amigos, ou quarto de hotel/pensão | 48 | 19,8 |
| Prisão/delegacia | 01 | 0,4 |

Tabela 1. (cont.)

| Mora com alguém que usa crack | | |
|---|-----|------|
| Sim | 86 | 51,5 |
| Não | 81 | 48,5 |
| Trabalha atualmente | | |
| Sim | 128 | 52,7 |
| Não | 115 | 47,3 |
| Motivo de não estar trabalhando | | |
| Doença/tratamento para dependência química | 54 | 47,8 |
| Procura, mas sem sucesso | 22 | 19,5 |
| Uso de drogas | 6 | 5,3 |
| Renda mensal individual* | | |
| < 1 salário mínimo | 141 | 58,0 |
| ≥ 1 salário mínimo | 102 | 42,0 |
| Fontes de renda nos últimos 30 dias** | | |
| Comercialização de sexo (profissional do sexo/troca de sexo por dinheiro) | 95 | 39,1 |
| Família/parceiros/amigos | 45 | 18,5 |
| Trabalho esporádico/bicos | 44 | 18,1 |
| Atividade ilícita que não o tráfico de drogas (ex. furto, roubo) | 38 | 15,6 |
| Esmolas | 33 | 13,6 |
| Participação na venda ou distribuição de drogas (tráfico) | 32 | 13,2 |
| Trabalho por conta própria | 15 | 6,2 |
| Trabalho regular (com ou sem carteira) | 11 | 4,6 |
| Início da vida sexual | | |
| Menos de 10 anos | 19 | 7,8 |
| 10 a 14 anos | 166 | 68,3 |
| 15 a 18 anos | 51 | 21,0 |
| Mais de 18 anos | 07 | 2,9 |
| Número de parceiros(as) sexuais nos últimos 12 meses | | |
| 1 | 37 | 15,2 |
| 2 a 5 | 58 | 23,9 |
| 6 a 10 | 12 | 4,9 |
| 10 ou mais | 129 | 53,1 |

Fonte: Elaboração própria.

*Os valores de referência do salário mínimo para os anos de 2014 e 2015 foram R\$724,00 e R\$788,00, respectivamente; **A diferença entre o total das entrevistadas e o total da variável deve-se à possibilidade de múltiplas respostas.

A literatura aponta que muitas mulheres que fazem uso de drogas e estão em situação de rua possuem uma história de vida marcada por violência doméstica, envolvendo parentes e parceiros. Elas enxergam as ruas como uma alternativa para se protegerem, ou seja, um escape para a violência que sofrem no seu contexto familiar. Entretanto, ao estarem nas ruas, são novamente vulneradas pela violência, com outros moldes de agressão e perpetradores. Nesse contexto, são frequentes as agressões decorrentes da coerção policial e os conflitos entre os próprios moradores de rua, estranhos e usuários de crack, bem como o envolvimento dessas mulheres com pessoas ou redes que delas se utilizam para exploração sexual ou para o tráfico de drogas⁹⁻¹⁴.

No que se refere a trabalho e renda, foi observado que uma pequena proporção estava inserida no mercado formal de trabalho (4,6%), sendo a dependência química (47,8%) apontada pelas usuárias como o central motivo de não estarem trabalhando. A principal fonte de renda foi a comercialização do sexo (39,1%), aspecto também verificado em estudos com populações usuárias de crack de outras capitais brasileiras^{11,15,16}. De modo geral, essa realidade reflete fatores de vulnerabilidade social como a baixa escolaridade e a falta de qualificação profissional, consequências da dificuldade de acesso a melhores condições de ensino e trabalho, num cenário de uso nocivo de crack.

O início precoce da vida sexual, antes dos 15 anos (76,1%), e a multiplicidade de parceiros, 10 ou mais nos últimos 12 meses (53,1%), foram frequentes entre as entrevistadas, resultado semelhante ao observado entre mulheres usuárias de crack em São Paulo^{11,15} e no Canadá¹². Tais proporções estão acima das verificadas para a população feminina brasileira¹⁷ (17,0% e 10,9%, respectivamente). Tais achados apontam uma maior exposição das mulheres que fazem uso de crack a práticas sexuais desprotegidas e a vitimização por violência sexual, assim como a comercialização do sexo como meio de subsistência e de aquisição de drogas.

O cenário observado neste estudo revela

uma outra questão gritante, porém, velada, que é o fato de que a iniciação sexual tão precoce apresentada por essas mulheres representa mais uma violência, que, de acordo com o Artigo 218 do Código Penal Brasileiro, intitula-se ‘estupro de vulnerável’, ou seja, um fenômeno complexo e multicausal que consiste no constrangimento e/ou na indução de um menor de 14 (catorze) anos de idade à prática de conjunção carnal (penetração pênis-vagina) e/ou a satisfação de quaisquer atos libidinosos. Essa realidade também foi constatada em um estudo realizado com usuárias de crack na cidade de São Paulo¹⁵, segundo o qual 13 das 75 mulheres entrevistadas foram estupradas ainda virgens, na infância ou pré-adolescência. Dessa forma, a violência tem um peso ainda maior, pois se mostra como um fator determinante nas histórias de vida dessas mulheres, influenciando suas práticas sexuais e constituindo um fator de risco para o abuso e a dependência de drogas na idade adulta.

A raiz dessa problemática, bem como as demais situações de vulnerabilidade dessas mulheres à violência fundamentam-se na estrutura patriarcal regente desde as primeiras sociedades até a atualidade. O patriarcado consiste em um sistema sociocultural arbitrário de poder de homens sobre mulheres, ou seja, é um regime de domínio masculino no tocante ao corpo, à sexualidade e ao trabalho das mulheres, contribuindo para as concepções sociais de subordinação, diferenciação salarial e personificação do corpo feminino como objeto sexual^{5,6,15,18,19}.

As características relacionadas ao consumo de drogas são descritas na *tabela 2*. Observa-se que mais de um terço iniciou o uso de crack ainda na adolescência, sendo 14,1% entre 10 e 15 anos, e 24,9% entre 16 e 18 anos, com uso diário (75,7%) e descontrolado (79,4%). As mulheres possuem perfil de consumo mais precoce e intenso quando comparado com o dos homens²⁰. Essas características também foram observadas no estudo nacional sobre o uso de crack⁹ entre jovens em situação de rua nas cidades

de São Paulo e Porto Alegre¹⁴, bem como entre usuários de crack em Nova York²¹. Tais diferenças no padrão de uso de crack entre homens e mulheres apontam para a

necessidade de uma melhor compreensão da relação de gênero na cultura de uso de drogas, bem como sobre os fatores sociais imbricados nessa questão.

Tabela 2. Características relacionadas ao consumo de crack por mulheres. Programa Atitude, Pernambuco, 2014/2015

| VARIÁVEIS | (N=243) | |
|--|---------|------|
| | n | % |
| Idade de início do uso de crack | | |
| 10 a 15 anos | 34 | 14,1 |
| 16 a 18 anos | 60 | 24,9 |
| 19 a 25 anos | 80 | 33,2 |
| 26 a 39 anos | 63 | 26,1 |
| 40 a 54 anos | 4 | 1,7 |
| Principal motivo que levou a usar crack | | |
| Influência/pressão de amigos | 96 | 39,5 |
| Curiosidade | 58 | 23,9 |
| Problemas familiares | 38 | 15,6 |
| Perdas afetivas/decepções amorosas | 33 | 13,6 |
| Vida ruim/sem perspectivas | 7 | 2,9 |
| Outros | 18 | 4,5 |
| Com quem costuma usar crack* | | |
| Sozinha | 134 | 55,1 |
| Colegas/amigos | 108 | 44,4 |
| Parceiros sexuais | 83 | 34,1 |
| Parentes | 10 | 4,1 |
| Outros | 1 | 0,6 |
| Frequência semanal de uso de crack antes de ingressar no Programa Atitude | | |
| Todos os dias | 184 | 75,7 |
| De 04 a 06 dias | 17 | 7,0 |
| Até 03 dias | 37 | 15,2 |
| Menos de 1 dia | 5 | 2,1 |
| Autoavaliação da forma de consumir crack antes de ingressar no Programa Atitude | | |
| Descontrolada/ compulsivamente | 193 | 79,4 |
| Controlada | 50 | 20,6 |
| Locais de obtenção do crack | | |
| Boca de fumo | 190 | 78,2 |
| Rua | 35 | 14,4 |
| Entrega no domicílio | 14 | 5,8 |
| Outros | 4 | 1,6 |

Tabela 2. (cont.)

| Meios de obter crack sem envolver dinheiro* | | |
|---|-----|------|
| Trocar por sexo | 99 | 40,7 |
| Trocar por objetos | 60 | 24,7 |
| Participar de alguma forma do tráfico de drogas | 48 | 19,8 |
| Consertar/limpar coisas, ajudar a fazer um trabalho legal | 18 | 7,4 |
| Participar de trabalho ilegal (roubo etc.) | 18 | 7,4 |
| Trocar por outra droga | 18 | 7,4 |
| Outro | 20 | 8,2 |
| Desejo de realizar tratamento para a dependência | | |
| Sim | 221 | 97,1 |
| Não | 7 | 2,9 |

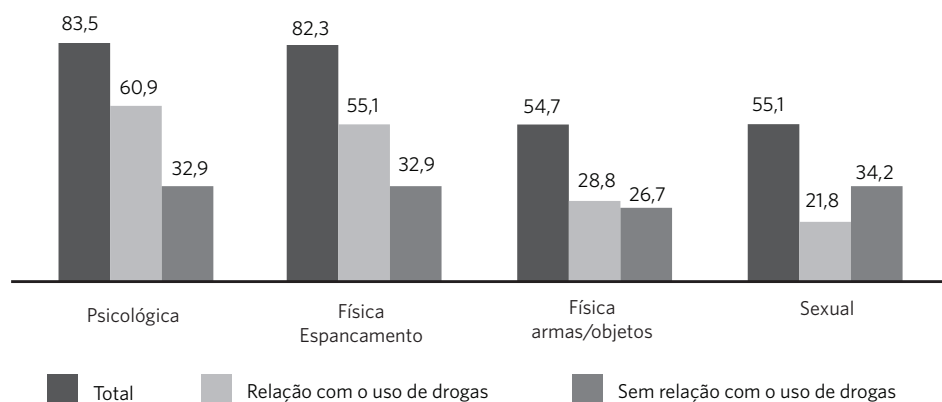
Fonte: Elaboração própria.

*A diferença entre o total das entrevistadas e o total da variável deve-se à possibilidade de múltiplas respostas.

No tocante à narrativa de violência, chama atenção que quase a totalidade das mulheres entrevistadas referiu ter vivenciado situações de violência (96,2%), revelando uma história de vida marcada por agressões psicológicas, físicas e sexuais, mesmo antes de iniciarem o uso de drogas, algumas ainda na infância ou na adolescência. Observa-se, no *gráfico 1*, que as agressões mais frequentes foram as psicológicas (83,5%),

físicas por espancamento (82,3%), seguidas pela violência sexual (55,1%) e por agressões por meio de arma branca ou de fogo (54,7%). Comparando com outras populações femininas, as agressões físicas analisadas neste estudo foram superiores àquelas observadas com usuárias de crack paulistas¹¹ e com mulheres vítimas de violência atendidas em emergências do Sistema Único de Saúde (SUS) no território nacional²².

Gráfico 1. Tipo de violência sofrida por mulheres que fazem uso de crack, segundo a relação da agressão com o uso de drogas. Programa Atitude, Pernambuco, 2014/2015



Fonte: Elaboração própria.

Notas: A relação da agressão com o uso de drogas foi estabelecida pelas entrevistadas; Violência psicológica: ameaça, humilhação, chantagem, perseguição, ridicularização, impedimento de ver filho e/ou parente; Violência física por espancamento: relato de ter sido esbofeteadas, murros, tapas, queimaduras, entre outras; Violência física por objeto: ferimento por arma de fogo, branca e/ou outro objeto perfurocortante.

A presença marcante da violência nessa população também foi verificada em estudos sobre mulheres usuárias de drogas em diferentes cidades brasileiras^{3,8,15,16,23} e no Canadá¹², e sobre adolescentes em situação de rua na cidade de São Paulo¹⁴. Entre as participantes deste estudo, foi observado, também, que o contexto do uso abusivo de drogas mostrou-se um fator relevante sobre as situações de violência vivenciadas.

Ainda no *gráfico 1*, observa-se o tipo de violência e sua relação com o uso de drogas, de acordo com a percepção das entrevistadas. As agressões relacionadas com o uso de drogas sobressaíram-se no histórico de violência psicológica e física por espancamento, sendo referidas por 60,9% e 55,1% das mulheres, respectivamente, para cada tipo de violência. Já no que diz respeito à violência por armas ou envolvendo o uso de outro objeto, não se observa diferença expressiva.

Diferentemente do observado para os demais tipos de agressões, a proporção de usuárias que referiu ter sofrido violência sexual sem relacioná-la com o uso de drogas foi superior à que referiu essa relação. No entanto, é importante ressaltar que a relação entre uso de drogas e violência é muitas vezes mistificada, na medida em que o consumo de substâncias

psicoativas é erroneamente situado como fator disparador para as situações de violência, não levando-se em consideração os fatores sociais, culturais e políticos imbricados^{4,13}.

Na violência contra a mulher, estudos destacam que, mesmo em contextos em que há uso abusivo de drogas por agressores e/ou vítimas, a raiz da violência tem maior peso por razão da estrutura sociocultural de dominação e exploração que incide sobre a vida das mulheres, sendo expressa pelo machismo e acentuada pela exclusão social^{16,18,19,24}. Investigações sobre violência entre mulheres que fazem uso de crack demonstram que os atos violentos estão subjugados à estruturação do tráfico de drogas, às relações interpessoais entre usuários e traficantes, bem como às injustiças sociais, que são fatores marcantes nessa população^{3,5,8,15,16,23}.

As características das agressões sofridas pelas mulheres que fazem uso de crack são apresentadas na *tabela 3*. Destaca-se que, em todos os tipos de violência, os principais agressores foram as pessoas mais próximas as vítimas, tais como familiares, amigos e companheiros. Diferentemente das demais agressões, na violência sexual, constatou-se um maior envolvimento de pessoas estranhas (46,7%) como autoras do crime.

Tabela 3. Agressor, faixa etária de ocorrência e frequência de agressões sofridas por mulheres que fazem uso de crack, segundo natureza da violência. Programa Atitude, Pernambuco, 2014-2015

| VARIÁVEIS | Tipo/natureza da agressão | | | | | | | |
|---|---------------------------|------|--------------------------------------|------|--------------------------------|------|----------|------|
| | Psicológica ¹ | | Física por espancamento ² | | Física por objeto ³ | | Sexual | |
| | (N=203) | | (N=200) | | (N=133) | | (N=134) | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Agressor⁴ | | | | | | | | |
| (Ex)companheiro, amigos, conhecidos, familiares | 173 | 84,8 | 170 | 84,1 | 105 | 78,3 | 76 | 56,3 |
| Estranho | 36 | 17,7 | 31 | 15,4 | 29 | 21,6 | 63 | 46,7 |
| Traficante | 73 | 35,8 | 42 | 20,8 | 17 | 12,7 | 3 | 2,2 |
| Polícia | 27 | 13,2 | 20 | 9,9 | 7 | 5,2 | 3 | 2,2 |
| p-valor ⁵ | < 0,0001 | | < 0,0001 | | < 0,0001 | | < 0,0001 | |

Tabela 3. (cont.)

| Faixa etária da ocorrência da agressão ⁴ | | | | | | | | |
|---|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|
| Menos de 10 anos | 6 | 2,9 | 3 | 1,5 | 2 | 1,5 | 10 | 7,4 |
| 10 a 19 anos | 63 | 30,9 | 57 | 28,2 | 43 | 32,1 | 51 | 37,8 |
| 20 a 24 anos | 64 | 31,4 | 64 | 31,7 | 47 | 35,1 | 46 | 34,1 |
| 25 a 59 anos | 95 | 46,6 | 90 | 44,6 | 50 | 37,3 | 34 | 25,2 |
| p-valor ⁵ | < 0,0001 | | < 0,0001 | | < 0,0001 | | < 0,0001 | |
| Frequência das agressões | | | | | | | | |
| Raramente | 95 | 46,6 | 99 | 49,0 | 95 | 70,9 | 101 | 74,8 |
| Às vezes | 49 | 24,0 | 57 | 28,2 | 28 | 20,9 | 21 | 15,6 |
| Frequentemente | 60 | 29,4 | 46 | 22,8 | 11 | 8,2 | 13 | 9,6 |
| p-valor ⁵ | < 0,0001 | | < 0,0001 | | < 0,0001 | | < 0,0001 | |

Fonte: Elaboração própria.

¹Violência psicológica: ameaça, humilhação, chantagem, perseguição, ridicularização, impedimento de ver filho e/ou parente. ²Violência física por espancamento: relato de ter sido esbofeteada, murros, tapas, queimaduras, entre outras. ³Violência física por objeto: ferimento por arma de fogo, branca e/ou outro objeto perfurocortante. ⁴A diferença entre o total de mulheres que sofreu violência e o total da variável deve-se à possibilidade de múltiplas respostas. ⁵As diferenças entre proporções foram verificadas por meio do teste qui-quadrado de proporção, considerando o nível de significância de 5%.

A proximidade vítima-agressor observada neste estudo está alinhada à própria caracterização da violência contra a mulher, que, em sua maioria, expressa-se nos espaços privados e representa para as mulheres um maior risco à vida, devido à recidiva das agressões e ao silenciamento das vítimas em razão das relações de poder presentes nesses processos^{6,18}. Nas situações em que os agressores foram pessoas que faziam parte do contexto de uso de drogas ilícitas, tais como traficantes e policiais, os cenários violentos estão relacionados ao micropoder presente nos cenários de mercado ilícito e coerção ao uso de crack, o que se dá em espaços públicos como ruas e bocas de fumo, conferindo, assim, uma maior vulnerabilidade a essas mulheres que representam papel coadjuvante no tráfico de drogas e/ou em outras atividades ilícitas.

Entre as mulheres que sofreram algum tipo de violência, verifica-se que as agressões ocorreram desde a infância, sendo mais frequentes a partir da pré-adolescência (10 anos ou mais) e aumentando conforme a idade, com exceção da violência sexual, que diminui. Chama atenção

que, na infância dessas mulheres, a agressão mais frequente foi a sexual (7,4%), com proporção pelo menos duas vezes maior que as demais agressões relatadas nessa faixa etária (menos de 10 anos).

Apesar de não terem sido tão frequentes quando comparadas as outras violências, as agressões sexuais foram referidas por metade das mulheres, chamando a atenção para a precocidade dos abusos, que aconteceram principalmente durante a infância e a adolescência. Fertig¹⁶ e Aguiar²³ afirmam que abusos sexuais e físicos ocorridos na infância e na adolescência favorecem danos psicológicos, como baixa autoestima, depressão e ansiedade, bem como influenciam a experimentação de substâncias psicoativas, constituindo um fator de risco para o início do uso de drogas ilícitas, sobretudo do crack. Ademais, a violência sofrida no período infanto-juvenil, além de ocasionar impactos ao desenvolvimento psicossocial, traz a reflexão sobre a gravidade desse assunto e da associação destas três condições que permeiam a história de vida dessas mulheres: estupro, drogas e exploração sexual^{4,10}.

A proporção das mulheres entrevistadas que sofreram violência sexual alguma vez na vida foi cinco vezes superior à estimada para a população feminina nas capitais brasileiras; e duas vezes maior que a de mulheres em cenas abertas de uso de crack no Brasil, ou seja, 96,3% e 46,6%, respectivamente^{9,17}.

Além disso, algumas características da violência sexual se diferenciaram quando comparadas com os demais tipos de agressões. Importante parcela de mulheres vítimas desse tipo específico de violência (34,2%) não referiu existir uma relação entre a agressão sexual e o uso de drogas. Esse dado pode estar imbricado com outros fatores além do consumo de drogas, como as desigualdades de gênero e a ideologia sociocultural de apropriação e exploração do corpo da mulher. A partir das correntes teóricas do feminismo e das concepções de gênero, pode-se afirmar que o regime patriarcal, presente de forma milenar na sociedade, é uma estrutura hierárquica que confere aos homens o direito de dominar as mulheres, independentemente da figura humana, e, dessa forma, as mulheres são concebidas enquanto objeto da satisfação sexual masculina e reduzidas socialmente a reprodutoras e prestadoras de serviços sexuais.

Nesse processo, é importante destacar que o gênero, raça/etnicidade e as classes sociais constituem-se como eixos estruturantes da violência contra a mulher, em que, dependendo das condições históricas vivenciadas, um desses fatores poderá sobressair sobre os outros, no entanto, os demais continuam presentes e podem produzir/reproduzir a

violência. Ademais, as questões de gênero, raça/cor e pobreza são marcadores sociais que influenciam o grau de vulnerabilidade das mulheres à violência, principalmente daquelas inseridas em cenários de uso abusivo de álcool e outras drogas e de desigualdades sociais^{6,16,18,20,23}.

No tocante à periodicidade da violência, observa-se que, em quase todos os tipos, as mulheres referiram que as agressões aconteciam raramente e/ou esporadicamente, fato que causa certo estranhamento quando se leva em consideração o grau de vulnerabilidade social dessa população, bem como o elevado percentual que afirmou ter sido violentado em algum momento da vida. Diferem-se apenas desses achados as agressões psicológica (29,4%) e física por espancamento (28,2%), sendo essas as mais presentes em seu cotidiano.

É possível, também, que esse dado mascare outras características dessa realidade, de que tais mulheres não identificam a violência de seu cotidiano, pois ela se apresenta de forma simbólica e rotineira. Na maioria das vezes, a violência é naturalizada pelas vítimas, que apenas a reconhecem quando há dano físico grave.

A *tabela 4* apresenta as múltiplas comparações entre as agressões de acordo com o tipo de violência. De um total de 243 indivíduos da amostra, foram considerados os sujeitos que tinham respostas (sim ou não) para os quatro tipos de violência. Dessa forma, a análise foi realizada com um total de 240 indivíduos, dos quais, 09 responderam negativamente para as violências.

Tabela 4. Análise das múltiplas comparações entre agressões segundo o tipo de violência sofrida por mulheres que fazem uso de crack. Programa Atitude, Pernambuco, 2014-2015

| Tipo de Violência | Física Arma ³ | | Física Espancamento | | Sexual | |
|--|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | Não N (%) ⁴ | Sim N (%) ⁴ | Não N (%) ⁴ | Sim N (%) ⁴ | Não N (%) ⁴ | Sim N (%) ⁴ |
| Psicológica¹ | | | | | | |
| Não | 23 (9,6) | 14 (5,8) | 13 (5,4) | 24 (10,0) | 25 (10,4) | 12 (5,0) |
| Sim | 84 (35,0) | 119 (49,6) | 27 (11,2) | 176 (73,3) | 81 (33,8) | 122 (50,8) |
| p-valor ⁵ | | 0,0580 | | 0,0031 | | 0,0055 |
| Sexual | | | | | | |
| Não | 56 (23,3) | 50 (20,8) | 25 (10,4) | 81 (33,8) | | |
| Sim | 51 (21,2) | 83 (34,6) | 15 (6,2) | 119 (49,6) | | |
| p-valor ⁵ | | 0,0668 | | 0,0316 | | |
| Física - Espancamento² | | | | | | |
| Não | 28 (11,7) | 12 (5,0) | | | | |
| Sim | 79 (32,9) | 121 (50,4) | | | | |
| p-valor ⁵ | | 0,0012 | | | | |

Fonte: Elaboração própria.

¹Violência psicológica: ameaça, humilhação, chantagem, perseguição, ridicularização, impedimento de ver filho e/ou parente. ²Violência física por espancamento: relato de ter sido esbofeteadas, murros, tapas, queimaduras, entre outras. ³Violência física por objeto: ferimento por arma de fogo, branca e/ou outro objeto perfurocortante. ⁴A diferença entre o total de mulheres que sofreu violência e o total da variável deve-se à possibilidade de múltiplas respostas. ⁵As diferenças entre proporções foram verificadas por meio do teste qui-quadrado de proporção, considerando o nível de significância de 5%.

Para as mulheres que foram vítimas de múltiplas agressões, observou-se uma predominância de 176 (73,3%) para a violência psicológica, acompanhada da violência física por espancamento, ao mesmo tempo ($p=0,0031$). Também se observou que, das 121 (50,4%) mulheres que sofreram violência por espancamento, houve o envolvimento da violência por ameaça por arma e outros objetos ($p=0,0012$), bem como verificou-se comportamento parecido para a violência sexual, com o envolvimento da violência física por espancamento para 119 (49,6%), ou com o envolvimento da violência psicológica para 122 (50,8%).

Esses achados revelam o caráter de multiplicidades entre as violências e os graus de lesões sofridas pelas vítimas, bem como

a utilização de naturezas distintas de agressão enquanto instrumentos de controle no momento do ato violento.

Considerações finais

Os resultados encontrados reforçam a gravidade da situação dessa população e provocam o debate sobre a estruturação e a ampliação do SUS, por meio de suas redes de atenção, para oferta de acolhimento e seguimento dessa demanda.

Os achados também apontam para necessidades que transcendem as ofertas que, tradicionalmente, são de responsabilidade do campo da saúde, pois também envolvem a atuação de outros setores da sociedade, como educação, trabalho, renda e justiça. Essa temática não se esgota neste

debate, tendo em vista que investigações sobre violência-gênero-drogas dependem de instrumentos e teorias capazes de fazer uma aproximação do universo de significados sobre violência, tentando responder a questões muito particulares, com um nível de realidade que não pode ser, na maioria das vezes, quantificado.

Logo, é de extrema necessidade a continuidade de outros estudos sobre violência e gênero por meio de análises qualitativas que entendam de forma mais aprofundada como as condições de vida, o uso abusivo de drogas e as relações de gênero determinam e/ou condicionam situações de violência, e

de que forma todos esses fatores incidem sobre a vida dessas mulheres.

Colaboradores

Santos DP contribuiu substancialmente para a concepção, análise e interpretação dos dados. Jacques IJAA contribuiu significativamente para a revisão crítica do conteúdo. Diniz GTN contribuiu significativamente para a revisão crítica do conteúdo. Brito AM participou da aprovação final do manuscrito. Santos NTV contribuiu substancialmente para a concepção, análise e interpretação dos dados. ■

Referências

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, et al. World report on violence and health [internet]. Geneva: WHO; 2002 [acesso em 2016 jul 12]. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf.
2. Minayo MCS. Violência e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
3. Lopes EPA, Saporì LF, Medeiros R. Crack: Um desafio Social. Cad. Saúde Pública. 2012 fev-abr; 2(28):405-406.
4. Fiori M, Tófoli LF. Uso de drogas, danos e violência. Dossiê Descriminalização STF: Argumentos pela Criminalização e Evidências Científicas. Plataforma Bras Pol Drogas. 2015 [acesso em 2016 abr 18]; 2:2-4. Disponível em: <http://pbpd.org.br/publicacao/dossie--descriminalizacao-das-drogas-e-o-stf/>.
5. Lins J. O uso de crack entre mulheres tendências e desafios. Rev Cultura UFPE. 2011 dez; 28:237-250.
6. Cisne M. Direitos humanos e violência contra mulheres: uma luta contra a sociedade patriarcal-racista-capitalista. Rev Serviço Social. 2015; 18(1):138-154.
7. Bastos FI, Bertoni N. Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil. Livroto Epidemiológico. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 2013 [aces-

- so em 2016 maio 26]; 1:25-184. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>.
8. Santos NTV. Vulnerabilidade e prevalência de HIV e sífilis em usuários de drogas no Recife: resultados de um estudo respondent-driven sampling [tese]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2013. 184 p.
 9. Bastos FI, Bertoni N. Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil. Livro Epidemiológico. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 2013 [acesso em 2016 maio 26]; 1:25-184. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>.
 10. Coid J, Petruckevitch A, Feder G, et al. Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: across-sectional survey. *Lancet*. 2001; 358:450-454.
 11. Oliveira LG, Nappo SA. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42:664-671.
 12. Bugay V, Johnson JL, Varcoe C, et al. Women's health and use of crack cocaine in context: Structural and 'everyday' violence. *Intern J Drug Policy*. 2010; 1:321-329.
 13. Chaves TV, Sanchez MS, Ribeiro LA, et al. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45:1168-1175.
 14. Raup LM, Adorno RC. Jovens em situação de rua e usos de crack: um estudo etnográfico em duas cidades. *Rev. Bras. Adolescência e Conflitualidade*. 2011; 4:52-67.
 15. Nappo AS, Sanchez ZVM, Oliveira LG, et al. Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas – CEBRID. Livro Epidemiológico. 2004 [acesso em 2016 jan 10]; 1:31-93. Disponível em: <http://abramd.org/wp-content/uploads/2014/06/Usuarias-de-crack-CEBRID.pdf>.
 16. Aguiar CMD. Vivências sexuais de mulheres jovens usuárias de crack [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2014. 106 p.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. PCAP: Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira. Brasília, DF: MS; 2011.
 18. Saffioti HI. Gênero, Patriarcado e Violência. São Paulo: Expressão Popular; 2004.
 19. Moraes MA, Silva RE. Mulheres, Crack e Contextos de Vulnerabilidades. In: Lage AC, Dantas CC, Bernardes DAM, et al. Dossiê sobre drogas. Estudos Universitários. Recife: UFPE; 2011. p. 251-267.
 20. Santos NTV. Vulnerabilidade e prevalência de HIV e sífilis em usuários de drogas no Recife: resultados de um estudo respondent-driven sampling [tese]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2013. 184 p.
 21. Koester S, Schwartz J. Crack, Gangs, Sex, and Powerlessness: A View from Denver. In: Ratner SR. Crack Pipe as Pimpe. An Ethnographic Investigation of Sex-for-Crack Exchanges. New York: Lexington Books; 1992. p. 187-203.
 22. Mascarenhas MDM, Silva MMA, Malta DC, et al. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) - Brasil, 2006. *Rev Epidemiol Serv Saúde*. 2009; 8(1):17-18.
 23. Fertig A. Histórias de vida de usuárias de crack [tese]. Porto Alegre: UFRS; 2013. 154 p.
 24. Franconi F, Campesi I, Occhioni S, et al. Sex and gender in adverse drug events, addiction, and placebo. *Hand Exp Pharmacol*. 2012; 214(1):107-126

Recebido em 26/11/2017

Aprovado em 30/10/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil (Edital 20/2013)

Discurso jurídico-moral e saúde nas notícias sobre o programa Crack, é Possível Vencer

Legal-moral discourse and health in the news on the program Crack, it's Possible to Win

Silier Andrade Cardoso Borges¹, Maria Ligia Rangel Santos²

DOI: 10.1590/0103-1104201811907

RESUMO O estudo objetivou investigar os enquadramentos noticiosos sobre o programa Crack, é Possível Vencer publicados nos principais veículos de comunicação da mídia impressa baiana entre dezembro de 2011 e dezembro de 2014. Buscou-se analisar as disputas entre os diferentes projetos na política de drogas no Brasil, entendendo que tais disputas de poder são atravessadas pela midiaticização. Considerando-se que os enquadramentos da mídia são modos de interpretação socialmente compartilhados, a análise das notícias identificou os quadros Jurídico-Moral, Político-Econômico, Política de Saúde e Biomédico. Observou-se a predominância do quadro Jurídico-Moral, que define o crack como problema de justiça e segurança, expresso por meio da culpabilização dos usuários pelos males sociais. Embora minoritário, o quadro Política de Saúde desponta como importante contraponto, evidenciando tensões que conformam o campo. Espera-se, com a pesquisa, subsidiar investigações que se dediquem a analisar os modos de apropriação dos discursos da mídia sobre o crack pelos profissionais responsáveis pelo cuidado.

PALAVRAS-CHAVE Política de saúde. Crack. Notícias.

ABSTRACT *The study has the objective of investigating the news frames on the program Crack, it's Possible to Win published in the main printed media in Bahia, between December 2011 and December 2014. The aim is to analyze the disputes between the different projects in the drug policies in Brazil, understanding that such power disputes are crossed by the media coverage. Considering the fact that the media frames are means of socially shared interpretation, the analyses of the news identified Legal-Moral, Political-Economic, Health Policy and Biomedical frames, that define crack as a legal and safety issue, expressed by blaming the users for social ills. Despite being a minority, the Health Policy frame emerges as an important counterpoint evidencing the tensions that shape the field. The expectations of the research are to support investigations dedicated to the analysis of the means of appropriation of discourses of the media on crack by professionals responsible for healthcare.*

KEYWORDS *Health policy. Crack. News.*

¹Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) – Teixeira de Freitas (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5559-8853>
silier@outlook.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7340-3132>
maria.lirangel@gmail.com



Introdução

O programa Crack, é Possível Vencer é uma iniciativa do Ministério da Justiça, em articulação com os demais ministérios, que propõe ações nos eixos prevenção, cuidado e autoridade. O eixo prevenção busca ampliar os fatores de proteção, por meio da qualificação de profissionais que integram a rede de atenção aos usuários de crack. O eixo cuidado busca consolidar a rede de atenção para o atendimento integral às necessidades dos usuários de drogas e seus familiares, ampliando as estratégias de enfrentamento e de reabilitação. O eixo autoridade destina-se à repressão policial da comercialização das drogas¹.

Segundo Worm², trata-se de um programa concebido como estratégia que visa ofertar resposta contra um novo inimigo, produzido a partir da publicização constante nos veículos de comunicação das cenas de uso em espaços públicos (os 'fluxos') chamados de 'cracolândias'.

Os dados disponíveis sobre substâncias psicoativas apontam que as drogas lícitas se constituem em grave problema de saúde no Brasil. A Pesquisa Nacional sobre o Uso do Crack estima que apenas 0,54% dos indivíduos residentes nas capitais brasileiras fazem uso regular de crack³. No processo de implementação das políticas, houve a passagem de uma preocupação que circulava no entorno do cuidado integral aos usuários de álcool para o combate à produção, circulação e consumo crack. A passagem do cuidado à repressão evidenciou as disputas de poder e os interesses entre movimentos políticos e instituições privadas no entorno das políticas de drogas⁴.

Volcov e Vasconcellos⁵ problematizam o uso das peças publicitárias produzidas para o programa Crack, é Possível Vencer. De acordo com as autoras, a imprensa brasileira apresenta o usuário como dependente que requer um controle heteronormativo, pois se trataria de doente mental desprovido de força de vontade e moralmente condenável.

Segundo Cheibub⁶, a midiaticização do crack atende a anseios de exclusão dos

desviantes e os associa entre droga, crime e doença, buscando legitimar o recrudescimento do controle dos desviantes por meio dos sistemas de saúde e penitenciário.

Cabe aqui compreender midiaticização da sociedade, nos termos de Hjarvard⁷, como o processo pelo qual a sociedade torna-se cada vez mais submetida à lógica da mídia. Trata-se de um processo em que, ao mesmo tempo que os meios de comunicação passaram a estar cada vez mais integrados às outras instituições, passaram também a adquirir status de instituição social, de modo que as interações passaram a ocorrer mediadas pelos meios de comunicação.

Neste artigo, a midiaticização do crack é entendida como os mecanismos pelos quais o modo como se organizam as políticas de drogas, as representações sobre os modos de uso e os usuários do crack – bem como os meios e os responsáveis pela sua assistência, cuidado ou repressão – são, em parte, influenciados pela produção e circulação midiática desses bens simbólicos, por meio de peças publicitárias, notícias etc. As notícias não apenas transmitem informação, mas também participam da construção da realidade social e afetam as práticas e os discursos, produzindo efeitos de sentido e subjetividades^{8,9}.

Partindo da premissa de que os enquadramentos da mídia são modos de interpretação da realidade socialmente compartilhados, o estudo objetiva investigar os enquadramentos noticiosos sobre o programa Crack, é Possível Vencer publicados nos principais veículos de comunicação da mídia impressa baiana entre dezembro de 2011 e dezembro de 2014. Busca-se analisar as disputas entre os diferentes projetos na política de drogas no Brasil, entendendo-se que tais disputas de poder são atravessadas pela midiaticização.

Métodos

A primeira etapa do estudo consistiu na seleção de notícias veiculadas na mídia impressa pelos dois jornais de maior circulação

no estado da Bahia, entre dezembro de 2011 e dezembro de 2014.

O período de coleta foi escolhido tendo como parâmetro a data de lançamento do referido programa. O levantamento das notícias impressas publicadas no jornal 'A Tarde' se deu mediante a busca pela palavra-chave 'crack, é possível', por intermédio de *software* disponibilizado na sede da referida empresa, em 13 de outubro de 2015. O levantamento das notícias impressas publicadas pelo jornal 'Correio da Bahia' ocorreu na sede da Rede Bahia em 23 de outubro de 2015. Buscou-se atender aos critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência na seleção das notícias. Com base na palavra-chave, foram retornadas na busca 14 notícias veiculadas pelo 'A Tarde' e 9 notícias publicadas pelo jornal 'Correio', totalizando 23 notícias. Destas, foram selecionadas apenas 9 notícias do jornal 'A Tarde' e 4 notícias do jornal 'Correio', totalizando 13 notícias. Dez notícias foram excluídas de acordo com os seguintes critérios: apenas citam o programa, sem discuti-lo ou abordá-lo diretamente; notícias publicadas nos campos de opinião; notícias publicadas no espaço do leitor. Tais exclusões ocorreram porque as notícias dos campos de opinião e espaço do leitor são geralmente acompanhadas de avisos de que tais publicações não traduzem a opinião do jornal, mas somente dos autores dos textos.

Identificados o ano, o mês e a página de publicação, procedeu-se à cópia das notícias, disponibilizadas pela Biblioteca Pública do Estado da Bahia.

A segunda etapa envolveu a Análise do Enquadramento das notícias selecionadas. O método de produção dos dados envolveu a identificação de palavras e expressões recorrentes, bem como padrões persistentes e estereotípias nos textos e nos recursos gráficos levantados, sem apartar essa etapa da análise da interlocução dos bens simbólicos produzidos pelos sistemas de mídia e os elementos políticos, jurídicos e culturais que circulam no

entorno da discussão sobre o crack. Adotou-se a abordagem dedutiva, que possibilita a emergência dos quadros por meio da categorização das notícias após análise exaustiva do material, subsidiada na revisão de literatura sobre midiatização do crack e o percurso das políticas de drogas no Brasil.

A noção de enquadramento *framing* se apresenta como conceito promissor para a compreensão das relações tecidas entre jornalismo e os atores sociais da saúde. Os *frames* seriam produzidos a partir das relações estabelecidas entre a mídia e o campo da saúde, compreendidos como campos indissociáveis do universo social e simbólico, em constantes disputas de poder e de sentido sobre o processo saúde-doença-cuidado. Os sistemas de mídia funcionam também como atores sociais que não apenas espelham a realidade, mas que também participam da sua construção operando narrativas sobre o mundo. Os *frames* são identificados pelos critérios de seleção e saliência, em que aspectos da realidade são selecionados e tornados mais salientes no corpo de um texto comunicativo^{10,11}.

Resultados e discussão

Foram identificados os quadros: Jurídico-Moral, Política de Saúde, Político-Econômico e Biomédico, sintetizados no *quadro 1*. Os dados levantados indicam a ocorrência de 35 declarações ou registros do quadro Jurídico-Moral, hegemônico nas notícias que abordam o programa Crack, é Possível Vencer nos veículos de comunicação investigados. Por sua vez, o quadro Política de Saúde apresentou 29 ocorrências, indicando importante tensão entre estas devido ao antagonismo presente nos diferentes projetos políticos e nas diferentes formas de compreender a droga e os usuários, subjacentes aos quadros. O quadro Político-Econômico apresentou 25 ocorrências, enquanto que o Biomédico apresentou apenas 8.

Quadro 1. Enquadramento das notícias sobre o programa Crack, é Possível Vencer

| QUADROS | DESCRIÇÃO | DISPOSITIVO DE ENQUADRAMENTO | DISPOSITIVO DE RACIOCÍNIO |
|--------------------|--|---|---|
| Jurídico-Moral | O crack como problema de justiça e de segurança pública. | Palavras, expressões como 'combate ao crack', 'combate ao uso de droga', 'combate ao tráfico', 'ação contra o crack', 'na mira do programa', 'cracolândia', 'monitoramento por câmeras', 'repressão sem complacência', 'é possível vencer o problema'. Imagens que retratam o aprisionamento de usuários, cenas de uso do crack que associam a droga à 'sedução' e ao 'mal'. | Compreende o crack como problema em si; argumentos de caráter jurídico e repressor; o consumo do crack como problema de segurança pública; associa criminalidade e violência ao consumo, responsabilizando o indivíduo pelos males sociais; usuário como objeto de intervenção policial e religiosa; centralidade do uso de armas; a internação compulsória como medida resolutiva e prioritária do Estado. |
| Política de Saúde | Uso do crack como fenômeno de determinações sociais, econômicas e psicológicas, definindo-se as estratégias de acompanhamento em rede de serviços substitutivos. | Palavras e expressões como 'consultórios de rua', 'psicólogos', 'lideranças locais', 'equipe multiprofissional', 'redução de danos', 'humanizado', 'sofrimento psíquico', 'vínculo de confiança', 'atendimento psicossocial', 'proteger a vida', 'projeto de vida'. | Aponta para o uso do crack como objeto de enfoque na rede de serviços de saúde e dos dispositivos que integram a rede intersetorial; destaca a promoção da saúde, de vida e de cidadania como princípios da intervenção de caráter psicossocial, realizado em serviços territoriais por equipe multiprofissional. |
| Político-Econômico | O crack como objeto de intervenção política por meio da captação e destinação de recursos públicos. | Palavras e expressões como 'termo de adesão', 'investimento no programa', 'R\$ 4 bilhões da União', 'convênio com o Ministério da Justiça', 'convênio com a União', 'recurso será investido'. | Adesão dos Estados e Municípios ao programa; são apresentadas as estratégias de implementação, considerando seus eixos norteadores; ênfase na discussão sobre os custos e os recursos públicos destinados ao enfrentamento do crack. |
| Biomédico | O uso do crack como doença e o usuário como indivíduo avolitivo, objeto do saber e poder médico. | Palavras e expressões como 'tratamento de viciados', 'dependente químico', 'epidemia de crack', 'comunidade médica', 'risco à própria vida', 'sinais de intoxicação', 'diagnosticado'. | O problema do crack como decorrente de distúrbios neuromédicos, legitimando a internação involuntária; perspectiva médico-centrada, em que o crack é considerado problema de saúde, de caráter epidêmico, comparado à Aids. |

Fonte: Elaboração própria.

O quadro Jurídico-Moral: a política proibicionista e a culpabilização dos usuários

A análise do enquadramento das notícias aponta para a presença persistente do quadro Jurídico-Moral e reflete sentidos partilhados socialmente, em que o crack consiste em um problema em si mesmo, entidade autônoma deslocada da história, cabendo como estratégia de sua resolução a implementação de ações de 'combate ao crack' por meio da força repressora do Estado.

A hegemonia do quadro Jurídico-Moral aponta para o crack como problema de polícia. A partir de uma perspectiva moralizante, vê-se o consumo como fomentador do tráfico e reprodutor da violência; e sendo o principal responsável pelas mazelas coletivamente compartilhadas. Caberia ao Poder Judiciário, sob a égide do Código Penal, intervir sobre a liberdade do consumidor, de modo a assegurar o ordenamento social.

O quadro Jurídico-Moral indica como as notícias atendem aos anseios culturais por segregação dos usuários de crack, por meio de

discursos que associam a droga à criminalidade e à violência que, produzidos e circulados como bens simbólicos pelos veículos de comunicação, resultam no fenômeno da midiaticização do crack. Para Volcov e Vasconcellos⁵, é por meio da mídia que se tem colocado em pauta o uso das drogas como problema de segurança ou de saúde pública.

Os dispositivos de enquadramento mais presentes indicavam expressões que remetem aos mecanismos sociais de controle, como 'monitoramento por câmeras', 'repressão sem complacência', 'ação contra o crack', 'combate ao tráfico' e 'é possível vencer o problema'. Trata-se de palavras que remetem ao paradigma proibicionista de guerra às drogas, que reduz a assistência ao viés moral, dissociada das diferentes trajetórias de vida e das experiências de sofrimento das pessoas que realizam uso de drogas. Embora o quadro Jurídico-Moral seja hegemônico na notícia 'Arma de choque será usada contra viciados', por meio do uso reiterado de certas expressões, jargões e imagens, fazem-se presentes outras vozes, que apontam para a repressão do consumo como objeto de controvérsia entre os quadros Jurídico-Moral e Política de Saúde:

CRACK: As polícias do Brasil terão armas de choque e spray de pimenta para conter dependentes de crack. A distribuição desses dispositivos é uma das ações previstas no programa 'Crack, é Possível Vencer', do Ministério da Justiça. A utilização de força policial, incluindo armas não letais, para o controle de dependentes é controversa. Em São Paulo, operação iniciada em janeiro por estado e prefeitura foi criticada por especialistas, que defendiam foco maior em saúde¹²⁽⁵⁾.

As imagens também reforçam o quadro Jurídico-Moral. Consistem em imagens fotográficas ou charges que utilizam de maneira recorrente a função emotiva, com o retrato de jovens negros, vestidos com trapos, em cenas de uso em via pública. Há, também, imagens em que jovens são carregados e enviados para internação compulsória por agentes da

Secretaria de Assistência Social do Rio de Janeiro. A charge veiculada reitera o título da notícia 'internação involuntária para enfrentar o crack', apresentando o desenho de um jovem negro e magro, hipnotizado por um objeto misto de cachimbo e de serpente.

Os achados coadunam com o estudo de Souza e Oliveira¹³, que se dedicaram a análise de reportagens divulgadas em um jornal impresso de Salvador sobre o fenômeno das drogas. De maneira semelhante, as autoras confirmaram o enfoque reducionista das drogas pela mídia impressa, vinculação das drogas à violência e divulgação de representações estereotipadas do usuário, centrado no homem negro e residente em bairros periféricos.

Embora houvesse, nas notícias, diferentes entrevistados, não houve assimetria entre os falantes, de modo que as notícias privilegiaram a fala dominante das fontes oficiais. Em apenas uma notícia, os jornalistas optaram por entrevistar transeuntes e moradores do bairro da Barra, região nobre de Salvador, apresentando suas opiniões sobre a contribuição do programa. Os relatos apontam para a necessidade de garantia do ordenamento e da paz pública por meio da internação involuntária dos usuários, responsabilizados pelo aumento da criminalidade; e, secundariamente, avaliam os benefícios do programa com o tratamento da dependência, compreendida enquanto 'vício'.

Quem mora na Barra ou apenas frequenta o local, a exemplo da consultora de vendas [...], 34 anos, vê a iniciativa como necessária. Ela observa que 'tudo que vier para garantir uma maior segurança da população e, por consequência, tratar o vício das drogas, sempre será bem-vindo'. Por sua vez, o vendedor de água de coco [...] de 48 anos, avalia a adesão ao programa 'Crack, é Possível Vencer' como 'importante' porque, segundo espera, deve trazer mais tranquilidade a moradores e frequentadores da barra. 'O crack está acabando com as pessoas, que acabam cometendo pequenos furtos para sustentar o vício, como já vi por aqui', afirmou¹⁴⁽⁸⁾.

Depoimentos de usuários são evocados para coadunar com o paradigma proibicionista, tornando tênue a linha que separa o quadro Jurídico-Moral do quadro Biomédico. As experiências pessoais são suscitadas nas narrativas tão somente para coadunar com a responsabilização dos sujeitos pelas circunstâncias da vida e pelas condições inadequadas de moradia às quais estão submetidos. As drogas aparecem como substâncias dotadas de poderes próprios, e os sujeitos, desprovidos de protagonismo, descrevem-se incapazes de compreendê-las ou de ofertar resistência a elas diante de seu potencial de sedução:

Eu morava e trabalhava em Salvador, conheci uma mulher e passei a fumar crack. Quando fui ver, havia perdido o trabalho e já morava na rua. [...] Já o lavador de carros E.A.J., 27, três filhos, hoje na Casa do Alabastro, morava em Salvador e pretendia ir trabalhar em São Paulo. Nem sei dizer bem o que ocorreu, só sei que não deu certo e quando abri os olhos, já morava nas ruas. Estou nessa há quatro anos. Mas acho que agora vou conseguir sair, apostou¹⁵⁽⁴⁾.

Em oposição à perspectiva jurídico-moral, que tipifica o consumidor como força poderosa que corrompe sujeitos moralmente fracos, a perspectiva ética resgata a heterogeneidade social e cultural dos usuários, em que se diferenciam as trajetórias de vida, a renda, a etnia e a classe social, as formas de consumo, os espaços em que se realizam os diferentes modos de uso, bem como as diferenças na composição química das substâncias consumidas nesses espaços, aspectos estes que se relacionam com os modos pelos quais o mercado ilegal regula as relações de consumo, isto é, como se distinguem os consumidores conforme seus gostos e seu potencial aquisitivo na busca de produtos a partir de critérios como preço, qualidade e sofisticação¹⁶.

Considerando-se os achados, é possível afirmar que o quadro Jurídico-Moral aponta para um conjunto de estratégias discursivas e imagéticas de natureza ideológica adotadas

nas notícias, que, por um lado, tornam salientes a naturalização do crack como avassalador, violento e viciante *'craving'* e a substância como inimigo público e que, por outro, oculta, exclui ou secundariza o papel da rede substitutiva na garantia de direitos, produzindo bens simbólicos que coadunam com a política da repressão em detrimento das políticas de promoção da saúde.

O quadro Política de Saúde: promoção de saúde e cidadania a partir de estratégias reabilitadoras

Em oposição ao quadro Jurídico-Moral, o quadro Política de Saúde define o usuário de crack como objeto de enfoque na rede de serviços de saúde e nos dispositivos que integram a rede intersectorial, sobretudo nos serviços que integram a Assistência Social, Educação e Cultura. O enquadre da Política de Saúde destaca a promoção da saúde, da vida e da cidadania como princípios éticos, realizados na Rede de Atenção Psicossocial (Raps), conjunto articulado de serviços territoriais que exercem o cuidado em saúde mental por meio de equipes multiprofissionais e estratégias sociocomunitárias.

Como referência às estratégias de reabilitação adotadas no âmbito das políticas de saúde mental, que envolvem a reconstrução do direito à cidadania, ao trabalho e à palavra a partir de encontros afetivos como fundamentos do ato terapêutico, o quadro Política de Saúde se manifesta nas notícias por meio de dispositivos de enquadramento como 'atendimento psicossocial', 'projeto de vida', 'rede de atendimento', 'proteger a vida', 'vínculo de confiança', bem como referência a serviços como 'Centros de Atenção Psicossocial', 'Consultórios de Rua', entre outros.

O depoimento de Alexandre Padilha, até então Ministro da Saúde, destacado na notícia, ilustra como o quadro Política de Saúde seleciona elementos que coadunam com uma complexa rede de cuidados aos usuários de crack, salientando a defesa ao direito à saúde

e à vida, que não se esgota a atenção integral por meio de dispositivos públicos, mas que reconhece o papel da construção terapêutica de novos modos de existência, em consonância com o paradigma da Reabilitação Psicossocial:

Temos que oferecer um novo projeto de vida ao dependente químico porque a relação com a droga tem relação com o lugar onde ele vive, com o espaço social, a sua condição na família. Isso exige serviços de saúde diferentes para necessidades diferentes, afirmou o ministro da Saúde, Alexandre Padilha¹⁷⁽⁷⁾.

O quadro Política de Saúde, em oposição ao quadro Jurídico-Moral, aponta para as tensões entre os diferentes projetos sobre as políticas de drogas que, devido ao jogo de forças e de interesses, alternam-se entre propostas políticas que, de um lado, coadunam com o paradigma proibicionista de guerra às drogas e, de outro, por políticas sociais que objetivam a produção de cidadania, saúde e cuidado territorial aos usuários e seus familiares.

Cabe, contudo, mencionar que o cenário contemporâneo aponta para certo recrudescimento de políticas de drogas proibicionistas no Brasil, ao tempo que países como Portugal, Holanda, Finlândia, Uruguai e Espanha caminham na contramão do proibicionismo e seus efeitos, como a abusividade das abordagens policiais, o sucateamento das políticas de saúde, o encarceramento em massa e as violações de direitos humanos¹⁸.

No campo das políticas de saúde, observa-se que esses tensionamentos se expressam por meio do *lobby* realizado por representantes das Comunidades Terapêuticas (CT), que realizaram intenso processo de institucionalização desses dispositivos privados que recebem repasses públicos para promover a exclusão dos usuários de drogas do seu convívio social e familiar, legitimando-se ao tempo em que resgatam a mesma e velha lógica privatista e manicomial¹⁹. Tais instituições, em sua maioria vinculadas a organizações evangélicas, mesmo com recorrentes denúncias de

violação de direitos, vêm obtendo sucessivos êxitos no legislativo.

Tensionamentos semelhantes podem ser identificados, de um lado, no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack²⁰ e pelo programa Crack, é Possível Vencer, orientados pelo modelo de campanhismo anticrack; e, de outro, pela Política do Ministério da Saúde pela Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas²¹, que exige novas estratégias de contato e vínculo entre profissional, usuário e familiares, orientada pela redução de danos e segundo as diferentes necessidades dos envolvidos.

O quadro Político-Econômico: o enfrentamento ao crack como gasto público

O quadro Político-Econômico define o crack como objeto de intervenção política por meio da captação e destinação de recursos públicos do programa Crack, é Possível Vencer entre os poderes do executivo federal, estadual e municipal. Assim, o crack torna-se um problema econômico, que envolve negociações políticas pela captação dos repasses e se caracteriza pela adoção de medidas administrativas e burocráticas. Nesse sentido, as notícias que se situam no quadro Político-Econômico secundarizam as experiências dos usuários, excluem do plano de análise as lutas políticas que se dão na esfera pública, restringindo-se à simplificação da problemática do consumo à questão de investimentos financeiros centralizados pelo Governo Federal e distribuídos aos estados e municípios.

As notícias que expressam o quadro Político-Econômico se reduzem à seleção de elementos textuais e imagéticos que se referem aos montantes destinados aos aparatos de repressão do Estado, como a compra de videomonitoramento das 'cracolândias' e a aquisição de veículos de segurança e investimentos no treinamento de policiais, denotando interfaces entre o quadro Político-Econômico e o Jurídico-Moral. Eventualmente, o programa é anunciado ora como investimento, ora como

despesa que onera o contribuinte, e a ação política é apresentada como constrangida pela campanha eleitoral e por interesses de ordem político-partidária.

O quadro Biomédico: o consumo como doença e a epidemia do crack

O quadro Biomédico aparece como minoritário entre os demais. O quadro é expresso nas notícias por meio de palavras e expressões ‘tratamento de viciados’, ‘dependente químico’, ‘epidemia de crack’, ‘comunidade médica’, ‘risco à própria vida’, ‘sinais de intoxicação’, ‘diagnosticado’. Como dispositivo de raciocínio, esse enquadre define o problema do consumo do crack como decorrente de desordens genéticas, clínicas ou neuromédicas, legitimando a internação involuntária do sujeito doente, simultaneamente transgressor e avolitivo. Trata-se de uma perspectiva centrada na figura do médico, na qual o crack é considerado como doença ou epidemia, comparado à Aids:

Epidemia: o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, comparou o momento atual no combate à droga à epidemia de Aids no início da década de 80, quando a comunidade médica se viu diante de questionamentos éticos e de como atuar para resolver o problema. Na visão de Padilha, a Aids agora está sob controle e a saúde encontrou uma forma de atuação. Isso, segundo acredita, deve se repetir com o crack. O crack tem a mesma dimensão deste desafio. No conceito técnico, estamos, sim, diante de uma epidemia de crack em nosso país, disse o ministro²²⁽⁶⁾.

O quadro Biomédico aponta para o modelo sanitário campanhista por meio da divulgação de informações com forte apelo emocional que indicam os riscos de dependência desde o primeiro consumo.

Para Cunda e Silva²³, o campanhismo anti-crack é subsidiado na culpabilização do indivíduo e da família pelo consumo do crack. Esse

modelo campanhista se apresenta em notícias que exigem do poder público a internação em massa dos usuários, definidos como doentes mentais ou dependentes químicos, e ampara seu discurso publicitário nas neurociências, que reivindicam a fatalidade da alteração neuronal ou do circuito de recompensa cerebral, à iminência da morte perante o uso, no levantamento de fatores de risco para o envolvimento, às heranças genéticas da dependência e ao suposto *deficit* cognitivo resultante do consumo regular.

O fato de o quadro Biomédico aparecer como minoritário entre os demais pode estar relacionado com aquilo que Madel Luz²⁴ chama de ‘crise do saber médico’, que não se refere à crise da medicina enquanto campo produtor de conhecimento, mas à crise de sua própria racionalidade, compreendida enquanto sistema de saber complexo e estruturado. Essa crise se caracterizaria pelo afastamento da medicina do sujeito em sofrimento enquanto totalidade, descentrado enquanto objeto de investigação e objetivo da prática terapêutica para dar lugar à doença, acompanhada da desmesurada ênfase no diagnóstico e em tecnologias predatórias e iatrogênicas em lugar da medicina enquanto arte de curar.

Carl Hart²⁵, em sua vinda ao Brasil, visitou a favela da Maré no Rio de Janeiro e foi alertado de que encontraria cracolândias repletas de ‘zumbis’ movidos pelo desejo incontrolável de obter mais uma ‘pedra’. Todavia não presenciou apenas brigas e uso de crack em cachimbos improvisados, mas narrativas sobre violência policial, desemprego, pobreza, sonhos e projetos de vida. Talvez o desafio seja seguir nos caminhos do Gey Espinheira¹⁶ e observar que os distintos modos de se relacionar com a droga se localizam na busca pelo sentido da existência, contudo sem dissociar tal busca da constatação de que vivemos uma sociedade modular, paradoxalmente da superabundância e da escassez, mas também do espetáculo, da insegurança, do medo e da desestabilização do trabalho. Por essa razão, ainda se faz necessário ressaltar que ‘slogans

vazios, com suas rimas cativantes, são excelentes para animar os desinformados, mas eles também escondem os verdadeiros problemas e obstruem nossa capacidade de implementar soluções adequadas’.

Considerações finais

Os enquadramentos das notícias privilegiam o entendimento do programa a partir da culpabilização jurídico-moral dos usuários pelo uso, responsabilizando-os por consequências sociais que transcendem à esfera do consumo, ao mesmo tempo que se fazem presentes quadros que salientam o papel das políticas públicas na produção de saúde e de cidadania dos usuários do crack.

A experiência humana é significada por meio de processos comunicacionais e

tecnológicos que caracterizam a sociedade midiaticizada. Não caberia compreender as notícias sobre o crack como espelhos da realidade, mas buscar identificar sob quais condições se produzem e circulam bens simbólicos sobre os modos de lidar com a droga, isto é, quais os tensionamentos políticos, as inconsistências, as estratégias de poder e de produção de sentidos que são selecionadas, salientadas ou eliminadas nos discursos jornalísticos.

Colaboradores

Todos os autores contribuíram para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; para a elaboração do texto e revisão crítica do conteúdo; e participaram da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Justiça. Cartilha crack, é possível vencer. Enfrentar o crack, compromisso de todos. Brasília, DF: Ministério da Justiça; 2013.
2. Worm N. Políticas públicas de drogas: estudo do programa crack, é possível vencer e as estratégias para uma política nacional [tese]. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie; 2016. 228 p.
3. Bastos FI, Bertoni N. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Icict/Fiocruz; 2014.
4. Costa MCR. Ressonância biomédica na mídia: análise do enquadramento da saúde em programas da série de TV Ser Saudável-TV Brasil [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2015. 260 p.
5. Volcov K, Vasconcellos MP. ‘Crack, é Possível Vencer’ ou é possível compreender: observações a partir de campanhas publicitárias do governo federal. Saúde Transform Soc. 2013; 4(2):99-105.

6. Cheibub WB. Práticas disciplinares e uso de drogas: a gestão dos ilegalismos na cena contemporânea. *Psic Cienc Prof.* 2006; 26(4):548-557.
7. Hjarvard S. Mídia: teorizando a mídia como agente de mudança social e cultural. *Matrizes.* 2012; 8(2):53-91.
8. Fausto Neto A. Fragmentos de uma analítica da mediação. *Matrizes.* 2008; 1(2):89-105.
9. Barros LM. Recepção, mediação e mediação: conexão entre teorias europeias e latino-americanas. In: Junior JJ, Mattos MA, Jacks N, organizadores. *Mediação & mediação.* Salvador: EDUFBA; 2012.
10. Gonçalves T. A abordagem do enquadramento nos estudos do jornalismo. *Caleidoscópio Rev Comunic Cult.* 2011; 5(6):157-167.
11. Carvalho CA. Sobre limites e possibilidades do conceito de enquadramento jornalístico. *Contemporanea Rev Comunic e Cult.* 2010; 7(2):1-15.
12. Arma de choque será usada contra viciados. *Jornal A Tarde.* 2012 nov 15. Cad. 1:5 (col.1).
13. Souza MRR, Oliveira JF. Fenômeno das drogas: análise de reportagens veiculadas em um jornal de Salvador. *Rev Baiana Enferm.* 2008; 22(1-3):145-56.
14. Polícia propõe uma ação anticrack mais humanizada. *Jornal A Tarde.* 2014 out 2. Cad. 1:8 (col.1).
15. Programa busca reabilitar dependentes químicos. *Jornal A Tarde.* 2014 jan 21. Cad. 1:4 (col.2).
16. Espinheira G. Os tempos e os espaços das drogas. In: Almeida AR, Ferreira OS, Macrae E, et al, organizadores. *Drogas, tempos, lugares e olhares sobre o seu consumo.* Salvador: EDUFBA; 2004.
17. Governo federal reforçará a rede de atenção local. *Jornal A Tarde.* 2011 dez 10. Cad. 1:7 (col.3).
18. Custódio R. ONG e política de drogas: um olhar sobre as estratégias de combate ao proibicionismo. *Rev Sur.* 2015; 12(21):1-4.
19. Tófoli LF. Políticas de drogas e saúde pública. *Rev Sur.* 2015; 12(21):1-4.
20. Brasil. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, cria o seu comitê gestor, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 21 Maio 2010.
21. Brasil. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003.
22. Dilma lança pacote de R\$ 4 bilhões contra o crack. *Jornal A Tarde.* 2011 dez 8. Cad. 1:6 (col.1).
23. Cunda MF, Silva RAN. O crack em um cenário empedrado: articulações entre o discurso jurídico, médico e midiático. *Psicol Soc.* 2014; 26(esp):245-255.
24. Luz MT. Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2012.
25. Hart CL. Slogans vazios, problemas reais. *Rev Sur.* 2015; 12(1):1-4.

Recebido em 15/07/2018

Acesso em 25/11/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

A política de saúde bucal em um município baiano: os agentes da burocracia estatal

The oral health policy in a municipality of Bahia: the agents of state bureaucracy

Adrielle Souza Caldas¹, Denise Nogueira Cruz², Sandra Garrido de Barros³, Thais Regis Aranha Rossi⁴, Sônia Cristina Lima Chaves⁵

DOI: 10.1590/0103-1104201811908

RESUMO Este estudo buscou caracterizar os Coordenadores de Saúde Bucal (CSB) envolvidos na implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em um município baiano, caso exemplar, entre 1997 e 2015. Foi realizado um estudo de caso com abordagem qualitativa, baseado no referencial bourdieusiano, por meio de entrevistas em profundidade com seis CSB, com média de 45 anos. Foram analisadas as suas trajetórias profissionais a partir das categorias: origem social, formação profissional, trajetória e inserção profissional e trajetória no campo burocrático. A maioria graduou-se em instituições públicas e apresentou trajetória ascendente no campo burocrático. A inserção na gestão foi influenciada pelas disposições, pela rede de relações e pelo desempenho profissional na Estratégia Saúde da Família (ESF). A qualificação profissional parece ser aspecto diferenciador. A pós-graduação em saúde coletiva representou maior possibilidade de inserção na ESF. A equipe gestora manteve o exercício da clínica. O apoio da gestão municipal e da saúde foi ressaltado por quase todos os entrevistados. A PNSB contribuiu para expansão da rede de saúde bucal, contudo, as principais proposições já estavam implantadas anteriormente. Evidencia-se a importância da gestão na implantação da PNSB e recomenda-se a realização de análise semelhante de outros casos para identificação de regularidades que contribuam para a explicação dos diferentes graus de implementação dessa política.

PALAVRAS-CHAVE Saúde bucal. Política de saúde. Política pública. Gestor de saúde.

ABSTRACT *This study aimed to characterize Oral Health Coordinators (OHC) involved in the implantation of the Brazilian Oral Health Policy (BOHP) in a municipality of Bahia, exemplary case, between 1997-2015. A qualitative approach case study was carried out, based on the Bourdieu theoretical, through in-depth interviews with six OHC, with an average of 45 years of age. Their professional trajectories were analyzed from the following categories: social origin, professional training, professional trajectory and insertion, and trajectory in the bureaucratic field. The majority of them graduated from public institutions and presented an upward trajectory in the bureaucratic field. The insertion in management was influenced by dispositions, network relations, and professional performance in Family Health Strategy (FHS). Professional qualification seems to be a differentiating aspect. Post-graduation in public health represented a greater possibility of insertion in the FHS. The management team maintained clinical practice. The support of municipal management and health was highlighted by almost all interviewees. The BOHP contributed to the*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1226-4356>
adrielle.caldas@hotmail.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9523-9561>
dncnogueira@hotmail.com

³Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8255-1230>
sgb@ufba.br

⁴Universidade do Estado da Bahia (Uneb) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2561-088X>
thais.aranha@gmail.com

⁵Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1476-8649>
schaves@ufba.br



expansion of the oral health network, however, the main propositions were implanted previously. The importance of management in the BOHP implementation is evident and it is recommended to carry out similar analysis of other cases to identify regularities that contribute to the explanation of the different degrees of BOHP implementation.

KEYWORDS Oral health. Health policy. Public policy. Health manager.

Introdução

Política pode ser definida como a ‘arte de governo’ ou a ciência que estuda qualquer ação, situação, que gira em torno da cidade, do Estado¹. A conformação de um conjunto de interesses, comuns ou não, que se referem ao coletivo, caracteriza as políticas públicas¹. O caráter público dessas políticas se dá não apenas pela produção de bens comuns, mas também pelo seu cunho impositivo; ou seja, o Estado detém o controle da resposta à demanda das políticas, concebida pela sociedade ou pela burocracia¹. Nessa direção, a dimensão impositiva das políticas públicas remete à ideia de Estado como o detentor do “monopólio legítimo da coação física para manutenção das ordenações”²⁽²⁰⁴⁾, acreditando que quem está no Estado tem o poder, a apropriação de guiar a política.

Dentre as políticas públicas, destaca-se a política de saúde que revela a ação ou omissão do Estado diante dos problemas de saúde dos indivíduos e da sociedade³. No Brasil, observa-se, em determinadas conjunturas, uma omissão do Estado em relação às necessidades de saúde da população, sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) uma das maiores políticas públicas em vigência no País⁴.

O SUS é uma ‘política de Estado’ resultante do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e que tem como princípios doutrinários a universalidade, equidade e integralidade da atenção^{5,6}. A inscrição da ‘saúde como direito de todos e dever do Estado’ é um dos grandes avanços da Constituição Cidadã de 1988.

Desde a conformação do SUS, apesar de persistirem as dificuldades na garantia de fontes estáveis de financiamento⁷, é possível identificar importantes conquistas, como as políticas de redirecionamento em saúde mental⁸, saúde materno-infantil⁹, urgências¹⁰ e, particularmente, saúde bucal¹¹.

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) de 2004¹¹ propõe o fortalecimento das ações de promoção e proteção à saúde bucal. Entre outros propósitos, a PNSB/2004 orienta a implementação de ações para expansão da fluoretação das águas de abastecimento público, ampliação do acesso aos serviços, fortalecimento das atividades de educação em saúde e garantia da continuidade do cuidado nos diferentes níveis de atenção¹¹.

A análise da implementação de saúde bucal em Salvador¹² e da atenção especializada em dois municípios baianos¹³ aponta a gestão como elemento fundamental na construção dessas políticas. Entretanto, ainda são escassos estudos no que tange à análise dos agentes sociais, entre eles, os gestores, que participam do processo de implementação e de como influenciaram tais políticas. No caso dessas políticas, o *locus* em que se operam formulação, implantação e avaliação destas é o campo burocrático¹⁴.

Desse modo, as contribuições dos estudos sobre a implementação da PNSB/2004^{12,13}, ainda que relevantes, apontam para a necessidade de novas investigações. Apesar de identificarem a relevância do campo burocrático para análise da implementação dessa política,

esses estudos não se aprofundaram na análise dos agentes desse campo.

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi caracterizar os agentes do campo burocrático envolvidos com a implantação da PNSB/2004 em um município baiano no período entre 1997 e 2015, analisando a origem e a trajetória social e profissional desses agentes.

Material e métodos

Foi realizado um estudo de caso, com abordagem qualitativa¹⁵, fundamentado no referencial bourdieusiano, especialmente, nos conceitos de capital (cultural, econômico, político, burocrático, social, entre outros), campo, agente, trajetória e *habitus*¹⁴. Tais construções podem auxiliar a compreensão das relações entre agentes de diferentes espaços sociais na formulação de políticas públicas, a exemplo das análises realizadas por Pinell¹⁶.

Os agentes estão posicionados no espaço social. Ao seu interior, coexistem diferentes subespaços em que agentes se articulam em torno de interesses específicos, como os Espaços: da Saúde Coletiva¹⁷, Aids¹⁸, do Programa de Incentivo Fiscal à Alimentação do Trabalhador/Programa de Alimentação do Trabalhador (Pifat/PAT)¹⁹, de formulação das políticas de saúde bucal²⁰ e da saúde bucal coletiva²¹, mas também o campo científico, artístico e burocrático. O campo seria um subespaço social dotado de autonomia relativa em relação a outros subespaços, ao interior do qual os agentes confrontam seus diferentes pontos de vista em relação às questões em disputa¹⁴. A posição do agente em um determinado campo guarda relação com o volume de capital que este possui.

O campo burocrático é um espaço em que seus agentes e instituições possuem o poder de falar em nome do Estado, de modo que passam a ser detentores do metapoder garantido pelo Estado²². O campo burocrático seria:

um universo cuja lei fundamental é o serviço

público; universo no qual os agentes sociais não têm interesse pessoal e sacrificam seus próprios interesses ao público, ao serviço público, ao universal¹⁴⁽¹⁴⁹⁾.

Investigações cujo objeto foi a gênese de políticas públicas confirmaram a importância dos agentes do campo burocrático para a formulação e desenvolvimento dessas políticas a partir da análise das trajetórias profissional e social desses agentes^{18-20,23}.

A análise das trajetórias dos agentes que atuaram no processo de implementação de uma dada política de saúde pode explicar a influência destes na sua formulação e desenvolvimento. Articulada aos conceitos bourdieusianos, pode apontar outros elementos para explicar diferenças na implementação das políticas de saúde bucal nos municípios.

A trajetória dos agentes é entendida como a “série das posições sucessivamente ocupadas”²⁴⁽²⁹²⁾ no espaço social. É, portanto, resultante das disposições de cada agente, dos constrangimentos incorporados pelo *habitus* dos diferentes espaços no qual ele tem inserção: “uma maneira singular de percorrer o espaço social”²⁴⁽²⁹²⁾. Por conseguinte, as trajetórias estão relacionadas com os *habitus*, ou com as características dos agentes que determinam as suas escolhas, gerando práticas distintas e distintivas¹⁴.

Para realização deste estudo, foi selecionado um município de grande porte do interior da Bahia, cuja população distribuía-se entre a zona rural e a urbana. A escolha do município se deu em função do seu pioneirismo na inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF)^{25,26}, antes do estabelecimento de repasse financeiro federal.

Foram realizadas entrevistas em profundidade com Coordenadores de Saúde Bucal (CSB) do período entre 1997 e 2015, entendidos aqui como agentes do campo burocrático. A definição do ano inicial do estudo relacionou-se com dois aspectos: 1) em 1997, teve início o ‘governo participativo’ conduzido por um partido político que se manteve na gestão

municipal até 2016; 2) em 1998, o município alcançou a gestão plena do sistema de saúde. Todas as entrevistas foram realizadas entre junho e dezembro de 2015.

Foram identificados, por meio de análise documental, sete diferentes coordenadores

no período analisado, incluindo os coordenadores da atenção primária e do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) (*quadro 1*). Um dos CSB não foi entrevistado por incompatibilidade de agenda.

Quadro 1. Período de atuação dos agentes na gestão da saúde bucal e da atenção especializada em saúde bucal de um município baiano, 1997-2016

| Período | Gestão da Saúde Bucal | | Gestão da atenção especializada em Saúde Bucal | |
|-----------|-----------------------|---------------------------------------|--|---|
| | Agente | Cargo | Agente | Cargo |
| 1997-1998 | CSB6 | Coordenador da Divisão de Odontologia | | |
| 1998-1999 | CSB1 | Coordenador de saúde bucal | | |
| 1999-2000 | | | CSB1 | Coordenador da atenção especializada em saúde bucal |
| 2000-2001 | | | | |
| 2001-2002 | | | | |
| 2002-2003 | | | | |
| 2003-2004 | | | | |
| 2004-2005 | CSB2 | Coordenador de saúde bucal | CSB1 | Coordenador da atenção especializada em saúde bucal |
| 2005-2006 | | | | |
| 2006-2007 | | | | |
| 2007-2008 | | | | |
| 2008-2009 | | | | |
| 2009-2010 | | | | |
| 2010-2011 | | | CSB4 | Coordenador da atenção especializada em saúde bucal |
| 2011-2012 | CSB3 | Coordenador de saúde bucal | | |
| 2012-2013 | | | | |
| 2013-2014 | | | CSB não entrevistado | Coordenador da atenção especializada em saúde bucal |
| 2014-2015 | CSB5 | Coordenador de saúde bucal | | |
| 2015-2016 | | | | |

As entrevistas foram realizadas no próprio município, por uma única entrevistadora, e o

conteúdo temático²⁷ foi analisado segundo categorias previamente estabelecidas (*quadro 2*).

Quadro 2. Categorias estabelecidas para análise das entrevistas dos coordenadores de saúde bucal de um município baiano, 2016

| Categorias | Crítérios para definições |
|--|---|
| Capital cultural/escolar | Muito baixo = Analfabeto ou 1º grau incompleto; Baixo = 1º grau completo ou 2º grau incompleto; Médio = 2º grau completo ou superior incompleto; Alto = Superior completo; Alto-Baixo = Graduação em curso superior; Alto-Médio = Especialização; Alto-Alto = Mestrado/Doutorado. |
| Origem social | A partir do capital cultural/escolar e ocupação dos pais e avós. |
| Formação profissional | A partir da conclusão de cursos de graduação, atualização, pós-graduação <i>latu sensu</i> e <i>stricto sensu</i> . |
| Trajetória profissional | A partir da atuação profissional, incluindo empregos e funções exercidas. |
| Inserção e trajetória no campo burocrático | A partir da entrada no campo burocrático, bem como cargos e funções ocupadas na gestão pública do município. |

Fonte: Adaptado de Cruz²⁸.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), por meio do parecer nº 391.724.

coordenadores, três do sexo feminino e três do masculino, com idade média de 45 anos. Cinco entrevistados nasceram em municípios da Bahia: CSB3, CSB5 e CSB6, no próprio município em estudo; e CSB2 e CSB4, em cidades pequenas próximas. Apenas CSB1 nasceu no interior de Minas Gerais (*quadro 3*).

Resultados

Foram realizadas entrevistas com seis

Quadro 3. Caracterização dos coordenadores de saúde bucal de um município baiano segundo sexo, idade e origem social (escolaridade e ocupação dos pais e avós), 2016

| Agente | Sexo | Idade (anos) | Onde nasceu | Onde estudou |
|--------|------|--------------|--|--|
| CSB1 | M | 46 | Zona urbana do interior de Minas Gerais | Ensino fundamental em escolas públicas no município onde nasceu e ensino médio em escola pública em Brasília (DF). |
| CSB2 | F | 45 | Cidade de pequeno porte no interior da Bahia | Ensino fundamental em colégio público na cidade onde nasceu e em colégio particular em município de grande porte da Bahia; Ensino médio na capital baiana. |
| CSB3 | F | 43 | Município em estudo | Ensino fundamental e médio em escola particular no município onde nasceu. |
| CSB4 | M | 42 | Cidade de pequeno porte no interior da Bahia | Ensino fundamental em escola particular na cidade onde nasceu e ensino médio na capital baiana. |
| CSB5 | F | 36 | Município em estudo | Ensino fundamental e ensino médio (até o 1º ano) em escola particular no município onde nasceu e conclusão do ensino médio em uma escola particular na capital baiana. |
| CSB6 | M | 59 | Município em estudo | Ensino fundamental em escola particular e escola pública no município em estudo e ensino médio em escola particular na capital baiana. |

Quadro 3. (cont.)

| Agente | Escolaridade e Ocupação | | | |
|--------|---|---|--|--|
| | Mãe | Pai | Avós paternos | Avós maternos |
| CSB1 | 1º grau completo; Dona de casa. | 1º grau completo; Aposentado de um banco público. | Não há relatos na entrevista. | Não há relatos na entrevista. |
| CSB2 | 2º grau completo; Funcionária da educação (Secretaria da Educação e professora). | 2º grau completo; Comerciante (posto de gasolina). | Avô: agricultor. Não soube informar escolaridade, mas sabia ler e escrever. Avó: era dona de casa; não informa a escolaridade. | Avô: não informa a escolaridade. Político e muito influente na cidade. Avó: dona de casa; não informa a escolaridade. |
| CSB3 | 2º grau completo; Aposentada pela Secretaria de Educação (professora). Madrasta: sabia ler e escrever, mas não soube informar a escolaridade. | 2º grau completo; Comerciante (tabacaria, posto de gasolina, fazenda de café e de cacau). | Não soube informar a escolaridade de ambos. | Avô: pecuarista (fazenda de cacau). Sabia ler e escrever, mas não soube informar a escolaridade. Avó: sabia ler e escrever, mas não soube informar a escolaridade. |
| CSB4 | 2º grau completo, professora. | 1º grau incompleto, Produtor rural. | Avó: 1º grau incompleto. Avó: 1º grau completo. | Avó: 1º grau completo. Foi prefeito na cidade (interior da BA). Avó: 1º grau completo. Funcionária dos Correios e dona de casa. |
| CSB5 | Ensino superior completo; fisioterapeuta do Estado. | Não informa a escolaridade; Comerciante. | Avó: 2º grau completo; produtor rural (fazenda pequeno porte de gado). Avó: 2º grau completo; dona de casa. | Avó: 2º grau completo. Fazendeiro. Avó: 2º grau completo; dona de casa e assumiu a fazenda (médio porte de gado leiteiro e de corte) quando o marido faleceu. |
| CSB6 | 1º grau completo | Cirurgião-dentista; Professor de Geografia do ensino médio. | Avó: Comerciante (loja de tecidos); não informa a escolaridade. Avó: Tabeliã; não informa a escolaridade. | Avó: não há relatos sobre ele na entrevista. Avó: 1º grau completo; dona de casa. |

Todos os coordenadores cursaram o Ensino Fundamental nos municípios onde nasceram. Posteriormente, foram para Salvador (BA) concluir o Ensino Médio, com exceção do CSB1, que se mudou para Brasília (DF). Apesar das idades serem próximas, pode-se observar que os mais jovens (CSB3, CSB4 e CSB5) estudaram em escolas particulares. CSB1 estudou em escolas públicas (*quadro 3*).

Origem social

O volume de capital cultural das mães dos coordenadores era, em sua maioria, médio, enquanto para os pais, alto. Três mães concluíram o 2º grau, e uma concluiu a graduação em Fisioterapia (CSB5), sendo três delas professoras (CSB2, CSB3 e CSB4). Entre os pais, apenas um possuía 1º grau incompleto (CSB1), e dois possuíam 2º grau completo (CSB2 e CSB3). Em relação à ocupação,

o pai do CSB6 era dentista; e, entre os demais, ressalta-se o desenvolvimento de atividades comerciais e o fato de apenas um (CSB1) não ser dono do próprio negócio (*quadro 3*).

De modo geral, observou-se baixo capital cultural entre os avós. Em relação aos avós paternos, somente dois agentes (CSB4 e CSB5) souberam informar a escolaridade destes. CSB1 não fez relato sobre seus avós paternos e maternos (*quadro 3*). Destaca-se as relações com o campo político entre os avós de CSB2 (envolvimento com deputados) e o de CSB4 (chegou a ser prefeito do município).

Formação profissional

Todos os entrevistados graduaram em Instituições de Ensino Superior (IES) da Bahia (3 em IES públicas e 1 em IES privada) e de Minas Gerais (1 em IES pública e 1 IES privada) (*quadro 4*).

Quadro 4. Caracterização da formação profissional e trajetória no campo burocrático dos coordenadores de saúde bucal de um município baiano, em ordem cronológica, 1997-2016

| Agente, IES e ano da Graduação | Pós-Graduação (Especialidade e ano) | Trajетória no campo burocrático |
|--------------------------------|---|---|
| CSB6 - Pública - 1984 | Sem especialização | 1997-1998: Coordenador da Divisão de Odontologia |
| CSB1 - Pública - 1984 | Especialização em Prótese (1995) | 1998-2004: Coordenador de saúde bucal 2004-2010: Coordenador da atenção especializada em saúde bucal |
| CSB2 - Pública - 1994 | Ortodontia - Curso Typodont (1996); Especialização em Dentística Restauradora (1997); Especialização em Saúde Pública (1998); Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (2009). Especialização em Saúde Pública (1999). | 2004-2011: Coordenadora de saúde bucal 2007-2011: Supervisora da atenção básica 2011-2014: Diretora da Atenção Básica 2014-2016: Coordenadora da Auditoria |
| CSB3 - Privada - 1995 | Aperfeiçoamento em Prótese e Dentística (2003); Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (2009); Aperfeiçoamento em Cirurgia-Bucomaxilofacial (2002 e 2006). | 2011-2015: Coordenação de Saúde Bucal junto com a Diretoria de Atenção Básica 2015-2016: Diretora da Regulação |
| CSB4 - Pública - 1996 | Aperfeiçoamento em Implantodontia (2007); Especialização em Periodontia (2003); Especialização em Saúde Coletiva (2006); Mestrado em Odontologia (2012). | 2010-2013: Coordenador de atenção especializada em saúde bucal |
| CSB5 - Privada - 2005 | Especialização em Saúde Coletiva (2006) | 2011-2015: Apoiadora Institucional/Atenção Básica 2015-2016: Coordenadora de Saúde Bucal |

Fonte: Pesquisa de campo, 2016.

Em relação à escolha pela Odontologia, o discurso de três agentes revela uma influência, direta ou indireta, da família. Para CSB2, a escolha esteve ligada à sua irmã. CSB3 e CSB6 atribuíram suas escolhas à vivência em estabelecimento de familiares que vendia materiais odontológicos e no consultório do pai dentista, respectivamente.

Na verdade, até hoje me pergunto porque escolhi Odontologia, viu?! Acho que foi muito influência da minha irmã. [...] E fiquei naquela influência dela e resolvi fazer Odontologia. E aí foi que gostei do curso [...]. (CSB2/45 anos).

[...] essa irmã de minha mãe tem uma dental junto com esse meu tio e, desde pequena, eu vivia lá na dental e achava fantástico aqueles dentes e era gesso, pesava gesso e achava aquilo fantástico [...]. (CSB3/43 anos).

É importante acrescentar a escolha profissional pela Odontologia ao invés da Medicina

por parte do CSB1. Esse caso revela o que Bourdieu¹⁴ denomina de uma economia econômica em virtude da duração do curso. Essa lógica econômica deve ter sido incorporada como disposição devido à sua trajetória social (único que cursou escola pública e cujo pai não era proprietário do próprio negócio) e relaciona-se com a sua tomada de decisão:

[...] falo que não fui médico talvez porque precisava formar, sabe? [...] gosto de medicina e me identifico muito bem com a saúde de uma forma geral. E a odontologia, acho que porque naquele momento eram 4 anos; quis formar logo para ir cuidar de minha vida. (CSB1/46 anos).

O investimento na qualificação profissional foi mencionado pela maioria dos entrevistados (quadro 4). Observou-se que apenas CSB6 não realizou especialização, argumentando a necessidade de trabalhar e sustentar a família. Lógica econômica semelhante àquela retratada

na escolha profissional do CSB1. Destaca-se que, nos anos 1990, a formação especializada ainda era rara no campo odontológico, principalmente na área de saúde coletiva.

[...] Não fiquei em Salvador, me formei e voltei para cá por necessidade de trabalho mesmo. E logo após, veio o casamento, veio filho, então não tive nem oportunidade de fazer um curso de pós-graduação, apesar de que fui contemplado com uma vaga em um curso de especialização em São Paulo, Bauru, mas não houve condições... (CSB1/46 anos).

CSB1, durante a graduação, identificou-se com uma área que justifica sua escolha para especialização.

[...] desde a faculdade, sou monitor de prótese. [...] pela parte de arte, essa parte minuciosa e, hoje, a parte de estética, sorriso, de posição de dente, de tudo. Sou meio apaixonado por isso. (CSB1/46 anos).

Entre os coordenadores que cursaram alguma pós-graduação, apenas um não a fez na área de clínicas odontológicas, ratificando a identificação com a clínica e a dominação dessas especialidades no espaço da saúde bucal. Alguns agentes afirmaram que a busca pela titulação foi por afinidade pelas áreas clínicas. CSB4 justificou sua escolha por uma necessidade percebida na sua prática no consultório particular. Esse mesmo agente apontou ainda que a escolha pela especialização em Saúde Coletiva foi circunstancial.

[...] acabei fazendo, também, outros cursos porque, embora goste muito da saúde coletiva, me identifiquei muito com a clínica [...] e acabei fazendo outros cursos de atualização de prótese, de estética [...]. (CSB3/43 anos).

[...] fiz primeiro Periodontia, Saúde Coletiva e depois Implantodontia. Periodontia para a clínica, consultório particular e etc., Saúde Coletiva fiz me preparando para o concurso, tem que ter essa

especialidade, trabalho aqui, nem pensava em ser coordenador ainda, fiz por esse motivo [...]. (CSB4/42 anos).

A escolha da especialização por CSB2 pode estar relacionada com a questão do gênero ou também com a lógica econômica. Ela afirma que abdicou da ortodontia por causa da transferência (de emprego) do marido, entretanto, isso não a impediu de realizar a especialização na capital (*quadro 4*). Outro elemento importante nas decisões acerca das especializações foi a rede de relações. Para CSB2, CSB3 e CSB4, familiares (cunhada e esposa), amigos e colegas de turma que apresentaram possibilidades de pós-graduações os incentivaram à qualificação profissional:

E aí com o contato com elas [duas colegas da graduação] eu fui saber como é que estava funcionando e como era o PSF [no município em estudo]. E acho que isso foi umas das molas propulsoras que me incentivou a fazer o curso [...]. (CSB2/45 anos).

Já a escolha da especialização em Saúde Coletiva de CSB6 não pareceu estar atrelada a uma lacuna da graduação.

Percebeu-se um alto nível de especialização entre os entrevistados, destacando-se o fato de três possuírem o título de mestre (CSB2 e CSB3 em Saúde Coletiva e CSB4 em Odontologia Clínica).

Trajetória profissional e inserção no campo burocrático

A análise da trajetória profissional revelou que todos os agentes desenvolveram atividades com dupla inserção, ou seja, atuaram no SUS e no setor privado (consultório odontológico próprio ou de terceiros). No âmbito do SUS, destaca-se que apenas CSB1 e CSB6 não atuaram na ESF.

Sobre a inserção na ESF, chama a atenção o período de permanência, de modo que CSB2, CSB3 e CSB4 atuaram em equipes do município por, pelo menos, cinco anos. CSB5 foi

quem permaneceu menos tempo na ESF local, sendo incorporada à equipe de apoiadores institucionais, e a única que não atuava, naquele momento, em consultório particular.

O primeiro a ser incorporado à equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde foi CSB6, no momento inicial do período analisado. Apesar de não ter qualquer experiência prévia em gestão, foi convidado a assumir a Divisão de Odontologia em virtude da rede de relações que possuía:

[...] inicialmente quando houve o processo da municipalização o primeiro secretário de saúde [...] e como nós trabalhávamos no centro médico odontológico no mesmo andar, em salas próximas, eu tinha muita amizade com ele, sempre tinha oportunidade de conversar... [...] Então, quando ele foi convidado para ser o secretário de saúde [...], também me deu a incumbência de ajudá-lo nessa gestão dele como secretário de saúde e, naquela época, eu disse que não entendia nada de gestão pública e ele falou: 'Eu estou sendo secretário de saúde pela primeira vez'. Eu aceitei na iminência de que se não gostasse eu teria total liberdade de sair. (CBS6/59 anos).

Foi possível perceber, como outros autores^{18,19}, uma conversão de capital militante em capital burocrático por CSB1 e CSB4 nas suas participações em Diretório Acadêmico ou em entidade de classe (Associação Brasileira de Odontologia – ABO, Conselho Regional de Odontologia – CRO-BA) assumindo, inclusive, cargos de direção, até mesmo presidência, fato considerado pelo agente CSB4 como uma 'disposição natural'.

Entrevistador - [...] Como foi ser coordenador, [...] para você?

CSB4 - Para mim, eu achei até uma coisa natural porque como sempre fui muito envolvido com a questão da classe odontológica, eu fui presidente da ABO. (CSB4/42 anos).

Cabe destacar que a incorporação do CSB4 à equipe gestora foi a mais tardia entre os

profissionais que já atuavam na rede de serviços do SUS no município, mas também se deu por sua rede de relações:

[...] nessa época eu estava muito ligado a [...] que era vereador na época, [...] meu irmão é casado com a irmã dele, então desde pequeno a gente se conhece [...]. Na época que ele se elegeu como vereador, tem essa questão de cargo lá, acho que conversou com [...] na época era Secretária de Saúde [...] e as coisas foram confluindo. [...] E eu virei coordenador do CEO... (CSB4/42 anos).

Ainda sobre o CSB4, os achados apontam tomadas de posição articuladas e de caráter empreendedor explícitas na realização da especialização em Saúde Coletiva e reabertura do próprio consultório. Ressalta-se, ainda, sua curta permanência na coordenação do CEO. Sua saída do campo burocrático articulou-se com sua entrada no campo científico, confirmando uma disposição revelada na família (mãe professora) e pessoal desde quando ministrava aulas para o ensino médio.

No último ano de faculdade, eu consegui estágio numa escola pública lá de Salvador, [...] dando aula de Ciências. [...] Logo em seguida que eu terminei o curso de Odonto, dois dias depois eu estava dando aula em [cita nome de município próximo ao município de estudo] no Ensino Médio... (CSB4/42 anos).

Por fim, a análise dos cargos ocupados no campo burocrático pelos entrevistados revela, entre a maioria, uma trajetória ascendente ao interior desse espaço, já que CSB2, CSB3 e CSB5 assumiram cargos que acumulam algum poder na organização do SUS municipal. O fato de CSB4 e CSB6 não terem construído uma trajetória no campo burocrático aponta para uma possível relação entre a entrada nesse campo por acumulação técnica-profissional e por meio da rede de relações, bem como pelo maior investimento posterior no setor privado odontológico. Chama a atenção que ambos foram coordenadores do centro especializado,

sendo esta área com maior interface com a clínica e a prática no setor privado.

Os agentes e a política de saúde bucal no município

O pioneirismo do município estudado na inserção do dentista na Equipe de Saúde Bucal/ Programa Saúde da Família (ESB/PSF), especialmente porque em 1998 não existia um financiamento direcionado para isso, foi relatado pelo CSB6. Visando qualificar o processo de implantação das ESB, CSB6 procurou auxílio de uma docente da UFBA, destacando tal articulação como fator colaborador na construção das ações municipais.

[...] eu, o próprio secretário de saúde [na época, e outras pessoas pensaram]. Por que não pensar no papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família? Ainda que não houvesse financiamento para o cirurgião-dentista, porque naquela época não tinha, mas [o município em estudo] foi pioneiro. Então, levou essa ideia ao prefeito, o prefeito achou muito boa, né? (CSB6/59 anos).

[...] primeira seleção que foi feita aqui para o PSF [...] foi quando [a docente da UFBA] veio. Ela já veio para fazer a seleção [...] ela e mais outra colega [...] fariam a questão da seleção de acordo com o perfil das pessoas que poderiam ser inseridas no contexto do cirurgião-dentista na Saúde da Família. [...] deu um ponta pé inicial. (CSB6/59 anos).

A inserção do dentista, antes de qualquer formulação por parte do Ministério da Saúde, também, é destacada pelo CSB1, que antes de compor a equipe gestora era membro do Conselho Municipal de Saúde como representante do Conselho Regional de Odontologia (CRO-BA).

Era a gente mesmo [que construía a política], cada um era responsável e tudo o que a gente falava ou pensava era colocado em prática. [...]

quando a gente estava lá no Conselho, a gente já exigia [dentista no PSF]. Quando começaram a falar de equipe de saúde da família, nós já colocamos. (CSB1/46 anos).

CSB1, diante desse processo inicial de organização da atenção à saúde bucal no município, destacou a formulação de projetos como a Policlínica de Odontologia Especializada (POE), revelando outra 'inovação' no município, um interesse em lutar pelo interesse público.

[...] não podia ficar sem [serviço especializado]. Porque não adiantava a gente, na discussão daquela época, ficar ali e a medicina evoluindo, estava montando e tudo. Então, a Odontologia tinha que ir junto, sabe? Foi uma luta grande ali... 'Ah, vamos fazer um Centro Especializado', por exemplo [...] 'Ah, mas é caro'; sim..., mas, se tem dinheiro para ressonância, tomografia... Tem que criar! E a Odontologia foi junto a este pensamento porque não poderia ficar por fora. (CSB1/46 anos).

A articulação dos coordenadores com o campo científico, como mencionado pelo CSB6, também é destacada pelo CSB1. Nesse particular, o apoio do ISC/UFBA, especialmente da Residência Multiprofissional/Saúde da Família, foi fundamental.

[...] tive apoio de muitas pessoas, a gente fez uma parceria muito boa com o Instituto de Saúde Coletiva, com os Residentes [da UFBA] [...], acho que foi muito interessante. Eu conhecia a realidade do serviço, sabia das dificuldades, das necessidades. Eu precisava de apoio porque eu não tinha pernas para fazer tudo sozinha. Foi à época que vieram os Residentes [...] acho que foi um momento bem interessante, foi uma contribuição muito boa... (CSB2/45 anos).

A parceria com o ISC/UFBA foi importante ainda para a construção de um protocolo que articulou a atenção básica e a policlínica. Os relatos da CSB2 revelam ainda que o modelo de atenção preconizado era o da vigilância da saúde.

[...] Eu acho que o papel da coordenação é impulsionar, é dar um norte para as Unidades [...] de acordo com aquele modelo de saúde que quer implantar [...] quando eu assumi a coordenação de saúde bucal foi uma das coisas que eu identifiquei primeiro, essa falta [do protocolo], não no intuito em estar engessando o trabalho das pessoas, mas no intuito de dar um norte [...] não fugir daquele modelo de vigilância à saúde [...] a gente sabe que cada profissional vem de uma faculdade diferente, não são todos os cursos que formam com essa visão... (CSB2/45 anos).

A educação permanente em saúde foi um recurso necessário e priorizado pela gestão, tanto na etapa de expansão da ESB/ESF quanto no momento de transformação do quadro de profissionais da saúde bucal como descrito na fala da CSB3 a seguir. Era importante para o avanço da saúde bucal a perpetuação do processo estabelecido:

[...] nós tivemos então, como eu disse, uma saída de vários profissionais com a questão do concurso. Então, hoje, 90% dos profissionais que são [...] do concurso; não tinham nenhuma experiência, nenhuma vivência na saúde pública, profissionais recém-formados. Então, achei até interessante pensar [...] e garantir todo o serviço, dar continuidade [...] a gente investiu naquele momento toda a Atenção Básica em educação permanente [...] trabalhando com troca de experiências a todo momento, [...] e acho que os profissionais foram crescendo realmente [...]. (CSB3/43 anos).

A articulação entre a prefeitura, instituições de ensino superior e associações de classe configurou as condições de possibilidade nesse ‘espaço dos possíveis’ para garantir a atenção especializada, em 1999, que foi considerada pelo agente CSB4 como o ‘embrião’ do CEO no município.

[...] a prefeitura não tinha espaço [para construção da POE], a ABO não tinha espaço e o único espaço que poderia ter era o da Universidade Estadual [...] na colocação do convênio [...] a ABO

entraria com cinco consultórios odontológicos, a prefeitura entraria com dois consultórios odontológicos e a Universidade com um, ficaria um espaço com 8 consultórios. A prefeitura se comprometia a fazer um concurso para dentistas trabalharem nesse local que se chamava Policlínica de Odontologia Especializada e a Universidade tinha o espaço e a gente tinha a obrigação de atender os servidores da Universidade e foi lá que começou mesmo, o embrião do CEO. (CSB4/42 anos).

Apesar do avanço na formulação e implantação da política de saúde bucal, da direcionalidade e continuidade das ações da equipe gestora, a falta de recursos financeiros tornou-se, mais recentemente, entre 2015 e 2016, uma variável importante para o impasse na expansão das ESB, constituindo-se em obstáculo a sua manutenção. Observa-se uma dificuldade na ampliação de novos serviços na atenção básica e no CEO:

[...] para a gente implantar a equipe hoje está muito difícil, provavelmente a gente não vai conseguir [...] porque a dificuldade é muito grande, a cobrança é muito grande, mas infelizmente não tem como implantar. Como o município aqui, ele já repassa 25% de recurso, a gente sabe que a obrigação é 15%, e a gente sabe que ainda está insuficiente, então assim [...] a grande dificuldade mesmo é o recurso [...]. (CSB5/36 anos).

[...] na época [em] que eu fui coordenador [do CEO], o grande problema era aquisição de materiais e manutenção de equipamentos. Porque a gente conseguiu dentistas, a gente conseguiu implementar [...] Só que assim, as coisas eram muito lentas e, assim, apesar disso tudo, a gente viu que chegou certo momento que as coisas não avançavam mais... (CSB4/42 anos).

Avanços diferenciados na implantação da política também estão atrelados à compreensão entre os agentes dos objetivos que estão em jogo e como desempenharão a luta em defesa desses propósitos.

Discussão

A implementação das políticas de saúde bucal no município entre 1997 e 2015, por um lado, foi resultado da conjugação das condições históricas de possibilidade no âmbito municipal no final dos anos 1990 e no âmbito nacional a partir de 2003. Por outro, também foi resultado das trajetórias e disposições políticas e militantes dos seus coordenadores, ainda que com diferenças nos seus distintos capitais.

Os agentes sociais que coordenaram a saúde bucal do município estudado tiveram, em sua maioria, uma trajetória de acumulação de capital específico a partir dos cargos ocupados no período. A inserção desses agentes na equipe gestora foi influenciada tanto pelas disposições políticas ou militantes quanto pela rede de relações do tipo familiar ou política. O reconhecimento do trabalho desempenhado na ESF local pelo gestor municipal parece também ter influenciado na ocupação dessa posição.

O investimento na qualificação profissional pode ser um aspecto diferenciador para os coordenadores desse município, apesar da pós-graduação em saúde coletiva, para muitos, só ocorrer porque representava maior potencialidade de inserção na ESF. Trata-se, portanto, de uma equipe gestora qualificada tecnicamente, ainda que predominando nas escolhas dos CSB a manutenção do exercício profissional atrelado à prática clínica, mesmo em um município avançado na implementação das ações públicas de saúde bucal.

Entende-se que a formação em saúde coletiva pode proporcionar um maior empoderamento dos agentes e possibilitar melhor condução das ações de saúde, ou seja, maior capacidade de governo pode tornar a implementação das políticas mais eficiente¹³. Por outro lado, a conformação de equipe gestora da saúde com formação e experiência de gestão diversificada pode resultar impasses e falta de articulação ao interior da gestão¹².

As diferenças de características dos gestores (secretário ou equipe dirigente) podem, ainda, evidenciar variáveis que venham a prejudicar

a formulação e implantação das políticas de saúde^{13,29}. O aumento da capacidade do gestor municipal na implantação das políticas de saúde bucal está relacionado com o capital político desse agente dentro do campo burocrático¹².

Também se ressalta a permanência de, pelo menos, três anos dos CSB na gestão, o que pode explicar, em parte, a possibilidade de inovação e de continuidade da implementação da política de saúde bucal local. Há evidências de que uma constante mudança dos gestores e a pouca permanência nos cargos implicam fragilidade na implementação das políticas e sugere, igualmente, falta de compromisso e de interesse quanto ao SUS como política de Estado²⁹.

Merece ainda ser destacado o fato de que a maioria dos coordenadores era proveniente da ESF local. A articulação da experiência na rede assistencial com o perfil técnico configura a 'valorização da prata da casa'³⁰. Além disso, os coordenadores apresentavam um envolvimento emocional com o bom desenvolvimento das ações de saúde bucal, buscando atuar com dedicação, criatividade e iniciativa, o que caracterizaria o empreendedorismo militante³¹. Outra característica foi a manutenção pelos CSB da atuação em clínicas particulares (dupla militância), o que é sempre um obstáculo para a gestão e pode suscitar tomadas de posição conflitantes³².

O investimento na qualificação profissional em espaços em que há uma grande força militante e a inserção política dentro de grupos organizados também caracteriza o empreendedorismo militante³¹. A presença de atores atuantes no campo burocrático macropolítico, que já passaram por outros espaços no micropolítico, traz uma perspectiva de construção de uma nova burocracia, em que são fundamentais para uma implementação de política de saúde por exemplo.

O investimento em educação permanente favoreceu a continuidade do que já estava implantado, assegurando a perpetuação das conquistas no que tange à política de saúde bucal. Tal evidência corrobora o estudo de Chaves e Vieira-da-Silva³², no qual municípios que obtiveram suporte da gestão e realizavam 'oficinas de sensibilização e

capacitação dos profissionais' alcançaram melhores resultados.

O apoio do prefeito, desde as primeiras propostas para a saúde bucal, colaborou para a formulação e para o desenvolvimento da política, inclusive direcionando para áreas mais vulneráveis da zona rural. O apoio do gestor municipal e da saúde foi ressaltado por quase todos agentes que relataram a importância de o governo estar a favor para o desenvolvimento das políticas de saúde acontecer, aspecto também percebido em outros estudos^{12,13,30} como relevante para a implementação de políticas de saúde.

Estudo realizado anteriormente no mesmo município revelou a importância da gestão para o desenvolvimento do setor da saúde, pois se tratava de um governo de ruptura com 'amarras tradicionais encontradas nos interiores baianos', elegendo um prefeito que promoveu a existência de uma saúde pública de destaque³¹.

A PNSB de 2004 trouxe possibilidades de expansão da rede de atenção à saúde bucal devido ao repasse financeiro. Contudo, em 2004, as principais proposições da PNSB já estavam implantadas no município estudado. Desse modo, ela foi incorporada ao projeto de saúde bucal em curso no município, fato que destoa do estudo na capital baiana onde não houve a incorporação da PNSB à política municipal¹². Ou seja, no município em questão a PNSB teve papel de fomentar aquilo que já vinha sendo desenvolvido, seja na atenção especializada, seja na atenção primária, enquanto na capital baiana teve papel indutor, em especial na atenção primária, pois Salvador também contava com um centro de referência de odontologia.

Contudo, o aumento de recursos de custeio com a ampliação do número de ESB, por exemplo, não foi suficiente para impedir que, no atual momento histórico, a maior dificuldade enfrentada seja relacionada com a dimensão financeira. A literatura, também, aponta a falta de recursos para a manutenção da rede de saúde bucal como aspecto que impossibilita o avanço da política, sendo importante que o repasse de recursos financeiros envolva, também, os níveis estadual e federal³³. No caso da Bahia, destaca-se a ausência

de financiamento estadual específico para a saúde bucal, bem como forte sobrecarga dos municípios no financiamento do SUS, levando-os a fazer escolhas entre políticas prioritárias.

Considerações finais

O município estudado configura-se como caso exemplar na implementação da política de saúde bucal, que, com outras experiências municipais, inspirou a formulação de algumas iniciativas federais. A análise das trajetórias social e profissional desses coordenadores de saúde bucal reforçou a importância dos agentes sociais municipais na implantação de políticas de saúde bucal. Além das trajetórias social e profissional, a capacidade técnica dos agentes, o apoio da gestão local e do prefeito, o apoio de associações específicas e instituições de ensino superior foram fatores importantes para o avanço e reorganização da atenção à saúde no período estudado.

A principal lacuna deste estudo foi a análise de um caso único, bem como a limitação a um determinado período histórico.

Recomenda-se a realização de análise semelhante em outros municípios para a identificação de possíveis regularidades e análise da atuação dos agentes sociais que possam contribuir para a explicação dos diferentes graus de implementação das políticas de saúde bucal no País.

Colaboradores

ASC elaborou o artigo a partir de seu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de graduação. DNC, orientadora do TCC, contribuiu para a elaboração e desenvolvimento do projeto de pesquisa, análise e interpretação de dados e revisão crítica do manuscrito. SGB concebeu e coordenou o projeto de pesquisa, contribuiu para a análise e interpretação dos dados, bem como para a revisão crítica final do manuscrito. TRAR e SCLC contribuíram para a interpretação dos dados e revisão crítica do manuscrito. ■

Referências

- Rodrigues MMA. Políticas Públicas. São Paulo: Publifolha; 2011.
- Weber M. Conceitos Sociológicos Fundamentais. Coimbrã: LusoSofia; 2010.
- Paim JS. Saúde, Política e Reforma Sanitária. Salvador: UFBA; 2002.
- Paim JS. Políticas de Saúde no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. cap. 20. p. 587-603.
- Brasil. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 Set 1990.
- Teixeira C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. In: Conferências Municipal e Estadual de Saúde; 2011 jun. Salvador: CMES; 2011 [acesso em 2014 nov 17]. Disponível em: https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro_internacional_saude/documentos/textos_referencia/07_principios_sistema_unico_saude.pdf.
- Piola SF, Barros ED, Nogueira RP, et al. Vinte anos da Constituição de 1988: o que significaram para a saúde da população brasileira. In: Políticas Sociais: acompanhamento e análise: vinte anos da Constituição Federal. Brasília, DF: Ipea; 2010. p. 97-174.
- Brasil. Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 6 Abr 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes, para o período compreendido entre os anos de 2004 e 2007. Brasília, DF: MS; 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção às urgências. Brasília, DF: MS; 2003.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF: MS; 2004.
- Soares CLM, Paim JS. Aspectos críticos para implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(5):966-974.
- Rossi TRA, Chaves SCL. Implementação da Atenção Especializada em Saúde Bucal em dois municípios da Bahia/Brasil. Saúde debate. 2015; 39(esp):196-206.
- Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Campinas: Papirus; 1996.
- Yin RK. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. Porto Alegre: Bookman; 2015.
- Pinell P. Análise Sociológica das Políticas de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
- Vieira-da-Silva LM, Pinell P. The genesis of collective health in Brazil. Sociol Health Illness. 2014; 36(3):432-446.
- Barros SG, Vieira-da-Silva LM. The genesis of the AIDS policy and AIDS Space in Brazil (1981-1989). Rev Saúde Pública. 2016; 50(43):1-14.
- Costa-Souza J, Vieira-da-Silva LM, Pinell P. A socio-historical approach to policy analysis: the case of the Brazilian Workers? Food Policy. Cad. Saúde Pública. 2018; 34(1):1-15.

20. Rossi TRA. Produção social das políticas de saúde bucal no Brasil [tese]. Salvador: UFBA/ISC; 2016. 380 p.
21. Soares CLM. A constituição da saúde bucal coletiva no Brasil [tese]. Salvador: UFBA/ISC; 2014. 179 p.
22. Barros SG. A política nacional de luta contra a AIDS e o espaço AIDS no Brasil [tese]. Salvador: UFBA/ISC; 2013.
23. Barros SG, Vieira-da-Silva LM. A terapia antirretroviral combinada, a política de controle da Aids e as transformações do Espaço Aids no Brasil dos anos 1990. *Saúde debate*. 2017; 41(esp3):114-128.
24. Bourdieu P. *As Regras da Arte: gênese e estrutura do campo literário*. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.
25. Calado, GS. A inserção da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família: Principais Avanços e Desafios [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp; 2002. 137 p.
26. Barros SG, Cangussu MCT, Cruz DN, et al. Impacto da implantação das equipes de saúde bucal na estratégia saúde da família em dois municípios do estado da Bahia. *Rev Saúde Colet UEFS*. 2016; 6(2):37-42.
27. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MSC, organizadora. *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2009.
28. Cruz DN. Desigualdades na utilização de serviços odontológicos: posição e tomadas de posição no espaço social [tese]. Salvador: UFBA/ISC; 2005. p. 156.
29. Cecilio LCO, Andreazza R, Souza ALM, et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. *RECIIS*. 2007; 1(2):200-207.
30. Coelho TCB, Paim JS. Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(5):1373-1382.
31. Goulart FAA. Experiências em saúde da família: cada caso é um caso? [tese]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp; 2002.
32. Chaves SCL, Silva LMV. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. *Ciênc. Saúde Colet*. 2007; 12(6):1697-1710.
33. Martelli PJJ. Política Nacional de Saúde Bucal, da teoria à prática: um estudo de caso acerca de sua implantação em Recife-PE no período 2000 a 2007 [tese]. Recife: Fiocruz/CPQAM; 2010.

Recebido em 14/07/2018

Aprovado em 10/10/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb)

Avaliação da satisfação de usuários a partir da Carta SUS, no Rio Grande do Norte, Brasil

Evaluation of user satisfaction from the Carta SUS, in Rio Grande do Norte, Brazil

Danyllo do Nascimento Silva Junior¹, Bárbara Suellen Fonseca Braga², Camila Dayze Pereira Santos³, Raul Elton Araújo Borges⁴, Luiz Roberto Augusto Noro⁵

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol) - Natal (RN), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9035-6216>
danyllojunior@hotmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol) - Natal (RN), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6658-9976>
babis.fb@gmail.com

³Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol) - Natal (RN), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8092-2846>
camila_nutufm@hotmail.com

⁴Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (Facisa) - Natal (RN), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3861-6890>
raullelton@hotmail.com

⁵Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol) - Natal (RN), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8244-0154>
luiz_noro@hotmail.com

DOI: 10.1590/0103-1104201811909

RESUMO Objetivou-se analisar a satisfação dos usuários e a caracterização dos serviços de atendimento hospitalar e ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS). Realizou-se um estudo transversal analítico por meio de dados de usuários que responderam ao instrumento Carta SUS entre 2012 e 2013, no estado do Rio Grande do Norte, no qual foi avaliada a qualidade da estrutura física, da equipe de saúde e do tratamento ofertado. Dos 17.333 usuários que responderam à Carta SUS no período estudado, 62,3% eram mulheres e 62,4% tinham acima de 40 anos. A maior parte dos atendimentos (56,8%) foi realizada na capital e em serviços públicos (70,3%). Os usuários apresentaram-se satisfeitos com os serviços, com um percentual que variou de 79 a 90%, de acordo com as regiões de saúde. Os homens e as pessoas com mais de 60 anos avaliaram mais positivamente os serviços; a alta complexidade e os serviços da capital tiveram melhores resultados ($p \leq 0,001$), assim como as unidades privadas. Ressaltam-se a importância da avaliação em saúde e a relevância de se analisar, divulgar e dar continuidade ao instrumento Carta SUS, com vistas a subsidiar mais estudos e reflexões sobre a qualidade dos serviços.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde. Assistência hospitalar. Assistência ambulatorial. Satisfação dos usuários.

ABSTRACT *The purpose of this study was to analyze user satisfaction and the characterization of the hospital and outpatient services of the Unified Health System (SUS). A cross-sectional analytical study was performed using user data that responded to the Carta SUS instrument between 2012 and 2013, in the state of Rio Grande do Norte, in which the quality of the physical structure, the health team and the treatment offered. Of the 17.333 users who answered the SUS Charter in the period studied, 62.3% were women and 62.4% were over 40 years old. Most of the attendances (56.8%) were held in the capital and in public services (70.3%). The users were satisfied with the services, with a percentage that ranged from 79 to 90%, according to the health regions. Men and people over 60 evaluated services more positively; the high complexity and the services of the capital had better results ($p \leq 0.001$), as well as the private units. The importance of health evaluation and the relevance of analyzing, disseminating and giving continuity to the SUS Charter instrument is emphasized, with a view to subsidizing further studies and reflections on the quality of services.*

KEYWORDS *Health evaluation. Hospital care. Ambulatory care. Consumer behavior.*



Introdução

A partir da Constituição Federal de 1988, todos os brasileiros passaram a ter direito à saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo dever do Estado provê-la, mediante políticas sociais e econômicas. Nesse contexto, a garantia da qualidade da assistência pública à saúde tornou-se um direito social do ser humano no País, cujo fortalecimento deu-se ao longo dos anos com o desenvolvimento de dispositivos de participação social, como as plenárias e os fóruns e resoluções de conselhos de saúde, as estratégias de educação permanente voltadas para o controle social, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, entre outros¹⁻³.

Nesse sentido, o conceito de saúde ganhou nova abrangência e passou a ser entendido como resultado das condições sociais e de vida. O direito à saúde e de acesso aos serviços passaram a ser reconhecidos como direitos de cidadania. Os princípios do SUS tornaram-se orientadores das práticas assistenciais, contemplando o acesso universal e igualitário, a regionalização, a hierarquização e a descentralização dos serviços de saúde, o atendimento na perspectiva da integralidade e da participação popular. Assim, o conhecimento do direito à saúde é um requisito fundamental para que o usuário possa utilizar o serviço considerando os princípios que regem o SUS^{4,5}.

Partindo-se da concepção do usuário como um membro corresponsável pela gestão do sistema, procura-se definir a institucionalização da avaliação dos serviços de saúde por meio do estímulo à disseminação de uma cultura avaliativa que torne essa prática incorporada às rotinas de gerenciamento no âmbito do sistema de saúde brasileiro. Logo, a prática avaliativa incorporada às rotinas de gerenciamento que envolva a perspectiva do usuário vem crescendo na última década, uma vez que a avaliação da satisfação do usuário constitui um dos mais importantes indicadores para mensurar a qualidade dos serviços de

saúde, além de representar umas das razões principais para se trabalhar com a melhoria da qualidade^{3,6}.

A criação do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (Doges), da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), foi um dos marcos importantes para viabilizar e coordenar a realização de estudos e pesquisas no campo da ouvidoria em saúde, com foco especial na participação do usuário. O Doges elabora, a partir de manifestações colhidas por meio de carta, internet, telefone e atendimento presencial, relatórios gerenciais ou temáticos e direciona-os para gestores e organismos de controle social⁷.

Uma das iniciativas resultantes da criação do Doges foi o instrumento Carta SUS, a qual constitui-se em um instrumento de transparência, avaliação e fiscalização com a principal finalidade de auxiliar o Ministério da Saúde (MS) na identificação de possíveis irregularidades na prestação de serviços. A partir de seu envio, em caráter de correspondência, os usuários do SUS podem conferir se os dados enviados pelos órgãos competentes correspondem aos serviços prestados, acompanhar os custos de sua internação e dos seus serviços, bem como possibilita a avaliação do atendimento⁸.

A Carta SUS está relacionada aos dados da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e da Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade (Apac). Ambas contêm cartão-resposta anexado com perguntas sobre o atendimento recebido, a qualidade das equipes de saúde, o estado das instalações físicas e quanto à recomendação da unidade de saúde a um amigo ou familiar⁸.

A taxa de alcance da estratégia no País (quadriênio 2012, 2013, 2014 e 2015) foi de, aproximadamente, 80%, o que demonstra como essa sistemática pode contribuir para fortalecer a transparência dos atendimentos prestados pelos serviços públicos de saúde, além de incentivar a participação do cidadão na manifestação de possíveis irregularidades⁸. Nesse sentido, a Carta SUS foi escolhida em virtude de se configurar como uma das

principais estratégias de obtenção da opinião dos usuários sobre os serviços do SUS e pelo fato de não se ter conhecimento de estudos analíticos consistentes baseados em sua utilização.

Ante o exposto e considerando a relevância de se trabalharem as informações advindas dos usuários dos serviços, objetivou-se analisar a satisfação dos usuários e a caracterização dos serviços de atendimento hospitalar e ambulatorial do SUS.

Métodos

Realizou-se um estudo transversal analítico por meio de dados de usuários que participaram do instrumento Carta SUS entre 2012 e 2013, no estado do Rio Grande do Norte (RN). Em 2010, o estado apresentou uma densidade demográfica de 59,99 hab/km², com população composta de 3.168.027 pessoas, distribuída em 167 municípios, de acordo com levantamento feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁹.

Entre 2012 e 2013, período disponibilizado pelo MS, foram enviadas aos usuários do Rio Grande do Norte 399.959 Cartas SUS. Considerando que 23,29% foram devolvidas, estima-se que um total de 93.150 tenham sido respondidas. A partir da eliminação de usuários que responderam mais de uma vez

à correspondência do MS, chegou-se a um número de 17.333 usuários, configurando-se como a amostra total do presente estudo.

Ressalta-se que as Cartas foram enviadas a todos os cidadãos que passaram por internação hospitalar ou procedimentos ambulatoriais de alta complexidade em hospitais/unidades de saúde públicas ou contratualizadas com o SUS. Em janeiro de 2013, meio do período em estudo, o RN contava com 3.584 estabelecimentos de saúde, estando assim distribuídos em suas regiões de saúde: 258 em São José de Mipibu (I), 416 em Mossoró (II), 255 em João Câmara (III), 426 em Caicó (IV), 169 em Santa Cruz (V), 347 em Pau dos Ferros (VI), 1.591 em Natal (VII) e 122 na região de saúde de Açu (VIII)¹⁰.

O acesso aos dados foi obtido junto ao Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do MS, considerando ser esse órgão o fiel depositário dessas informações. Prevendo a não utilização das informações confidenciais a que tiveram acesso para outro fim que não o proposto nesta pesquisa, os pesquisadores emitiram termo de confidencialidade e sigilo.

Para composição das variáveis do estudo, foram considerados todos os campos preenchidos pelos usuários na Carta SUS, disponibilizados pela SGEP. A distribuição das variáveis analisadas no presente estudo encontra-se apresentada no *quadro 1*.

Quadro 1. Tipo, natureza e conceito das variáveis pesquisadas no estudo, Carta SUS

| Variável | Tipo | Natureza | Conceito |
|-----------------|--------------|------------|--|
| Sexo | Independente | Catagórica | Sexo do usuário: masculino ou feminino. |
| Idade | Independente | Catagórica | Faixa etária do usuário. |
| Setor de gestão | Independente | Catagórica | Estabelecimento público ou privado. |
| Local | Independente | Catagórica | Localização do estabelecimento: capital ou interior. |
| Região de saúde | Independente | Catagórica | Região de saúde na qual se localiza o estabelecimento. |
| Procedimento | Independente | Catagórica | Procedimento realizado pelo usuário. |
| Complexidade | Independente | Catagórica | Procedimento de alta ou média complexidade. |
| Autorização | Independente | Catagórica | Indica se usuário foi submetido a uma AIH ou Apac. |

Quadro 1. (cont.)

| | | | |
|------------------|------------|------------|---|
| Estrutura física | Dependente | Catagórica | Avaliação do usuário com relação às instalações físicas do estabelecimento. |
| Equipe de saúde | Dependente | Catagórica | Avaliação do usuário com relação ao atendimento prestado pela equipe. |
| Tratamento | Dependente | Catagórica | Avaliação do usuário com relação à maneira como foi tratado no hospital. |

Fonte: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), Ministério da Saúde, 2014.

O banco de dados foi construído preliminarmente no aplicativo de criação de planilhas eletrônicas Excel, o qual foi posteriormente exportado para o *software* SPSS (versão 17.0), no qual se realizou um processo de conferência e correção dos erros identificados por meio de dupla digitação. Uma vez consolidado o banco de dados, realizou-se análise estatística descritiva e inferencial buscando associação entre as variáveis independentes e as variáveis dependentes do estudo.

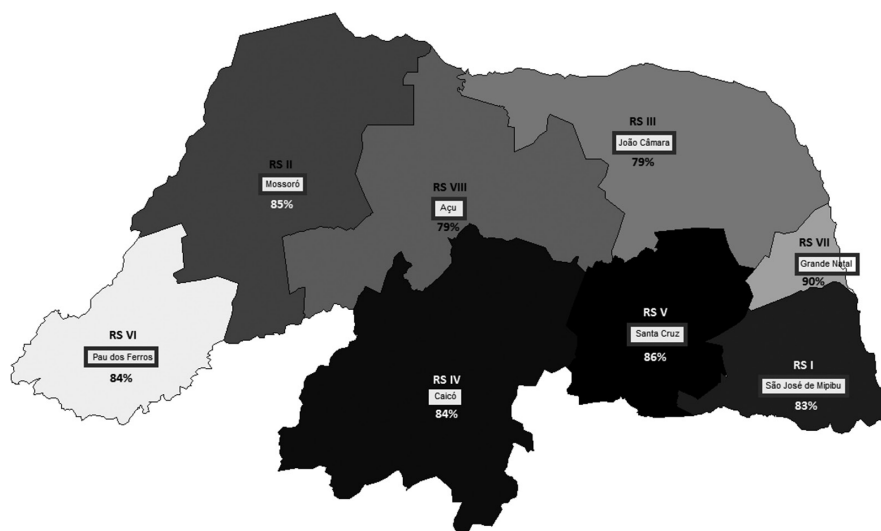
Os dados utilizados não identificam os usuários, atendendo às diretrizes éticas para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos. Esta pesquisa foi apresentada ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (CEP-HUOL), sendo aprovada com parecer nº 834.621, no dia 26 de setembro de 2014.

Resultados

Dos 17.333 usuários que responderam à Carta SUS no período de 2012 a 2013, no Rio Grande do Norte, 62,3% eram mulheres, 62,4% tinham acima de 40 anos, 56,8% dos atendimentos foram realizados na capital do estado, 70,3% em serviços públicos, sendo a maior parte dos procedimentos (68,7%) caracterizada como de média complexidade e realizada em âmbito hospitalar (73,3%).

Com relação ao SUS, o estado encontra-se dividido em oito Regiões de Saúde (RS), em consonância com o Plano Diretor de Regionalização (PDR/RN). A RS VII (Metropolitana) é a que reúne o maior contingente populacional, concentrando 38,2% da população total do estado, enquanto a RS VIII (Vale do Açu), composta por 13 municípios, é a menos populosa, concentrando apenas 4,5% do total¹¹.

Figura 1. Mapa com os percentuais de avaliações positivas dos usuários sobre os serviços de saúde de acordo com as regiões de saúde do estado, 2012-2013, RN-Brasil



Fonte: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), Ministério da Saúde, 2014.

Conforme visto na *figura 1*, observaram-se patamares elevados de avaliação positiva, com maior destaque para as regiões V e VII, agreste e litoral oriental do estado, e menor desempenho das regiões III e VIII, com abrangência maior da região central ou do litoral norte. O nível de satisfação ficou acima de 80% em

quase todas as regiões de saúde do estado.

De acordo com o evidenciado na tabela 1, os dados apresentaram relativo equilíbrio quanto à faixa etária, com menor número de usuários na faixa de 0 a 18 anos e maior quantidade de participantes na faixa etária ≥ 60 anos.

Tabela 1. Informações sociodemográficas e características dos serviços de saúde, 2012-2013, RN, Brasil

| Variável | n | % |
|--|--------|------|
| Sexo (n = 16.157) | | |
| Feminino | 10.058 | 62,3 |
| Masculino | 6.099 | 37,7 |
| Faixa etária (anos, n = 17.333) | | |
| 0 a 18 | 2.165 | 12,5 |
| 19 a 39 | 4.352 | 25,1 |
| 40 a 59 | 4.722 | 27,2 |
| ≥ 60 | 6.094 | 35,2 |

Tabela 1. (cont.)

| Localização | | |
|------------------------------|--------|------|
| Capital | 9.842 | 56,8 |
| Interior | 7.491 | 43,2 |
| Gestão administrativa | | |
| Pública | 12.189 | 70,3 |
| Privada | 5.144 | 29,7 |

Fonte: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), Ministério da Saúde, 2014.

Observou-se que os serviços estavam mais localizados na capital do estado, provavelmente pelo maior número de unidades nessa região, e a gestão administrativa concentrou a maior parte dos estabelecimentos na rede inteiramente pública. Por pertencer à área metropolitana do estado, a Região de Saúde VII compreendeu a maior quantidade de usuários que realizaram os procedimentos por meio da AIH e da Apac.

Por sua vez, a *tabela 2* evidencia o nível de satisfação dos usuários no que diz respeito à qualidade da estrutura física, da equipe de saúde e do tratamento recebido nos serviços estudados. Para definição dos critérios, estabeleceu-se como adequada a junção das avaliações ‘bom’ e ‘muito bom’ e como inadequadas as avaliações ‘regular’, ‘ruim’ e ‘muito ruim’, sinalizadas na Carta SUS.

Do total de 17.333 usuários, 13.842 (81,4%) consideraram a qualidade da estrutura física adequada, da mesma forma que 15.830 (91,9%) sinalizaram, por meio da Carta SUS, que a qualidade das equipes de saúde dos serviços

era adequada, ao mesmo tempo que a qualidade do tratamento recebido foi considerada adequada para 15.471 (89,8%) usuários.

Entre outras evidências, a *tabela 2* explicita que não houve diferença na avaliação dos serviços quando comparados homens e mulheres, com exceção do item estrutura física, no qual os homens avaliaram mais positivamente os serviços; as pessoas com 60 anos ou mais tendem a avaliar melhor as unidades de saúde, especialmente a equipe de saúde e a qualidade do tratamento; em todos os aspectos pesquisados, a alta complexidade e os serviços da capital tiveram melhores resultados ($p \leq 0,001$), em detrimento da média complexidade e do interior, respectivamente; os usuários avaliaram mais positivamente o atendimento prestado pelas unidades de saúde conveniadas ao SUS do que os estabelecimentos públicos; por fim, os serviços vinculados à Apac obtiveram resultados mais satisfatórios quando comparados aos prestados pelas unidades relacionadas à AIH.

Tabela 2. Associação entre os desfechos 'estrutura física', 'equipe de saúde' e 'tratamento' e as variáveis independentes utilizadas no estudo, 2012-2013, RN-Brasil

| Variável | Qualidade da estrutura física | | | | χ^2 * | p** | OR*** |
|-----------------------------|-------------------------------|------|------------|------|------------|---------|------------------|
| | Adequado | | Inadequado | | | | |
| | n | % | n | % | | | |
| Sexo | | | | | | | |
| Masculino | 5029 | 82,5 | 1070 | 17,5 | 28,48 | ≤ 0,001 | 1,24 (1,15-1,35) |
| Feminino | 7947 | 79,0 | 2111 | 21,0 | | | |
| Idade | | | | | | | |
| ≥ 60 anos | 5076 | 83,3 | 1018 | 16,7 | 68,97 | ≤ 0,001 | 1,40 (1,29-1,52) |
| < 60 anos | 8766 | 78,0 | 2473 | 22,0 | | | |
| Estabelecimento | | | | | | | |
| Outro tipo | 3172 | 80,8 | 2487 | 18,9 | 2,76 | < 0,097 | 1,07 (0,98-1,18) |
| Hospital | 10670 | 79,6 | 2737 | 20,4 | | | |
| Local de atendimento | | | | | | | |
| Capital | 8261 | 83,9 | 1581 | 16,1 | 235,3 | ≤ 0,001 | 1,78 (1,65-1,92) |
| Interior | 5581 | 74,5 | 1910 | 25,5 | | | |
| Complexidade | | | | | | | |
| Alta | 3879 | 90,6 | 404 | 9,4 | 448,1 | ≤ 0,001 | 3,15 (2,82-3,51) |
| Média | 8960 | 75,3 | 2940 | 24,7 | | | |
| Gestão | | | | | | | |
| Privada | 4456 | 86,6 | 688 | 13,4 | 208,1 | ≤ 0,001 | 1,93 (1,76-2,11) |
| Pública | 9386 | 77,0 | 2803 | 23,0 | | | |
| Autorização | | | | | | | |
| APAC | 4033 | 87,2 | 594 | 12,8 | 209,3 | ≤ 0,001 | 2,00 (1,82-2,20) |
| AIH | 9809 | 77,2 | 2897 | 22,8 | | | |
| Variável | Qualidade da equipe de saúde | | | | χ^2 * | p** | OR*** |
| | Adequado | | Inadequado | | | | |
| | n | % | n | % | | | |
| Sexo | | | | | | | |
| Masculino | 5590 | 91,7 | 509 | 8,3 | 0,480 | < 0,489 | 1,04 (0,92-1,16) |
| Feminino | 9187 | 91,3 | 871 | 8,7 | | | |
| Idade | | | | | | | |
| ≥ 60 anos | 5607 | 92,0 | 487 | 8,0 | 5,485 | < 0,019 | 1,14 (1,02-1,28) |
| < 60 anos | 10223 | 91,0 | 1016 | 9,0 | | | |
| Estabelecimento | | | | | | | |
| Outro tipo | 3539 | 90,1 | 387 | 9,9 | 9,01 | < 0,003 | 0,83 (0,73-0,93) |
| Hospital | 12291 | 91,7 | 1116 | 8,3 | | | |
| Local de atendimento | | | | | | | |
| Capital | 9213 | 93,6 | 629 | 6,4 | 149,5 | ≤ 0,001 | 1,93 (1,73-2,15) |
| Interior | 6617 | 88,3 | 874 | 11,7 | | | |

Tabela 2. (cont.)

| Complexidade | | | | | | | |
|--------------------------------|----------|------|------------|------|------------|---------|------------------|
| Alta | 4092 | 95,5 | 191 | 4,5 | 146,7 | ≤ 0,001 | 2,55 (2,18-2,98) |
| Média | 10634 | 89,4 | 1266 | 10,6 | | | |
| Gestão | | | | | | | |
| Privada | 4751 | 92,4 | 393 | 7,6 | 9,82 | < 0,002 | 1,21 (1,07-1,36) |
| Pública | 11079 | 90,9 | 1110 | 9,1 | | | |
| Autorização | | | | | | | |
| APAC | 4301 | 93,0 | 326 | 7,0 | 21,06 | ≤ 0,001 | 1,34 (1,18-1,53) |
| AIH | 11529 | 90,7 | 1177 | 9,3 | | | |
| Qualidade do tratamento | | | | | | | |
| Variável | Adequado | | Inadequado | | χ^2 * | p** | OR*** |
| | n | % | n | % | | | |
| Sexo | | | | | | | |
| Masculino | 5501 | 90,2 | 598 | 9,8 | 2,04 | < 0,152 | 1,08 (0,97-1,20) |
| Feminino | 9001 | 89,5 | 1057 | 10,5 | | | |
| Idade | | | | | | | |
| ≥ 60 anos | 5541 | 90,9 | 553 | 9,1 | 21,4 | ≤ 0,001 | 1,28 (1,15-1,42) |
| < 60 anos | 9965 | 88,7 | 1274 | 11,3 | | | |
| Estabelecimento | | | | | | | |
| Outro tipo | 3513 | 89,5 | 413 | 10,5 | 0,002 | < 0,961 | 1,00 (0,89-1,12) |
| Hospital | 11993 | 89,5 | 1414 | 10,5 | | | |
| Local de atendimento | | | | | | | |
| Capital | 9024 | 91,7 | 818 | 8,3 | 120,0 | ≤ 0,001 | 1,71 (1,55-1,89) |
| Interior | 6482 | 86,5 | 1009 | 13,5 | | | |
| Complexidade | | | | | | | |
| Alta | 4040 | 94,3 | 243 | 5,7 | 160,7 | ≤ 0,001 | 2,41 (2,10-2,78) |
| Média | 10389 | 87,3 | 1511 | 12,7 | | | |
| Gestão | | | | | | | |
| Privada | 4677 | 90,9 | 467 | 9,1 | 16,58 | ≤ 0,001 | 1,25 (1,12-1,40) |
| Pública | 10829 | 88,8 | 1360 | 11,2 | | | |
| Autorização | | | | | | | |
| APAC | 4246 | 91,8 | 381 | 8,2 | 35,60 | ≤ 0,001 | 1,43 (1,27-1,61) |
| AIH | 11260 | 88,6 | 1446 | 11,4 | | | |

Fonte: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), Ministério da Saúde, 2014.

*Qui-quadrado, **Valor de p, ***Odds Ratio.

De modo geral, os dados estudados revelaram que há mais serviços de alta complexidade na capital do que no interior. Os hospitais encontraram-se mais na capital, bem como há mais serviços de alta complexidade públicos na capital do que no interior do estado, levando-se em consideração os serviços pesquisados. Ainda, os dados mostraram que a maior parte dos serviços foi autorizada pela AIH na média complexidade e no interior, e pela Apac na alta complexidade e entre os serviços localizados na capital.

Discussão

Ao se avaliar a qualidade dos serviços de saúde, tanto os da esfera pública como os da esfera privada, existem controvérsias relacionadas às formas adequadas de se mensurar os níveis de satisfação dos usuários, seja na sua percepção referente aos serviços recebidos ou no impacto dos atributos geradores dessa satisfação. Todavia, há consenso que a satisfação do usuário ocorre quando suas necessidades e expectativas são atendidas, o que leva a resultados positivos acerca dos serviços de saúde analisados. Desse modo, a necessidade de avaliação em saúde que incorpore o olhar dos usuários torna-se imperativa na área da saúde¹²⁻¹⁵.

Sob essa ótica, torna-se necessária a análise da satisfação dos usuários, com o objetivo principal de conhecer as percepções deles no tocante aos processos envolvidos no atendimento em saúde. Assim sendo, para que ocorra maior precisão, é imprescindível o monitoramento de parâmetros de qualidade relacionados à infraestrutura, aos processos de trabalho e aos resultados vinculados aos cuidados de saúde prestados, a fim de atingir a maior satisfação do usuário^{12,16}. Portanto, esses parâmetros levam em conta as premissas da teoria de Donabedian, o qual, em 1978, já preconizava que a avaliação dos serviços de saúde deveria considerar estes três aspectos: estrutura, processo e resultado, e que em todos a satisfação do usuário deveria estar em foco¹⁷.

Este estudo constatou que houve diferenças importantes entre os graus de satisfação dos usuários quando comparadas as regiões de saúde do estado. Um estudo sobre a avaliação da cobertura do desempenho dos programas de controle de tuberculose em Santa Catarina também identificou diferenças entre as regiões de saúde do estado. Nessa perspectiva, quando as regiões de saúde foram analisadas isoladamente e comparadas umas às outras, percebeu-se uma grande variedade de nichos de gravidade distribuídos entre diversas delas, assim como distintos empenhos da gestão administrativa para seu enfrentamento¹⁸.

Ainda por esse prisma, um estudo que comparou os achados das regiões de saúde do estado do Rio Grande do Norte no que se refere à avaliação da mortalidade por câncer do colo do útero, no período de 1996 a 2010, observou que a Região Metropolitana, a que possui melhor condição socioeconômica, apresentou tendência decrescente nas taxas de mortalidade por essa patologia específica, ao contrário da ascendência dos números das interioranas¹⁹.

Outro achado deste estudo mostrou que as mulheres estiveram mais presentes do que os homens nos serviços. Estudos corroboram o índice de maior participação feminina e exclusão dos homens pelos serviços de saúde. Estes se apresentam em um contexto de atendimento inadequado a esse público, com pouco interesse em propiciar espaços que o homem possa adentrar, o que pode aumentar as suas dificuldades na procura por assistência e colabora para um menor empenho desses sujeitos em manter hábitos saudáveis e adesão aos tratamentos nas situações de risco²⁰⁻²³.

Em outra perspectiva, percebeu-se, pelos achados deste estudo, que os usuários com 60 anos ou mais tendem a avaliar melhor as unidades de saúde, especialmente as equipes de saúde e a qualidade do tratamento. Isso pode ser um reflexo dos interesses desse público, pois a forma de ver o mundo e o lugar social em que se encontram pode influenciar diretamente a avaliação dos serviços de saúde. Se no decorrer da vida esses idosos não tiveram um

acesso adequado às unidades de saúde, o que está sendo oferecido na atualidade pode estar em padrões satisfatórios para eles, mas não necessariamente representa uma comprovação da efetividade das políticas públicas de saúde¹⁵.

Nesse enquadramento, embora a assistência integral seja princípio basilar do SUS, um estudo realizado no interior de São Paulo, em 2014, verificou que alguns idosos consideraram o atendimento oferecido mais próximo à dádiva e não ao direito à saúde²⁴. Desse modo, a facilidade do acesso aos serviços nos tempos atuais, tendo em vista que antigamente só tinha direito quem pagava previdência, contribui para o vínculo do idoso com a rede de serviços e a consequente avaliação positiva; além disso, a ocorrência da aposentadoria conduz ao tédio e fortalece a interação dos idosos nos grupos de convivência dos serviços de saúde²⁴⁻²⁶.

Sob outro ângulo, esta pesquisa revelou que a qualidade da estrutura física teve menos avaliações positivas dos usuários do que os itens equipe de saúde e tratamento recebido. Tal resultado é corroborado por outros estudos, os quais demonstram que a qualidade da estrutura física é um dos aspectos mais mencionados na avaliação dos serviços de saúde, principalmente na ótica dos usuários. As instalações físicas de um serviço podem afetar drasticamente a qualidade do cuidado, uma vez que interferem na assistência prestada pela equipe ao desmotivar profissionais e levar desconforto e situações antiéticas aos usuários²⁷⁻²⁹.

Ressalta-se que os serviços da esfera privada, em geral, possuem melhores condições de infraestrutura, o que pode influenciar a avaliação dos usuários. Ademais, cabe destacar que há uma ideologia arraigada acerca da qualidade do serviço público, visto, muitas vezes, como de menor qualidade em comparação com a iniciativa privada. Essas questões são importantes e devem ser levadas em consideração quando se avalia a satisfação dos usuários³⁰.

Os usuários desta pesquisa avaliaram mais positivamente o atendimento prestado pelas unidades de saúde privadas conveniadas ao SUS do que pelas públicas. Tal achado é

consoante com outros estudos os quais identificam divergências na relação entre público e privado³¹. Uma pesquisa realizada no estado do Mato Grosso constatou que a relação público-privada no âmbito da atenção ambulatorial é complexa e nebulosa. Nesse cenário, apesar de a legislação do SUS definir elementos essenciais para o alcance de seus princípios, a prática evidencia permissão de ‘espaços’ para que o setor privado se insira e seja beneficiado pelo Estado, somando-se a isso os conflitos de poder político e econômico entre os grupos de interesse³².

Ainda, autores do estudo feito no Mato Grosso, supracitado, afirmam que as entidades de representação privada queixam-se dos baixos valores de reembolso predefinidos na tabela SUS, mas sobrevivem economicamente do aporte financeiro de recursos públicos, tendo em vista que aproximadamente dois terços de sua clientela são de usuários do SUS. Tais autores acrescentam que a maior concentração de leitos para internação esteja nas regiões mais ricas, onde também se encontra a maior parte dos beneficiários de planos de saúde. Certamente, a desigualdade de distribuição dos serviços e a não complementariedade dos segmentos público e privado afetam a oferta, que, por sua vez, é refletida no acesso aos serviços de saúde, ou seja, não parece haver coordenação entre os segmentos público e privado³².

Os dados desta pesquisa apontaram, ainda, para a avaliação positiva da alta complexidade e dos serviços de capital em detrimento da média complexidade e dos estabelecimentos do interior. Tais achados estão de acordo com vários estudos, os quais observam a concentração de serviços de alta complexidade em grandes centros urbanos e a alta satisfação dos usuários com os serviços de saúde privados e de maior complexidade³³⁻³⁵.

Reconhece-se que, apesar da evolução das políticas de saúde e dos avanços na terapêutica em todo o País, o manejo da assistência e na prevenção das doenças é passível de fragilidades regionais de tecnologia, recursos e estruturas relacionadas à coordenação das ações e dos serviços de saúde. Nesse sentido, concebe-se atribuir as taxas elevadas de satisfação nas

regiões metropolitanas ao maior nível de densidade tecnológica e ao maior número de profissionais com conhecimentos especializados nessas regiões, as quais se constituem como polos historicamente mais desenvolvidos em termos tecnológicos, de tratamento e na realização de pesquisas científicas em saúde³³⁻³⁵.

Desse modo, depreende-se que persistem realidades nas quais há desigualdades de oferta de serviços, tanto em questões de acesso como de qualidade e efetividade, especialmente quando se comparam capitais com municípios interioranos. Assim, muitos usuários são prejudicados ao terem que se deslocar do interior à capital em busca de suprirem suas necessidades em saúde. Tais iniquidades representam fatores estruturais associados ao isolamento geográfico e político, bem como à baixa capacidade de gestão e arrecadação dos municípios menores, o que impede o avanço tecnológico nos seus serviços e colabora para a perpetuação da baixa resolutividade e de níveis de saúde aquém dos desejados³⁶.

Por outro lado, autores defendem que o consumo elevado de tecnologia dura, em regra, pouco ou nada acrescenta ao processo de produção da saúde da população. Para eles, os profissionais médicos tendem a subestimar o contato e o diálogo com o usuário, solicitam uma bateria de exames laboratoriais e/ou complementares, bem como a realização de consultas especializadas, atividades que poderiam ser resolvidas na própria atenção primária. Por sua vez, de acordo com esses autores, o usuário tende a valorizar a qualidade do seu atendimento pelos procedimentos complexos utilizados em seu tratamento; ou seja, a alta complexidade tende a ser mais bem avaliada quando comparada aos demais níveis. Nesse contexto, algumas hipóteses são levantadas: a importância atribuída pelos usuários aos serviços especializados mais complexos e o fato de os usuários ficarem satisfeitos simplesmente por conseguirem o acesso a esse tipo de serviço, independentemente de fatores como o tempo de espera^{33,34}.

Além das discussões supracitadas, destaca-se a questão da resolutividade, a qual

pode ser uma forte influência na percepção positiva dos usuários sobre os serviços referentes à alta complexidade. Estudos constataram que o aumento do nível de complexidade geralmente interfere na procura dos usuários pelos serviços, uma vez que esses ainda sejam fortemente orientados pelo modelo de atenção de queixa-conduta dos casos agudos, mesmo tais casos sendo passíveis de resolução em níveis de complexidade menores^{31,37-39}.

Outros autores vão além ao afirmarem que a demanda dos problemas apresentados pela população pede uma gestão de cuidados com maior organização das ações. Torna-se necessário buscar mais recursos físicos, tecnológicos e humanos que possam contemplar as questões de vulnerabilidade e complexidade dos processos de adoecimento. Nesse sentido, o caminho para compor um sistema de saúde resolutivo e acolhedor não descarta a necessidade de consultas com médicos especialistas, de atendimentos com outros profissionais, de procedimentos diagnósticos e terapêuticos e de internações hospitalares, mas a construção e a valorização das relações interpessoais e interdisciplinares e da comunicação entre os envolvidos precisam ser otimizadas no SUS³⁸⁻⁴⁰. Nessa perspectiva, a plena organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é fundamental tanto para o desenvolvimento das ações coletivas e preventivas como para a garantia da complementariedade das atividades que exigem maior grau de complexidade tecnológica dos serviços⁴¹.

Por fim, ressalta-se que o elevado grau de satisfação dos usuários com os serviços, evidenciado por esta pesquisa, é corroborado por outros estudos, embora se considere o nível baixo de expectativas com relação aos direitos sociais e ao padrão de qualidade por parte dos usuários. Apesar dos aspectos deficitários enfrentados pelo serviço público de saúde, como dificuldade de acesso, baixa resolutividade, entre outros, os usuários entendem que o sistema público consegue cumprir sua função de oferecer serviços de saúde. Para os autores desses estudos, as avaliações tidas

como negativas do ponto de vista dos usuários devem ser consideradas com foco na melhoria dos serviços, enquanto as positivas representam estímulos à atuação dos profissionais e gestores, bem como à defesa do serviço público^{42,43}.

Entre as limitações do estudo, ressaltam-se: a pouca devolutiva dos usuários referente à Carta SUS ao se considerar o número total de correspondências enviadas; o fato da amostra de respondentes desse instrumento possivelmente não abranger indivíduos que não tenham alfabetização ou não consigam, por quaisquer motivos, retorná-la; um possível viés de colinearidade de variáveis dependentes, uma vez que na capital se concentram os serviços especializados que foram os mais bem avaliados; a não explicitação do percentual de cartas respondidas por região, tendo em vista que isso pode influenciar a composição do universo do estudo.

Considerações finais

A importância da avaliação dos serviços de saúde é inequívoca. Além disso, a utilização das informações provenientes de tais avaliações é indispensável para o aperfeiçoamento e a melhoria da qualidade do atendimento prestado. Este estudo mostrou, principalmente, altos índices de avaliação positiva dos serviços de saúde públicos ou conveniados ao SUS por parte dos usuários, com abrangência de questões sobre estrutura física, equipe de saúde e o tratamento prestado pelos estabelecimentos. Todavia, a estrutura física, a média complexidade, os serviços públicos e do

interior receberam as avaliações mais negativas por parte dos usuários.

A ferramenta Carta SUS mostrou-se capaz de subsidiar estudos e reflexões necessárias sobre a qualidade de serviços hospitalares e ambulatoriais pertencentes ou conveniados à rede pública. Todavia, os autores deste estudo não obtiveram informações sobre a continuidade dessa estratégia no País, com ausência de informações nas comunicações oficiais do Governo. Entende-se que a continuidade dessa estratégia tornar-se-ia relevante no âmbito da avaliação do serviço público de saúde, haja vista a possibilidade, por exemplo, de produção de séries históricas que oportunizariam análises de tendências de satisfações dos usuários.

Nesse contexto, a falta de informação por parte dos órgãos públicos competentes a respeito da continuidade dessa estratégia reforça a ideia de uma avaliação em saúde meramente burocrática, com base em processos incipientes e sem aplicação prática. Ou seja, as ferramentas para avaliação são criadas, mas não são incorporadas, de fato, às rotinas permanentes de gestores, gerentes e todos os atores envolvidos no setor.

Colaboradores

Silva Junior DNS, Braga BSF, Santos CDP, Borges REA e Noro LRA contribuíram para a concepção e planejamento, análise e interpretação dos dados, participação na revisão crítica do conteúdo e participação da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

- Macêdo HJR, Macêdo AFF, Sousa MNA. Conhecimentos de alunos da educação de jovens e adultos sobre seus direitos enquanto usuários do SUS. *C&D Rev. Eletrônica da Fainor*. 2014; 7(1):199-210.
- Seleghim MR, Teixeira JÁ, Matsuda LMIK. Avaliação de usuários sobre a qualidade dos serviços de um pronto-socorro. *Rev. Rene Fortaleza*. 2010; 11(3):122-31.
- Guizardi FL. A autocrítica necessária: notas sobre os desafios do controle social na saúde. *Rev. Eletrônica Comum. Informação Inovação em Saúde [internet]*. 2007 [acesso em 2018 nov 12]; 9(3):1-7. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1028/pdf1028>.
- Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc. Saúde Colet. [internet]*. 2015 [acesso em 2018 nov 12]; 20(6):1869-1878. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>.
- Brasil. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Ministério da Saúde. 4. ed. 2013.
- Paiva MBP, Mendes W, Brandão AL, et al. Uma contribuição para a avaliação da Atenção Primária à Saúde pela perspectiva do usuário. *Physis Rev. Saúde Coletiva [internet]*. 2015 [acesso em 2018 nov 12]; 25(3):925-950. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n3/0103-7331-physis-25-03-00925.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Participação e Controle Social [internet]. 2018 [acesso em 2018 nov 12]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/participacao-e-controle-social/ouvidoria-do-sus>
- Brasil. Carta SUS. Ministério da Saúde: 2018.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama Rio Grande do Norte. IBGE [internet]. 2010 [acesso em 2018 nov 13]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/panorama>.
- Brasil. Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil CNES [internet]. 2013 [acesso em 2018 nov 13]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/esta-brn.def>.
- Brasil. Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte. Plano Estadual de Saúde: PES 2016-2019 [internet]. 2016 [acesso em 2018 nov 13]. Disponível em: <http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000142450.PDF>.
- Castillo L, Dougnac A, Vicente I, et al. Los predictores de satisfacción de pacientes en un centro hospitalario universitario. *Rev. Med. Chil. [internet]*. 2007 [acesso em 2018 nov 14]; 135(6):696-701. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v135n6/art02.pdf>.
- Cruz WBS, Melleiro MM. Análise da satisfação dos usuários de um hospital privado. *Rev. Esc. Enferm. USP [internet]*. 2010 [acesso em 2018 nov 14]; 44(1):147-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100021.
- Silva ER, Hecksher SD. Qualidade do atendimento em serviços públicos de saúde. *Rev. Eletrônica Gestão Saúde*. 2016; 7(1):980-92.
- Akerman M, Nadanovsky P. Evaluation of Health Services – What to Evaluate? *Cad Saúde Pública*. 1992; 8(4):361-365.
- Alghamdi FS. The impact of service quality perception on patient satisfaction in government hospitals in southern Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2014 out; 35(10):1271-1273.
- Reis EJFB, Santos FP, Campos FE et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cad. Saúde Pública [internet]*. 1990 [acesso em

- 2018 nov 13]; 6(1):50-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v6n1/v6n1a06.pdf>.
18. Franco SC, Mendonça SA. Avaliação do risco epidemiológico e do desempenho dos programas de controle de tuberculose nas Regiões de Saúde do estado de Santa Catarina, 2003 a 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015; 24(1):59-70.
 19. Sousa AMV, Souza DLB. Mortalidade por câncer do colo do útero no estado do Rio Grande do Norte, no período de 1996 a 2010: tendência temporal e projeções até 2030. *Epidemiol. Serv. Saúde* [internet]. 2016 [acesso em 2018 nov 13]; 25. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/ress/2016.v25n2/311-322/pt>.
 20. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2014 [acesso em 2018 nov 13]; 19(4):1263-1274. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01263.pdf>.
 21. Silva SPC, Menandro MCS. As representações sociais da saúde e de seus cuidados para homens e mulheres idosos. *Saúde e Soc.* [internet]. 2014 [acesso em 2018 nov 13]; 23(2):626-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n2/0104-1290-sausoc-23-2-0626.pdf>.
 22. Cortez MB, Machado NM, Trindade ZA, et al. Profissionais de saúde e o (não)atendimento ao homem-pai: Análise em representações sociais. *Psicol. em Estud.* 2016; 21(1):53-63.
 23. Barreto MS, Arruda GOMS. Como os homens adultos utilizam e avaliam os serviços de saúde. *Rev. Electr. Enf.* [internet]. 2015 [acesso em 2018 nov 13]; 17(3). Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/29622/20772>.
 24. Vello LS, Popim RC, Carazzai EM, et al. Saúde do Idoso: percepções relacionadas ao atendimento. *Esc. Anna Nery* [internet]. 2014 [acesso em 2018 nov 13]; 330-335. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0330.pdf>.
 25. Melo LP, Campos EA. “O grupo facilita tudo”: significados atribuídos por pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 a grupos de educação em saúde. *Rev. Latino-Am. Enferm.* [internet]. 2014 [acesso em 2018 nov 13]; 22(6). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-22-06-00980.pdf.
 26. Wichmann FMA, Couto AN, Areosa SVC, et al. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Rev. Bras. Geriatr. e Gerontol.* [internet]. 2013 [acesso em 2018 nov 13]; 16(4):821-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v16n4/1809-9823-rbagg-16-04-00821.pdf>.
 27. Souza LS, Rocha JKS, Martins KAF et al. A qualidade do atendimento prestado pelos pronto-socorros de hospitais públicos do Brasil. *Rev. Adm. Hosp. e Inovação em Saúde* [internet]. 2013 [acesso em 2018 nov 13]. Disponível em: <http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2129/1367>.
 28. Leite SNMF, Álvares J, Guerra Junior AAC, et al. Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços. *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2018 nov 13]; 51. Disponível em: http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007120/0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007120-pt.x83902.pdf.
 29. Silva ALA, Mendes ACG, Miranda GMD, et al. A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2018 nov 13]; 33(12). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n12/1678-4464-csp-33-12-e00175116.pdf>.
 30. Arruda CAM, Bosi MLM. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. *Interface – comum. Saúde, Educ.* [internet]. 2017; 21(61):321-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n12/1678-4464-csp-33-12-e00175116.pdf>.
 31. Tabassum T, Ashraf M, Thaver I. Hospitalized Pa-

- tients' Awareness of Their Rights-A Cross Sectional Survey in A Public And Private Tertiary Care Hospitals of Punjab, Pakistan. *J Ayub Med Coll Abbotabad*. 2016; 28(3):582-586.
32. 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(4):1095-1115.
33. Starfield B. Atenção Primária – Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde. 2002.
34. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc. Saúde Colet*. [internet]. 2009 [acesso em 2018 nov 13]; 14:1523-1531. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800026&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
35. Schramm JMDA, Oliveira AF, Leite IDC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2004; 9(4):897-908.
36. Garnelo L, Sousa ABL, Silva CO. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(4):1225-1234.
37. Machado JP, Cristina A, Martins M. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(6):1063-1082.
38. Kneipp MM, Cardoso CM, Beatriz S, et al. Serviços de urgência e emergência: quais os motivos que levam o usuário aos pronto-atendimentos? *Saúde (Santa Maria)* [internet]. 2015 [acesso em 2018 nov 13]; 41(1):195-200. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/revistasaude/article/viewFile/15061/pdf>.
39. Nobre CLC, Oliveira A, Joia JH, et al. O trabalho em rede nos casos de alta complexidade e de alta vulnerabilidade: a experiência de uma UBS. *Distúrb. comum*. [internet]. 2017 [acesso 2018 nov 13]; 29(2):377-384. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/30703/23009>.
40. Pessoa LR, Santos IS, Machado JP, et al. Realocar a oferta do SUS para atender problemas do futuro: o caso do trauma no Brasil. *Saúde debate* [internet]. 2016 [acesso em 2018 nov 14]; 40(110):9-19. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0009.pdf>.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 31 Dez 2010. 88-93.
42. Castro HCO, Machado LZ, Walter MIMT, et al. A Satisfação dos Usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS). *Sociedade em Debate* [internet], 2008 [acesso em 2018 nov 13]; 14(2):113-34. Disponível em: <http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/375>.
43. Ricci NA, Wanderley FS, Oliveira MS, et al. O hospital-escola de São Carlos: análise do funcionamento por meio da satisfação dos usuários. *Ciênc. Saúde Colet*. [internet]. 2011 [acesso em 2018 nov 13]; 16(1):1125-1134. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700044.

Recebido em 30/05/2018

Aprovado em 23/09/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte Financeiro: não houve

Instrumento para avaliação da assistência quanto à vacinação na perspectiva do usuário

Instrument for evaluating care regarding vaccination from the perspective of the user

Leila das Graças Siqueira¹, Cláudia Mendes Campos Versiani², Priscilla Durães de Carvalho³, Raquel Conceição Ferreira⁴, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins⁵

DOI: 10.1590/0103-1104201811910

¹Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – Montes Claros (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1538-6722>
leilasiqueirasantos@yahoo.com.br

²Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – Montes Claros (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5309-9022>
cmcversiani@gmail.com

³Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – Montes Claros (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4486-5159>
pridu19@yahoo.com.br

⁴Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8897-9345>
raquelconceicaoferreira@gmail.com

⁵Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – Montes Claros (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1205-9910>
martins.andreambl@gmail.com

RESUMO Objetivou-se desenvolver, identificar a validade de conteúdo e estimar a confiabilidade de um instrumento para avaliação da assistência quanto à vacinação na perspectiva dos seus usuários. Trata-se de estudo epidemiológico conduzido em 4 etapas: revisão de literatura, validação de conteúdo, estudo pré-teste e teste/reteste, com estimativa da confiabilidade (consistência interna/Alfa de Cronbach e reprodutibilidade/Kappa). Participaram 120 usuários das salas de vacina. A validação de conteúdo foi conduzida, Alfa=0,93; Kappa entre 0,79 a 0,97. O instrumento foi aprovado quanto à validade de conteúdo, apresentou consistência interna e reprodutibilidade aceitáveis. Ele pode ser utilizado na gestão dos serviços de assistência quanto à vacinação, subsidiando a tomada de decisão a partir da satisfação dos usuários, assim como por pesquisadores.

PALAVRAS-CHAVE Saúde coletiva. Estudos de validação. Vacinação. Pesquisa sobre serviços de saúde. Comportamento do consumidor.

ABSTRACT *The objective was to develop, identify the content validity and estimate the reliability of an instrument to evaluate the care regarding vaccination from the perspective of its users. This is an epidemiological study conducted in four stages: literature review, content validation, pre-test and test/retest with reliability estimation (internal consistency/Cronbach's alpha and reproducibility/Kappa). 120 users of vaccine rooms participated. Content validation was conducted, Alpha=0.93; Kappa between 0.79 and 0.97. The instrument was approved as for content validity, presented acceptable internal consistency and reproducibility. It can be used in the management of care services regarding vaccination, subsidizing decision making from the satisfaction of users, as well as by researchers.*

KEYWORDS *Public Health. Validation studies. Vaccination. Health services research. Consumer behavior.*

Introdução

A avaliação dos serviços de assistência à saúde constitui uma das preocupações da Organização Mundial de Saúde (OMS) desde a década de 1980. Tendo como foco inicial a relação custo-efetividade das ações de saúde, a avaliação da qualidade tem ocupado papel central nesse debate nos últimos tempos^{1,2}.

De maneira geral, a avaliação está relacionada à determinação de valor, quantificação e tem como base uma escala de referência. Por outro lado, de modo mais específico, o objetivo de uma avaliação é produzir efeitos e resultados concretos, fundamentando as decisões a serem tomadas por gestores, executores e sociedade civil em geral^{3,4}. Entretanto, toda avaliação de serviço exige instrumentos metodologicamente aceitos pela comunidade científica, bem como a adaptação de instrumentos disponíveis à pesquisa^{5,6}.

Além disso, observa-se, também, a possibilidade de criação de novos instrumentos com tal finalidade, válidos e confiáveis⁶⁻⁹. Para o desenvolvimento de instrumentos que se proponham a avaliar eventos relacionados à saúde, pode-se considerar um estudo Delphi, resultante de um consenso internacional e multidisciplinar. Conduzido por 43 *experts*, esse estudo objetivou orientar a criação ou o julgamento de instrumentos de avaliação quantitativa de tais eventos.

O Delphi teve como produto o *checklist* Cosmin (Consensus-Based Standards for the selection of health Measurement Instruments), o qual estabelece um conjunto de parâmetros organizados em quatro domínios: confiabilidade, validade, responsividade e interpretabilidade¹⁰.

Os critérios do *checklist* Cosmin também foram considerados em resultados de estudos que propõem a avaliação da qualidade de programas, de serviços e de tecnologias. Estabelecendo-se, assim, padrões internacionais na apreciação da qualidade dos estudos que buscam conferir credibilidade ou precisão aos resultados finais dessas avaliações, o que exige critérios considerados essenciais

para julgar a qualidade de instrumentos que propõem avaliação de serviços^{4,8-11}.

Nesse contexto, os padrões do *checklist* Cosmin devem ser considerados na avaliação da qualidade da assistência à saúde.

É necessário considerar que o conceito de qualidade dos serviços de assistência à saúde é complexo e polissêmico, estando associado à cultura, à temporalidade e aos valores da sociedade, o que exige diferentes critérios para avaliar essa qualidade^{1,2}.

A avaliação dessa qualidade deve considerar a proposta já consolidada na literatura^{12,13} referente à estrutura, ao processo e ao resultado. A estrutura diz respeito aos recursos físicos, materiais, financeiros e humanos somados à estrutura organizacional e ao apoio político para a execução dos serviços. O processo pode ser compreendido como o conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes, além da dinâmica na inter-relação entre eles. Já os resultados referem-se aos efeitos ou aos produtos das ações dos serviços de saúde, ou seja, referem-se ao efeito da assistência à saúde prestada às pessoas e à comunidade.

Todo esse processo tem em vista a melhoria do nível de saúde e o grau de satisfação dos usuários para com os serviços de assistência à saúde, fazendo emergir, assim, a necessidade de desenvolver instrumentos que avaliem o nível de satisfação dos usuários com os serviços de assistência ofertados para a saúde, que contemplem, de forma específica, as salas de vacina.

O serviço de vacinação, uma das ações de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), é tido como uma estratégia essencial, desde o ano de 1973, quando foi implantado no Brasil o Programa Nacional de Imunização (PNI)^{9,14}. O principal objetivo do PNI é a coordenação de ações de imunização por meio da normatização, da supervisão e da elaboração de políticas e estratégias que viabilizem o acesso da população ao serviço de imunização¹⁵⁻¹⁷.

O PNI é uma das prioridades do SUS, pois gera respeito internacional, principalmente pelo fato de o Brasil, país de grande dimensão

territorial e populacional, ter eliminado, ou mantido sob controle, várias doenças infecciosas. Tais ações evidenciam a necessidade de revisão de seus valores e das questões teóricas que asseguram as boas práticas no processo de trabalho, visando à qualidade da assistência à saúde ofertada aos usuários do serviço de vacinação por parte dos profissionais e dos gestores de saúde^{9,14}. A avaliação do nível de satisfação dos usuários com um serviço de assistência à saúde busca responder a tal necessidade.

Após revisão de literatura sobre avaliação da qualidade da assistência ofertada nas salas de vacinas na perspectiva de seus usuários, não foi encontrado um instrumento disponível sobre o referido tema. Os estudos^{17,18} geralmente avaliam a organização e o funcionamento das salas de vacina, principalmente se estas se aproximam ou se distanciam das normas técnicas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro; fato esse considerado essencial para garantir a adequada imunização à população¹⁵.

A criação e o desenvolvimento de um instrumento para avaliação da assistência quanto à vacinação, nessa abordagem, poderá gerar indicadores dos resultados alcançados nesses serviços e contribuir para o gerenciamento das salas de vacina, subsidiando tomadas de decisão a partir da satisfação do usuário⁵.

Este estudo teve como objetivo desenvolver, identificar a validade de conteúdo e estimar a confiabilidade de um instrumento para avaliação da assistência quanto à vacinação na perspectiva dos seus usuários, em um município de médio porte populacional que é referência de saúde no norte do estado de Minas Gerais.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa metodológica desenvolvida a partir de revisão de literatura que considerou estudos que avaliaram a qualidade da assistência ofertada nas salas de vacina. Foram consideradas as normas técnicas do PNI, as quais determinam o funcionamento das salas de vacina: ‘Manual da sala de vacinação’,

o ‘Protocolo de Enfermagem para as salas de vacinas’, ‘Rede de frio’, entre outras normas técnicas estabelecidas pelo MS brasileiro para o funcionamento dessas salas na rede pública de saúde^{2,4,9,15,19-23}.

O instrumento foi desenvolvido no formato de questionário estruturado e passou por validação de conteúdo, realizada por cinco especialistas na área de enfermagem. Tal validação ocorreu em três etapas. A primeira consistiu no convite de cinco especialistas a participarem da investigação como juízas avaliadoras. A segunda foi o julgamento feito pelas juízas no que diz respeito a cada item do instrumento quanto às suas propriedades e procedimentos qualitativos com relação a: organização, objetividade, clareza, facilidade de leitura e a compreensão do conteúdo²⁴. A terceira e última etapa da validade do conteúdo aconteceu por intermédio de um grupo de discussão com a presença de todas as juízas que avaliaram os instrumentos e as pesquisadoras, para editarem a versão final do instrumento.

Após a incorporação de todas as sugestões, o instrumento foi aprovado para condução do estudo pré-teste em população distinta da população considerada na avaliação das propriedades psicométricas do instrumento.

A aplicação dos questionários no pré-teste ocorreu por meio de entrevistas a uma amostra de 60 usuários de uma sala de vacina. Para determinar as propriedades psicométricas dos instrumentos (consistência interna e reprodutibilidade), participaram 120 usuários da sala de vacina que atendiam aos seguintes critérios: ser o responsável pela criança menor de um ano vacinada e ter buscado assistência para o(a) seu(sua) filho(a) nos últimos meses de forma consecutiva. Assim, no dia da entrevista, o usuário deveria estar buscando essa assistência no mínimo pela terceira vez naquela sala de vacina^{4-6,9}.

As análises estatísticas foram conduzidas a partir da utilização dos programas SPSS 20.0 for Windows (Statistical Package for the Social Sciences) e Excel. A avaliação da consistência interna dos itens que compuseram

os instrumentos foi aferida pela estimativa do teste Alfa de Cronbach. Utilizaram-se como referência os seguintes limites: $\alpha < 0,30$ (Muito Baixa); α entre 0,30 e 0,60 (Baixa), α entre 0,60 e 0,75 (Moderada); α entre 0,75 e 0,90 (Elevada); $\alpha > 0,90$ (Muito elevada)²⁴.

A confiabilidade do instrumento foi medida pelo cálculo da concordância por meio da estimativa dos coeficientes Kappa. Foram considerados os seguintes critérios de interpretação dos valores do Kappa: sem concordância (<0), concordância pobre (0 a 0,19); concordância razoável (0,20 a 0,39); concordância moderada (0,40 a 0,59); concordância substancial (0,60 a 0,79); e excelente concordância (0,80 a 1,00)²⁵.

O projeto de pesquisa deste estudo atendeu

aos princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros – CEP/Unimontes, sob Parecer nº 313.870/2013. Todos os participantes da pesquisa receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

As etapas do estudo metodológico evidenciam a adequabilidade do instrumento aos objetivos propostos, conforme resultados do *quadro 1*.

Quadro 1. Etapas do processo de desenvolvimento, validação de conteúdo, pré-teste e teste/reteste do instrumento Escala de Avaliação da Sala de Vacina na perspectiva do Usuário (EASV-U), no município de Montes Claros – MG, Brasil, 2015

| Etapas do estudo | Processo | Resultado |
|---|---|---|
| 1ª Etapa | Elaboração 1ª versão Elaboração da 1ª versão do instrumento a partir da revisão da literatura. | Submissão 1ª versão 1ª versão do instrumento submetida às juízas. |
| 2ª Etapa | Validação de conteúdo Julgamento da 1ª versão pelas juízas, quanto à propriedade e à clareza de cada item. Apresentação das sugestões feitas pelas juízas em reunião coletiva para apreciação dessas sugestões e modificação dos itens. | Validação de conteúdo Aprovação do instrumento a partir das contribuições individuais das juízas. Aprovação do instrumento, que passou a ser denominado: Escala de Avaliação da Sala de Vacina na perspectiva do Usuário (EASV-U). |
| 3ª Etapa | Estudo pré-teste n= 60 usuários. Reunião Coletiva (discussão entrevistadora/pesquisadoras e juízas). | Estudo pré-teste Apreciação dos itens que apresentaram dificuldades na etapa de aplicação do estudo pré-teste. Adequação do instrumento pós-discussão. |
| 4ª Etapa | Teste / Reteste n=120 usuários Consistência interna. Reprodutibilidade. | Teste / Reteste Avaliação da confiabilidade do EASV-U. Estimativa do Alfa de Cronbach. Coeficiente Kappa. |
| Aprovação da versão final do instrumento EASV-U | | |

Na 1ª Etapa, foram considerados os seguintes critérios: definição de uma estrutura conceitual (terminologia) a partir da revisão de literatura, definição dos objetivos e organização e estruturação lógica dos itens, considerando a população-alvo até culminar na

seleção e na organização das perguntas e de respostas^{24,26}. Ao final, realizou-se a checagem da estruturação e do resultado quanto à organização dos itens, estabelecendo-se, assim, o formato geral do instrumento.

A 2ª Etapa foi realizada por 05 juízas

consideradas referências no tema em questão (Enfermeiras especialistas, com experiência profissional há mais de 5 anos em serviços de referência em sala de vacina e/ou em setor de imunização e que, além disso, apresentavam em seu *curriculum lattes* publicações na área pesquisada). As juízas foram convidadas através de contato pessoal. Em seguida, foi entregue a elas uma cópia do instrumento para realizarem a avaliação de forma individualizada e independente. E, em outro momento (prazo de 30 dias), houve uma reunião das juízas com as pesquisadoras para concluir essa etapa.

As juízas receberam, junto com a cópia do instrumento a ser validado, um pequeno manual com instruções específicas sobre cada item, a composição e a abrangência desses itens do instrumento para que tivessem condições de avaliar se os conceitos de todo o instrumento foram adequadamente garantidos pelo conjunto de itens. Os itens deveriam ser avaliados quanto à clareza (redação de forma que o conceito estivesse compreensível e expressasse adequadamente o que se esperava medir); quanto à representatividade (verificar se os itens realmente refletiam os conceitos envolvidos); quanto à relevância (se eram relevantes e se estavam adequados para atingir os objetivos propostos).

Para o julgamento dos itens, foi deixada à frente de cada questão proposta uma coluna em branco para que a juíza, ao fazer a avaliação individual, escrevesse as suas sugestões e/ou comentários visando à melhoria dos itens. Ela também deveria estabelecer como ocorreria o preenchimento do instrumento no momento em que fosse aplicado à população para a qual foram planejadas essas perguntas. Isso determinaria a validade de conteúdo do instrumento. Se a juíza concordasse com a questão, não faria nenhuma observação, apenas colocaria no item avaliado a resposta: OK.

Após o recebimento dos pareceres das 05 juízas, realizou-se uma análise das suas respostas acerca dos itens do instrumento, e, a partir dessa análise, os ajustes sugeridos foram realizados. As juízas aprovaram os conteúdos e itens propostos no instrumento. O processo de validação do conteúdo do instrumento EASV-U foi encerrado por meio de uma reunião das pesquisadoras com as juízas com o objetivo de avaliar a concordância entre elas na construção das versões finais da escala.

Na 3ª Etapa, foi conduzido o estudo pré-teste por entrevistadora previamente treinada quanto à aplicação dos questionários, em uma amostra de 60 pais ou responsáveis por crianças menores de um ano, vacinadas. Posteriormente, foi realizada outra reunião coletiva para apreciação das inconsistências e dificuldades encontradas na etapa de aplicação do pré-teste. Os itens identificados foram reformulados para tornarem-se compreensíveis, com adequação do instrumento pós-discussão.

Na 4ª Etapa, a escala foi testada em uma amostra de 120 pais ou responsáveis por crianças menores de um ano usuárias dos serviços de assistência quanto à vacinação. Esses participantes foram informados que seriam abordados em dois momentos (na sala de vacina e em seus domicílios), com um intervalo de 7 a 15 dias entre as duas abordagens.

As questões apresentaram as seguintes opções de respostas: 01 Satisfação dos usuários. Totalmente Satisfeito (a); 02. Muito satisfeito (a); 03. Nem satisfeito (a)/Nem Insatisfeito(a); 04. Muito insatisfeito(a); 05. Totalmente insatisfeito(a); 98. Não Respondeu; e 99. Não Sabe.

Os dados revelaram que as questões avaliadas tiveram uma elevada consistência interna (homogeneidade), calculada por meio do coeficiente alfa de Cronbach, e os resultados encontram-se apresentados na *tabela 1*.

Tabela 1. Análise da consistência interna do instrumento Escala de Avaliação da Sala de Vacina na perspectiva do Usuário (EASV-U), no município de Montes Claros - MG, Brasil, 2015. n=120

| Análise da consistência interna | Alfa=0,93 |
|--|-----------|
| 01. Qual a sua satisfação com o tempo que teve que esperar para conseguir a vacinação após o atendimento inicial na recepção? | 0,78 |
| 02. Qual a sua satisfação com relação ao seu acesso (qualidade das rampas, portas e ou escadas) para chegar à sala de vacina na Unidade de Saúde? | 0,89 |
| 03. Qual a sua satisfação com relação ao horário de funcionamento da Sala de Vacina? | 0,97 |
| 04. Qual a sua satisfação com relação às instalações, ou seja, à estrutura física e/ou ao conforto da sala de vacinas (cadeiras, macas, espaço, iluminação, arejamento) do local onde a vacina foi aplicada? | 0,97 |
| 05. A satisfação com relação à cortesia, gentileza e/ou a educação do profissional que aplicou a vacina? | 0,99 |
| 06. O(A) profissional que aplicou a vacina no seu filho está preparado para trabalhar nesse serviço? Sim ou Não? E como o(a) Sr.(a) se sente? | 0,97 |
| 07. O(A) Sr.(a) recebeu todas as informações necessárias sobre a vacina que foi aplicada no seu filho? Como se sente quanto a isso? | 0,93 |
| 08. Teve a oportunidade de esclarecer suas dúvidas sobre a vacina que foi aplicada no seu filho? Como se sente quanto a isso? | 0,95 |
| 09. Como o(a) Sr.(a) avalia a disponibilidade das vacinas, ou seja, sempre que necessita(ou) de alguma vacina, o(a) Sr.(a) as encontrou nesta unidade de saúde? Como se sente quanto a isso? | 0,94 |
| 10. Como o(a) Sr.(a) avalia a disponibilidade dos materiais para aplicar a vacina, ou seja, sempre que necessita(ou) de alguma vacina, o(a) Sr.(a) encontrou todos os materiais disponíveis para realização da vacina nesta unidade de saúde? Como se sente quanto a isso? | 0,96 |
| 11. Qual o nível de confiança do(a) senhor(a) com relação aos serviços prestados na sala de vacina? Como se sente quanto a isso? | 0,92 |

Os resultados apresentados na *tabela 2* demonstram que os valores do Kappa variaram de 0,79 a 0,97, evidenciando-se, assim, uma concordância que variou de substancial (0,79) a satisfatória ou excelente (0,97), ao testar em

um mesmo usuário do serviço, em diferentes momentos de tempo e com os mesmos observadores, sem que isso tenha gerado mudança real para o entrevistado.

Tabela 2. Estimativa da reprodutibilidade (Coeficiente Kappa) do instrumento Escala de Avaliação da Sala de Vacina na perspectiva do Usuário (EASV-U), no município de Montes Claros - MG, 2015. n=120

| Estimativa da reprodutibilidade | Kappa |
|--|-------|
| 01. Qual a sua satisfação com o tempo que teve que esperar para conseguir a vacinação após o atendimento inicial na recepção? | 0,79 |
| 02. Qual a sua satisfação com relação ao seu acesso (qualidade das rampas, portas e ou escadas) para chegar à sala de vacina na U. Saúde? | 0,95 |
| 03. Qual a sua satisfação com relação ao horário de funcionamento da Sala de Vacina? | 0,93 |
| 04. Qual a sua satisfação com relação às instalações, ou seja, à estrutura física e/ou ao conforto da sala de vacinas (cadeiras, macas, espaço, iluminação, arejamento) do local onde a vacina foi aplicada? | 0,93 |
| 05. A satisfação com relação à cortesia, gentileza e/ou a educação do profissional que aplicou a vacina? | 0,97 |
| 06. O(A) profissional que aplicou a vacina no seu filho está preparado para trabalhar nesse serviço? Sim ou Não? E como o (a) Sr.(a) se sente? | 0,94 |

Tabela 2. (cont.)

| | |
|--|------|
| 07. O(A) Sr.(a) recebeu todas as informações necessárias sobre a vacina que foi aplicada no seu filho? Como se sente quanto a isso? | 0,84 |
| 08. Teve a oportunidade de esclarecer suas dúvidas sobre a vacina que foi aplicada no seu filho? Como se sente quanto a isso? | 0,93 |
| 09. Como o(a) Sr.(a) avalia a disponibilidade das vacinas, ou seja, sempre que necessita(ou) de alguma vacina, o(a) Sr.(a) as encontrou nesta unidade de saúde? Como se sente quanto a isso? | 0,88 |
| 10. Como o(a) Sr.(a) avalia a disponibilidade dos materiais para aplicar a vacina, ou seja, sempre que necessita(ou) de alguma vacina, o(a) Sr.(a) encontrou todos os materiais disponíveis para realização da vacina nesta unidade de saúde? Como se sente quanto a isso? | 0,88 |
| 11. Qual o nível de confiança do(a) senhor(a) com relação aos serviços prestados na sala de vacina? Como se sente quanto a isso? | 0,85 |

Discussão

Um instrumento novo de pesquisa sobre eventos relacionados à saúde exige a definição dos domínios e dos itens, bem como as escalas de respostas para o instrumento criado, fundamentadas em critérios comportamentais, da objetividade, da simplicidade, da clareza, da precisão, da validade, da relevância e da interpretabilidade.

Esses critérios têm como finalidade eliminar qualquer item que seja ambíguo, incompreensível, com termos vagos, com duplas perguntas, com jargões e/ou que remeta a juízos de valor^{4,6,8-11}. Antes de finalizar a criação de um instrumento, faz-se necessário conferir toda a estruturação ou o resultado dele, ou seja, confirmar se houve a consolidação das etapas anteriores com relação à organização dos itens em seus respectivos domínios como forma de estabelecer o formato geral do instrumento.

Além disso, é necessário incluir as instruções, as escalas de respostas, a sequência lógica e, principalmente, checar se o instrumento proposto atende do objetivo geral até o mais específico; no sentido do menos pessoal e menos delicado para o mais pessoal e mais delicado. Isso porque, ao concluir essa etapa, o pesquisador deverá ter a certeza de que a estrutura e a sequência desse novo instrumento contribuirão significativamente para reduzir o esforço físico e/ou mental dos respondentes.

Essas etapas buscam assegurar que todos os termos sejam tratados de forma que o interesse do respondente seja mantido do início até a aplicação final do instrumento^{4,6,24,26}. Na presente investigação, essas questões foram consideradas.

A literatura descreve que, ao criar ou desenvolver um instrumento de medida, o pesquisador parte do princípio de que nem sempre é possível fazer uma listagem completa de todos os domínios/itens envolvidos na temática pesquisada. Assim, o objetivo deve ser apenas abordar os aspectos mais representativos de cada dimensão ou assunto pesquisado. Daí, a necessidade de submeter esse instrumento para parecer de um grupo de juízes da área, os quais têm como função verificar se o instrumento é válido ou não.

Por meio da avaliação do conteúdo, concordarão ou discordarão se ele está apropriado aos respondentes, se o domínio e o conteúdo referentes à problemática investigada estão corretos, se as questões elaboradas e suas respectivas opções de respostas formuladas atendem ao conteúdo e aos objetivos propostos, bem como se o instrumento atenderá à realidade pesquisada e ao público-alvo para o qual o instrumento foi criado. Após isso, haverá a emissão de um parecer validando se o instrumento contempla adequadamente os domínios do construto desejado^{6,9,27}. As juízas, na presente investigação, tiveram a

oportunidade de contribuir para a melhoria do instrumento criado.

Recorre-se aos resultados encontrados neste estudo para afirmar que os itens dos instrumentos estão claros e adequados para atingir os objetivos propostos, ou seja, a escolha da teoria foi adequada e os resultados do processo de validação de conteúdo e do pré-teste sugerem que as modificações necessárias ao modelo adotado foram realizadas.

Quando se encerra a etapa do pré-teste, o instrumento de medida está pronto para ter suas propriedades psicométricas avaliadas⁶. Além disso, todo novo instrumento, antes de ser aplicado à população geral, à qual se destina, deverá ter suas propriedades testadas através do cálculo da confiabilidade. E, para determinar a confiabilidade do instrumento EASV-U, foram obedecidos os parâmetros preconizados pela literatura internacional, organizados e estabelecidos pelos domínios do *checklist* Cosmin, o qual considera a adequabilidade dos instrumentos de avaliação quantitativa por meio da estimativa da confiabilidade: consistência interna e reprodutibilidade^{10,11,28}.

Os resultados encontrados referentes à consistência interna do instrumento EASV-U permitem afirmar que pode ser considerada elevada para todos os seus itens, pois apresentaram valores de alfa total=0,93, constatando-se uma boa homogeneidade entre todos os itens das escalas que avaliam aspectos de um mesmo atributo ou conceito relacionado ao grau de satisfação da assistência quanto à vacinação na perspectiva dos usuários²⁹. Encontrar um resultado de um alfa de Cronbach superior a 0,75 demonstra o quão estável e consistente é o instrumento de medida^{6,9,11,24,25,27}.

Observou-se a variação do alfa, sendo o menor valor $\alpha = 0,78$, para o item relacionado à satisfação com o tempo que teve que esperar para conseguir a vacinação após o atendimento inicial na recepção, e o maior valor de $\alpha = 0,99$, para o item que propõe medir a satisfação do usuário com relação à cortesia, à gentileza e/ou à educação do profissional que aplicou a vacina.

Quanto à reprodutibilidade, outra medida de confiabilidade, ou método teste/reteste³⁰, estimou-se a variância total na medida em que se deve a ‘verdadeiras’ diferenças entre respostas de participantes ou a resultados consequentes de entrevistas aplicadas em dois momentos distintos.

É válido mencionar que o instrumento EASV-U apresentou reprodutibilidade satisfatória, pois os resultados encontrados mostram que houve uma concordância de substancial a excelente, com valores entre 0,79 a 0,97. Isso indica que as reprodutibilidades encontradas asseguram que variações temporais nos indicadores possam traduzir variações reais no comportamento da população e não instabilidade dos indicadores, mostrando-se estável e consistente, conforme estatística Kappa^{29,30}.

No primeiro item, avaliou-se a satisfação do respondente com o tempo de espera (Kappa=0,79), resultado com concordância substancial, pois deixa a desejar em sua objetividade. Isso ocorre porque há de se considerar o que o usuário entende por satisfação quando a sua expectativa é atendida ao procurar o serviço de saúde, mesmo que, às vezes, demande muito tempo de espera.

Nos itens referentes a acesso (Kappa=0,95), horário de funcionamento (Kappa=0,93) e satisfação quanto a estrutura física e conforto (Kappa=0,93), observaram-se concordâncias excelentes, possivelmente devido à clareza, à simplicidade e à objetividade das perguntas.

Os itens que abordam cortesia, gentileza e/ou educação (Kappa=0,97) e o preparo do profissional para trabalhar no serviço de vacinação (Kappa=0,94) apresentaram concordância excelente, possivelmente pelo fácil entendimento, pela recordação e coerência das respostas dadas. A ligeira queda deste último item pode ser devido à sua extensão e não à especificidade do adjetivo ‘preparado’, o qual pode se referir à técnica de vacinação ou à relação social com a criança que recebeu a vacina.

O item que investigou se o pai ou responsável recebeu as informações necessárias sobre a vacina obteve (Kappa=0,84), que

pode ser explicado pela característica generalista da questão.

Já a avaliação da capacidade de tirar dúvidas sobre a vacinação recebeu (Kappa=0,93), devido ao caráter objetivo e conciso da questão. Os itens referentes à disponibilidade das vacinas (Kappa=0,88), disponibilidade de materiais para aplicação da vacina (Kappa=0,88) e ao grau de confiança nos serviços prestados na sala de vacina (Kappa=0,85) obtiveram resultados de alta concordância, provavelmente devido à simplicidade, clareza e especificidade que apresentou cada um deles.

A escala é confiável, pois apresenta estabilidade, isto é, consistência interna e capacidade de reproduzir os mesmos resultados em diferentes momentos ao aferir o grau de satisfação do serviço assistencial ofertado nas salas de vacinas na perspectiva dos seus usuários.

As propriedades psicométricas do instrumento (confiabilidade e consistência interna) não são estáticas, ou seja, podem variar de acordo com a população em estudo. Já a utilização do instrumento EASV-U em estudos longitudinais poderá identificar sua responsividade, visando a contribuir para a otimização e o estabelecimento de prioridades no que tange à melhoria dos serviços prestados nas salas de vacina.

Conclusões

O processo de desenvolvimento do instrumento foi uma tarefa complexa que exigiu o empenho em compreender os construtos teóricos que sustentam a assistência à saúde

ofertada nas salas de vacina. O instrumento EASV-U foi submetido e aprovado quanto aos itens pesquisados no que se refere ao processo de validação de conteúdo por um grupo de juízas.

Esse instrumento pode ser utilizado tanto para avaliação da assistência como para pesquisas, pois a avaliação de conteúdo foi adequada, e as medidas de confiabilidade com relação à consistência interna e à reprodutibilidade foram satisfatórias.

Ademais, por tratar-se de instrumento inédito, esta pesquisa contribuirá sobremaneira para melhorar a efetividade da assistência quanto à vacinação, servindo como fonte para a construção de indicadores de saúde e para seu monitoramento. A aplicação deste instrumento permitirá, também, a obtenção de informações importantes para nortear as prioridades dos serviços assistenciais ofertados na perspectiva dos usuários.

Colaboradores

Todos os autores do manuscrito contribuíram substancialmente com a concepção e planejamento do trabalho, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Sendo que, Siqueira LG e Martins AMEBL contribuíram substancialmente para a concepção, análise e interpretação dos dados. Versiani CMC e Ferreira RC contribuíram significativamente para a revisão crítica do conteúdo e Carvalho PD, participou da aprovação final do manuscrito. ■

Referências

- Gilmore CM, Novaes HM. Manual de gerência da qualidade. Washington: PS/Kellogg; 1997.
- Serapioni M, Silva MGC. Avaliação da qualidade do programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(11):1768-71.
- D'innocenzo MD, Adami NP, Cunha ISKO. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* 2006; 59(1):84-8.
- Scatena LM, Wysocki AD, Beraldo AA, et al. Validação e confiabilidade: instrumento para avaliação de serviços que tratam tuberculose. *Rev. Saude Publica.* 2015; 49(7):1-11.
- Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(7):3061-3068.
- Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20(3):925-36.
- Alexandre NMC, Guirardello EB. Adaptación cultural de instrumentos utilizados em salud ocupacional. *Rev. Panam Salud Publica.* 2002; 11(2):109-111.
- Steiner DL, Norman GR. Health measurement scales. A practical guide to their development and use. 4. ed. New York: Oxford University Press; 2008.
- Pires DA, Colussi CF, Calvo MCM. Avaliação da gestão municipal da saúde bucal na Atenção Básica: precisão do instrumento de pesquisa. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014; 19(11):4525-4534.
- Mokkink LB, Terwee CB, Knol DL, et al. Protocol of the COSMIN study: Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments. *BMC Med Res Methodol.* 2006; 6(2):1-7.
- Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, et al. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. *Qual. Life Res.* 2010; 19(4):539-549.
- Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med.* 1990; 114(11):1115-1118.
- Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press; 1992.
- Labbadia LL, Adami NP. Avaliação das anotações de enfermagem em prontuários de um hospital universitário. *Acta Paul. Enferm.* 2004; 17(1):55-62.
- Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de procedimentos para vacinação. 4. ed. Brasília, DF: Funasa; 2001.
- Temporão JG. O Programa Nacional de Imunização (PNI): origens e desenvolvimento. *Hist. Cienc. Saude Manguinhos.* 2003; 10(supl2):601-17.
- Siqueira LG, Martins AMEBL, Versiani CMC, et al. Avaliação da organização e funcionamento das salas de vacina na Atenção Primária à Saúde em Montes Claros, Minas Gerais, 2015. *Epidemiol. Serv. Saude.* 2017; 26(3):557-568.
- Oliveira VC, Gallardo MDPS, Arcêncio RA, et al. Avaliação da qualidade de conservação de vacinas na atenção primária à saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014; 19(9):3889-3898.
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações 30 anos. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância dos eventos adversos pós-vacinação: cartilha para trabalhadores da sala de vacinação. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2003.
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Avaliação

- do Instrumento de Supervisão Sala de Vacinação – PAISSV. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2004.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle de Riscos. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2006.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Rede de Frio. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2007.
24. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev. Psiq. Clin.* 1998; 25(5):206-213.
25. Landis JK, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977; 33(1):159-174.
26. Pittman J, Bakas T. Measurement and instrument design. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2010; 37(6):603-607.
27. Alexandre N, Gallasch C. A confiabilidade no desenvolvimento e avaliação de instrumentos de medida na área da saúde. *Rev. Eletr. Enf.* 2013; 15(3):802-809.
28. DeVon HA, Block ME, Moyle WP, et al. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. *J Nurs Scholarsh.* 2007; 39(2):155-164.
29. Maroco J, Garcia-Marques T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Lab. Psicologia.* 2006; 4(1):65-90.
30. Martins GA. Sobre Confiabilidade e Validade. *Rev. Bras. Gest. Neg.* 2006; 8(20):1-12.

Recebido em 11/07/2018
Aprovado em 11/09/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Criança diabética do tipo 1 e o convívio familiar: repercussões no manejo da doença

Diabetic child of type 1 and family life: repercussions in the management of the disease

Thais Schmidt Vitali Hermes¹, Cláudia Silveira Viera², Rosa Maria Rodrigues³, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso⁴, Luciana Mara Monti Fonseca⁵

DOI: 10.1590/0103-1104201811911

¹Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0204-5045>
thaisschmidtvitali@gmail.com

²Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0900-4660>
clausviera@gmail.com

³Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7047-037X>
rmrodri09@gmail.com

⁴Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7366-077X>
lb.toso@gmail.com

⁵Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5831-8789>
lumonti@eerp.usp.br

RESUMO A pesquisa objetivou escrever a repercussão do convívio familiar da criança diabética no manejo da doença. Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, tipo estudo de caso, com criança diabética em seguimento ambulatorial de um hospital universitário, por meio de grupo focal. Análise de dados por análise de conteúdo do tipo temática. Observou-se que Adriana (nome fictício), 11 anos, não adere às orientações e tratamentos propostos pela equipe de saúde, resultando em inadequado manejo do diabetes e altos índices glicêmicos, decorrente da relação desarmoniosa com a família e da carência de gestão dos serviços de saúde. Condições crônicas de saúde interferem no cotidiano familiar e dificultam o tratamento, especialmente de crianças. A Atenção Primária à Saúde deve utilizar ferramentas como a gestão de caso e o projeto terapêutico singular para que, em conjunto com a família e com a criança, possa obter melhor adesão ao tratamento.

PALAVRAS-CHAVE Diabetes *Mellitus*. Criança. Relatos de caso. Assistência integral à saúde.

ABSTRACT *The research aimed to write the repercussion of the family life of the diabetic child in the management of the disease. This is a descriptive qualitative study, type case study with a diabetic child followed in an outpatient follow-up at a university hospital, through a focus group. Analysis of data by content analysis of thematic type. Adriana (fictitious name), 11 years old, does not adhere to the guidelines and treatments proposed by the health team, resulting in inadequate management of diabetes and high glycemic indexes. Disharmonious relationship with the family and the lack of health services management could contributed with this situation. Chronic health conditions influence the family daily life and make treatment difficult, especially for children. Primary Health Care should use tools such as case management and the singular therapeutic project so that, together with family and child, it can obtain better adherence to the treatment.*

KEYWORDS *Diabetes Mellitus. Child. Case reports. Comprehensive health care.*



Introdução

O Diabetes *Mellitus* Tipo 1 (DM1) é a segunda doença crônica mais prevalente na infância¹, havendo cerca de 500 mil crianças e adolescentes com DM1 no mundo². Com evolução lenta e progressiva, requer tratamento intensivo de alto custo, sendo considerado um problema emergente na saúde da criança, exigindo atenção especializada e acompanhamento em longo prazo nas unidades de Atenção Primária a Saúde (APS).

Não obstante, o tratamento isolado é insuficiente, fazendo-se necessários adequada adesão e mudanças no cotidiano de vida das crianças e das suas famílias. Demanda, então, tomada de decisões distintas, relativas a comportamentos de saúde, como gestão da nutrição, prática de atividade física, bem como cuidados específicos como monitorização da glicemia capilar e aplicação das múltiplas injeções de insulina^{3,4}.

A família é o principal suporte no processo de adoecimento infantil, pois a experiência do sofrimento é compartilhada e tende a conformar-se em apoio mútuo⁵. Entretanto, quanto mais nova for, mais conflitos são gerados entre a criança e seus familiares, visto que ela não compreende bem sua condição. Dessa forma, as determinações de cuidados como restrição alimentar, glicosimetria e insulinoterapia podem gerar raiva e tristeza nessas crianças, haja vista que se sentem punidas por algo que tenham feito, assim como angústia nos familiares, que ainda não sabem lidar com a situação⁶.

O suporte às dimensões positivas do funcionamento familiar são considerados preditores significativos para maior adesão ao tratamento, melhor controle glicêmico e adequado manejo da doença⁷. No entanto, nas distintas conformações familiares, cada grupo reagirá conforme seus valores, cultura e compreensões sobre a doença. Diante do conflito familiar preexistente, que pode agravar-se com a vivência do DM1 da criança, pode haver fragilização do suporte dos pais/cuidadores e de responsabilidade perante o manejo da doença,

influenciando negativamente na adesão ao tratamento⁸. A relação familiar saudável proporciona segurança à criança e facilita sua adaptação à doença; assim, ela obtém maior colaboração nas atividades de cuidado exigidas.

Manejar eficazmente o DM1 na infância implica envolvimento contínuo das crianças, da família e dos profissionais de saúde na busca do equilíbrio biológico, psíquico e social delas por meio da ótica do cuidado integral. As redes de apoio familiar e social às crianças diabéticas conformam estratégias que favorecem seu bem-estar e o gerenciamento do cuidado, elementos fundamentais para o planejamento da atenção às condições crônicas⁵.

Considerando esses aspectos, a rede de apoio necessária para sucesso terapêutico e a necessidade de aproximação com o contexto de vida dessas famílias, surgiu o seguinte questionamento: como o convívio familiar da criança diabética do tipo 1 pode repercutir no manejo da doença?

Este estudo, portanto, objetiva descrever a repercussão do convívio familiar da criança diabética no manejo da doença.

Metodologia

Estudo qualitativo, tipo estudo de caso singular, com criança e familiar captados durante grupo focal de pesquisa, que originou a dissertação de mestrado 'Educação em saúde para crianças diabéticas por meio de cartilha educativa e abordagem lúdica'.

Estudo de caso qualitativo é uma abordagem utilizada para compreender e explorar fenômenos de pessoas ou grupos particulares em seu contexto natural, gerando dados por meio de múltiplas fontes e fornecendo análises de representações holísticas^{9,10}.

O rigor metodológico do estudo de caso obteve-se seguindo-se seis estágios: definição do caso (pergunta de pesquisa embasada na literatura); seleção do caso, identificando-o na modalidade intrínseca; coleta de dados – triangulação de dados (entrevistas, grupos

focais e observações), aumentando a validade interna do estudo; interpretação dos dados, revisão repetida, organização e codificação dos dados e, relato do estudo de caso, permitindo a compreensão dos processos seguidos e como as conclusões foram alcançadas¹⁰.

Nos encontros do grupo focal da pesquisa primária, que descreveu a repercussão da educação em saúde direcionada a crianças com DM1 em relação ao manejo da doença, emergiu o caso de um binômio criança-familiar que demonstrou relação conflituosa, associada ao manejo inadequado da doença pela criança. Surgiu, então, a proposta de descrever esse caso, o qual se constitui o próprio objeto da pesquisa, em que o pesquisador procura compreendê-lo em profundidade e singularidade¹⁰.

A coleta de dados ocorreu em encontros dialógicos pautados em atividades lúdicas e entrevista conduzida por questões disparadoras. Dados foram gravados em áudio, transcritos na íntegra e importados para o programa Nvivo. Documentaram-se em diário de campo as reflexões dos pesquisadores e observações em campo, constituindo-se ferramenta importante para interpretação do estudo de caso.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo tipo temática. As entrevistas, após transcrição, passaram por leitura flutuante com organização das unidades de registro e de contexto, sendo estas reagrupadas em categorias após leitura exaustiva do material, com auxílio do *software* Nvivo. A seguir, buscou-se desvendar o conteúdo subjacente, ideologias e tendências dos fenômenos em análise; por fim, a interpretação articulou os dados e os referenciais teóricos da pesquisa. A categorização ocorreu mediante o agrupamento das unidades de registro e contexto sob um título geral de acordo com suas características comuns¹¹. Esse processo analítico originou duas categorias: Repercussão da condição crônica no contexto familiar; Dificuldade da criança ante o DM1.

Garantiu-se o anonimato da criança e do familiar mediante nomes fictícios. O estudo atendeu aos preceitos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, aprovado por Comitê

de Ética e Pesquisa sob o parecer nº 1.836.139 da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

Resultados e discussão

O caso em análise refere-se à Adriana, 11 anos, portadora de DM1, que reside com a avó – Maria, 46 anos – e com seu companheiro desde os 3 anos de idade. Filha de mãe adolescente (14 anos) usuária de substâncias tóxicas e de pai presidiário. Como a mãe não tinha condições de criá-la, principalmente após a descoberta da doença, a avó requereu sua guarda legal. A renda mensal da família é entre um e dois salários mínimos. Adriana faz uso de insulina com esquema de Glargina 24UI/dia + Lantus ação rápida de cinco a mais vezes ao dia, não realiza rodízio dos locais de aplicação. A aplicação de insulina e o hemoglicoteste (HGT) são as atividades mais difíceis para ela devido à dor. Admite não seguir a dieta e consome doces diariamente, mesmo sabendo dos riscos da má alimentação, afirmando que pode ficar internada. Não permanece por longos períodos em jejum e pratica atividade física recreativa, mas não reconhece os benefícios das atividades para o controle glicêmico. Identifica situações de hipo e hiperglicemias e relata como age em cada situação. Apresenta glicemia de jejum de 438 mg/dL, hemoglobina glicada de 12,1% e glicemia média semanal capilar de 337,54mg/dL. Resultados muito elevados quando comparados às metas glicêmicas para crianças diabéticas, segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD)², considerados de alto risco para desenvolvimento de complicações crônicas.

Com o diagnóstico do DM1, a família e a criança passam a viver a condição crônica de saúde, implicando ameaça para a rotina familiar perante as mudanças nos comportamentos e hábitos de vida. Entende-se a condição crônica no contexto da determinação social do processo saúde-doença, tomando-se o referencial de Dahlgren e Whitehead¹², que demonstra a forma de atuação dos determinantes sociais da saúde sobre as iniquidades

nos grupos sociais, distribuindo em camadas, conforme níveis de abrangência¹². Examinando o caso específico da condição crônica do diabetes em criança, percebe-se a idade como condicionante relacionado com o indivíduo. Relativo ao estilo de vida, tem-se a alimentação inadequada e a ausência de exercícios físicos regulares. Nas condições socioeconômicas, culturais e ambientais, encontrou-se como determinantes a formação e estrutura familiar, a baixa renda, o transporte, a moradia, a alimentação e o acesso limitado aos serviços de saúde; aspectos que contribuem para um funcionamento familiar alterado¹³.

Para que a equipe de saúde preste assistência adequada e aumente a sobrevivência dessas crianças, a compreensão da repercussão do diabetes no contexto familiar, considerando a determinação social do processo saúde-doença, é necessária; assim como a avaliação do funcionamento familiar diante da condição de saúde do filho, pois as alterações na vida familiar têm sido ligadas ao pobre funcionamento emocional e comportamental, o que influencia na adesão aos tratamentos¹³.

Repercussão da condição crônica no contexto familiar

Alguns genitores não estão preparados para assumir a responsabilidade de realizar todos os cuidados que a condição crônica demanda. Consequentemente, as tarefas são assumidas por outro membro familiar. Ocasionalmente, essa transferência de compromissos gera mudança inesperada no cotidiano do novo responsável, que pode interpretar tal fato como interrupção dos seus projetos de vida.

No meu caso pedi a guarda dela, porque a minha filha saía, não parava muito em casa [...] com isso, parou toda a minha vida, mudou tudo, eu tinha prestado vestibular, tinha meus sonhos, parei de trabalhar, de estudar. Congelei meus sonhos, estou quase descongelando, porque penso que ano que vem já quero fazer uma faculdade, porque senão a vida dela segue e eu vou ficando

pra trás [...] (Maria, avó da Adriana).

Maria não percebe a condição crônica e os cuidados que assumiu em relação à neta como oportunidade de contribuir para a adesão ao tratamento da DM1, mas considera como um período que não obteve realização pessoal e que agora que a criança está maior, tem chance de viver novamente. O surgimento da condição crônica na infância ocasiona transformações no cotidiano das famílias, resultando em processo de desestruturação e modificação dos papéis: um dos membros limita o tempo para realização pessoal e acaba abandonando o emprego diante das exigências de cuidados impostos¹⁴⁻¹⁶.

A aceitação da condição crônica está relacionada com a singularidade de cada membro familiar, alguns aceitam facilmente enquanto outros podem nunca chegar a essa premissa. Quando aceito, repercute positivamente no cotidiano, resultando em apoio à criança, melhor comunicação e responsabilidades compartilhadas. Contrariamente, provoca momentos conflituosos que interferem na rotina e nos cuidados com a doença. Torna-se imprescindível preparar os profissionais de saúde para perceberem o funcionamento familiar após o diagnóstico da DM1 e ofertar escuta qualificada para identificarem conjuntamente as melhores estratégias de enfrentamento da doença, promovendo orientações de maneira clara e no momento adequado¹⁷.

No estudo deste caso, apreendeu-se que a avó expressa esperança de maior reconhecimento por parte da neta pelos cuidados providos. Contudo, desconsidera as necessidades da criança; a idade; a imaturidade e a compreensão do processo de adoecimento.

Ela acaba com a vida de quem está ao redor também [...]. Não pode contar [com ninguém], não pode contar com pai, com mãe, só tem a mim, se eu virar as costas, ela dançou! Eu disse que viro, pode me cobrar se chegar a acontecer algum problema por causa do diabetes, eu 'pincho' em um órgão do Estado e desapareço. Não sou obrigada a cuidar, estou fazendo tudo agora e ela não

colabora. Se nós saímos daqui, na primeira banca ela olha e diz 'me compra uma coxinha', aquela chega a doer. Tenho vontade de matar, porque o que adiantou todo esse tempo aqui [atividade educativa], se ela vai rir da minha cara depois. (Maria, avó da Adriana).

Sentimentos conflitantes da avó em relação à neta emergem, havendo uma responsabilização sobre a criança pela sua situação de vida, ou seja, a obrigatoriedade do cuidado, ao mesmo tempo que imputa ameaças de abandono; isso verbalizado para os pesquisadores em frente à criança, responsabilizando-a por seu autocuidado. Apesar da guarda legal, Maria não demonstra responsabilidade afetiva com Adriana, parece não se sentir responsável pelos cuidados com a doença, tendo dificuldade em lidar como a solicitação de alimentos que não devem fazer parte da dieta da menina. Acredita que essas são atitudes de desafio da neta, e não comportamentos comuns em crianças, que devem ser regidos pelos adultos.

Esse tipo de demonstração diante dos pesquisadores gerou inquietação e tentativas do grupo, formado por enfermeiros – e, portanto, insuficiente para a atenção psicológica necessária –, de buscar apoio interdisciplinar, propiciando acompanhamento psicológico para o binômio do caso estudado. Contudo, sem sucesso, devido ao descrédito da família em relação a esse seguimento, por tentativas frustradas anteriores ao vivenciado na época da pesquisa.

No cotidiano do viver com DM1, as rotinas são direcionadas aos cuidados com a condição crônica, e outras preocupações ficam em segundo plano. Raiva, revolta, frustração, inconformismo e negação, também apresentados por Maria, são mais comuns na identificação do diagnóstico, mas também podem perpassar todo curso da doença¹⁸.

As atitudes da criança diante dos hábitos alimentares são inaceitáveis na visão da avó, o que reflete no relacionamento entre elas. Os frequentes estados de hiperglicemia apresentados provocam glicosúria e diurese osmótica, conseqüentemente, desidratação.

A necessidade de compensação desta leva à modificação dos hábitos, trazendo a enurese noturna, poliúria e polidipsia¹³, resultando em reação em cadeia que prejudica a qualidade de vida e enfraquece a relação familiar, fato que parece passar despercebido pela avó.

Maria acredita saber o suficiente sobre a condição crônica e que não necessita de orientações, dificultando mais a interação entre ela, Adriana e os serviços de saúde. Em seu ponto de vista, a situação que a família vivencia é decorrente das atitudes da neta e que ajuda não é necessária, a solução seria a mudança nas atitudes da criança.

A gente já sabe, pesquiso muito, assisto as palestras. O médico senta, fica uma hora com ela. Psicólogo que eu já levei, ficou seis meses em tratamento [...]. Então, vim por descargo de consciência mesmo, mas sabia que não ia adiantar nada, mas vim para dizer que fiz tudo que estava no meu alcance, mas volto a dizer, não adiantou nada. (Maria, avó da Adriana).

Ante o exposto, a equipe de pesquisa, por meio da atuação interdisciplinar, buscou propiciar à avó momentos de reflexão sobre suas crenças de cuidado e responsabilização da criança, embora sem obter resultados favoráveis. Maria expressa a necessidade de resultados imediatos em relação a todas as tentativas de acompanhamento que já realizou, não há percepção de que a condição de saúde em que a neta e toda família está envolvida é crônica, com necessidades em longo prazo.

Essa urgência resulta tanto da falta de orientação desde o momento do diagnóstico quanto da assistência interdisciplinar e singular. O tratamento da doença, as consultas e acompanhamentos frequentes, bem como a rotina intensa de cuidados, são os principais geradores de conflitos entre familiares e portadores do DM1. Geralmente, as famílias respondem bem a essa nova contingência, mas são observadas atitudes não cooperativas perante o processo de adoecimento em famílias cujas estruturas já estavam desgastadas, situação

difícilmente contornada^{15,16}. Como observado no depoimento da Maria, ao acreditar que os acompanhamentos não “*adiantam nada*” e que leva a neta por “*desencargo de consciência*”, o que remete que atendimentos fragmentados não são eficazes¹⁹.

A atuação da APS no território dessa família é essencial para formação de vínculo e do acolhimento para estabelecer confiança no serviço e equipe e nas propostas estabelecidas de cuidado. Na fala da avó, identificam-se a valorização da rede de apoio disponível no território e a fragmentação na disponibilidade dos serviços, requerendo longos deslocamentos, bem como a ineficácia do tratamento, justificada quando menciona não querer ir à consulta:

Não fui ainda [na psicóloga], porque fazem 40 dias que eu operei e só meu marido trabalhando, só temos um carro, não tem como ele parar de trabalhar para ir lá levar. De ônibus, aquele terminal [municipal] me faz mal. Tem tudo isso, aí não tem como. Se saísse lá no bairro, porque sei que tem órgãos lá perto, agora esse aqui é complicado pegar três ônibus. Vou esperar mais um pouco [...] E assim, se for com a mesma que a gente já foi uma vez nem quero, porque não vi resultado. (Maria, avó da Adriana).

Com o relato de Maria, evidenciam-se os fatores condicionantes sobre o processo saúde-doença, mencionados anteriormente, e identifica-se que o cuidador precisa de apoio, sente-se cansado e limitado no manejo da doença, sem a cooperação da criança, mas, sobretudo, com limitado acesso aos serviços de saúde. A avó não consegue sozinha compreender que a criança não tem consciência da dimensão do problema crônico e que também sofre com a doença. Assim, percebe-se a necessidade de orientação e de acompanhamento para a avó, diante do complexo cotidiano que vivencia.

Vai ficar mais dois anos comigo, se eu aguentar, porque estou seriamente decidida em entregar ela para o conselho tutelar, porque não estou mais aguentando [...]. Já estou a um passo de ir

parar dentro de um hospício. Não estou vivendo, um inseto tem vida própria e eu não tenho, sou pior que um inseto, porque vivo a vida dela [...]. Se conseguir esperar até os 18 anos, que daí eu já cumpra a minha parte, quero ir embora para bem longe, não quero nem saber o que está acontecendo. (Maria, avó da Adriana).

Nota-se, uma vez mais, a desresponsabilização pelo cuidado, demonstrando fraco vínculo familiar, em que cobranças se sobrepõem à compreensão da condição vivida pela neta. Consequentemente, Adriana reage de forma negativa e agressiva, com reflexo no manejo da doença, uma vez que tem frequentes estados de hiperglicemia, burla o controle alimentar e aplicações de insulina.

Essa família aparenta viver naquilo que estudo²⁰⁽⁵⁰⁰⁾ denominou como o fenômeno da “*fragilização das funções parentais*”, o qual denuncia a existência de pais que não conseguiram se apropriar das mudanças ocorridas na atualidade, de modo equilibrado. Assim, não conseguem

[...] proporcionar uma educação não rígida, que dê maior espaço para a participação da criança na família, promovendo formas de relações mais compreensivas e próximas da mesma, ao mesmo tempo em que reconhecem que a criança em idade precoce precisa ser orientada, em termos de limites, e respeitada dentro de suas possibilidades e capacidades características.

As perturbações familiares podem resultar em sequelas emocionais severas, tanto para a criança quanto para o cuidador. O DMI e a família influenciam-se mutuamente, a condição altera a rotina e o relacionamento familiar, o que repercute diretamente no controle da doença. A avaliação clínica do nível intelectual do grupo familiar, estilo de tratamento do estresse e dados psicopatológicos devem ser consideradas para bom manejo da doença¹⁴.

As dificuldades do contexto familiar em que estão inseridas Adriana e Maria implicam

a adesão ao tratamento e o manejo da doença, contribuindo para elevados índices glicêmicos e influenciando em todo contexto de vida dessa criança. Dessa forma, pode afetar seu crescimento, desenvolvimento, rendimento escolar, comportamental e resultar em incapacidades físicas e mentais futuras, assim como acelerar o aparecimento das complicações tardias do DM1.

Todos esses fatores podem ser resultantes do tratamento prescritivo, com foco no biológico, desconsiderando fatores psicológicos e sociais que envolvem toda a problemática da doença e da família. A total transferência de saberes e responsabilidades para criança e família, sem relação mútua, de confiança e cooperação, ecoa em dificuldades ao manejar a doença e seguir orientações¹⁷.

Dificuldade da criança ante o DM1

A criança precisa ser protagonista de sua própria saúde, e os profissionais e as famílias devem atuar de maneira conjunta, empoderando a prática do autocuidado. Maria afirma que auxiliou no controle da alimentação da Adriana por muito tempo, mas agora acredita que esse cuidado não é mais necessário, pois a criança tem idade para realizar essa tarefa sozinha.

Fiz isso [controlar alimentar] muito tempo, mas ela não está mais com dois, têm 11 anos, tá na hora de saber este posso, este não posso, porque não é mais bebê, é uma adolescente. Não posso criar uma pessoa egoísta dentro de casa que tudo gira ao redor dela, vai chegar na casa de um parente ou amigo e obrigar todo mundo comer igual a ela, porque ficou com vontade? [...] tem que começar a se conscientizar, eu respeito os itens dela, ela tem que começar a respeitar os meus também. (Maria, avó da Adriana).

A transferência de cuidados para a criança parece ser uma forma de a avó minimizar sua responsabilidade com a neta. Não há compreensão de que todos os membros da família precisam se corresponsabilizar e apoiar a criança para que ela se adapte às condições

impostas pelo DM1, principalmente aquelas relacionadas com a alimentação.

O entendimento sobre o controle de si inicia-se por volta dos 4 anos de idade, evoluindo no decorrer do desenvolvimento infantil. Conforme suas experiências, a criança pode adquirir comportamentos autônomos entre os 8 e 11 anos. Conhecendo esse aspecto do desenvolvimento, essa independência deve ser estimulada nas crianças portadoras de DM1 com apoio dos familiares e da equipe de saúde, adaptando as necessidades à singularidade de cada criança, promovendo segurança nas situações de ausência do responsável, como na escola e nos momentos de lazer¹⁸.

A existência de sintomas dolorosos relacionados com alguns cuidados que a criança passa a assumir pode alterar o seu funcionamento físico e mental, provocar aborrecimentos e contribuir para que ela desconsidere esses importantes cuidados. Esses fatores potencializam o estresse entre os membros familiares e podem dificultar a transferência de responsabilidades¹⁵.

Maria sugere opções de tratamento para controlar o que ela e a neta não estão conseguindo sozinhas, como a fome excessiva da Adriana, em busca de soluções para que a criança não precise realizar tantas injeções.

Acho que deveria ter um remédio para controlar o cérebro, para mandar essa informação [que comeu e está satisfeita] [...] e também se os laboratórios ao invés de injetar, fazer pastilha [de insulina] que era bem mais fácil para eles [diabéticos]. (Maria, avó da Adriana).

Resultados similares apontaram que ao serem questionadas o que mudariam no tratamento dos filhos, mães relataram que retirariam ou diminuiriam a quantidade de medicamentos injetáveis¹⁸. Na vivência com o DM1, faz-se nítido o sentimento ambíguo entre as crianças em seguir o tratamento correto, mesmo este sendo doloroso e com muitas restrições, ou sofrer as consequências das complicações.

Além disso, Maria afirma que, por vezes, ela mesma realiza a aplicação da insulina diária, pois Adriana aplica uma quantidade maior de unidades da insulina para poder consumir mais doces:

Quando tenho doce em casa, eu aplico, porque daí tem 'neguinho' [referindo-se a Adriana] que por querer comer, vai lá e dá uma dose maior para poder comer o doce. (Maria, avó da Adriana).

Esse é um fator preocupante, pois, para consumir alimentos que desejam, mas não podem, as crianças fazem uso excessivo de insulina, situação também evidenciada no estudo de Leal¹⁵. Essa atitude também pode ser justificada pela necessidade de aceitação da criança ou adolescente no meio social¹⁴.

A discordância entre avó e neta vai além dos cuidados diários do DM1. Nas demais atividades cotidianas, também Adriana apresenta dificuldade em seguir as condutas idealizadas pela Maria.

Adriana é um caso à parte mesmo, não sei o que tem que ser feito, eu gostaria de descobrir [...]. Porque é tão preguiçosa, mas tão preguiçosa que meu Deus do céu, para tomar banho mando 50 vezes. Aí me irrita, passo a mão numa vara, daí ela vai, uma menina desse tamanho, e quando tiver do meu tamanho será que eu vou ter que andar com uma vara atrás dela, até o prato dela eu tenho que fazer, para lavar um prato para mim dentro de casa eu preciso ameaçar bater, do contrário, não vai [...]. (Maria, avó da Adriana).

A rotina intensiva para o adequado manejo do DM1 pode fazer com que a criança sinta raiva da doença e do tratamento, acarretando que ela deixe de realizar diversas atividades por estar saturada. A dificuldade da avó em compreender a doença para a criança e em impor-lhe limites necessários geram situações estressoras em seu convívio. A transição da infância para adolescência é uma fase associada a comportamentos impulsivos; e, em portadores de condições crônicas, há maior risco

de problemas como autoestima, depressão e ansiedade, com frequência duas vezes maior que em crianças saudáveis^{14,18}.

Adriana demonstrou estar ciente dos cuidados que devem ser realizados para bom manejo da doença e controle glicêmico, contudo, é evidente a negação dela acerca da doença e da necessidade de seguir esses cuidados.

Cegueira, amputação, vai parar internada. (Adriana, 11 anos, em resposta à questão Conhece os riscos de uma má alimentação?).

Ela não tem medo dessa doença, vê pessoa amputada, cega, essa semana nós fizemos uma consulta com o doutor, eu perguntei se tinha alguma complicação em subir a dosagem [da insulina], ele disse assim: 'Adriana, a cada dosagem que eu subo pra você, é como se eu estivesse enfiando uma faquinha no seu rim, no seu coração, você está morrendo aos poucos [...] ... Ela acha que o médico está mentindo, acha que pode acontecer com todo mundo, menos com ela. (Maria, avó da Adriana).

Devido à resistência da Adriana em seguir os cuidados com a doença, indiretamente a avó compartilha suas angústias e medos das complicações do DM1, no entanto, demonstra esses sentimentos de forma agressiva, tornando-se evidente que o binômio está em processo de adoecimento mútuo.

Não quero que isso aconteça [complicações], por isso que trago ela nas palestras, para que se conscientize bem, porque se acontecer, eu joga na cara de que você sabia, você estava avisada e pagou para ver, então fique sozinha. Posso ficar dormindo dentro de casa, eu não vou [ajudar] e não sinto pena, porque eu fiz a minha parte, se ela não quis fazer a dela. (Maria, avó da Adriana).

Complicações das doenças crônicas na infância geram prejuízo, em longo prazo, no crescimento e desenvolvimento infantil, assim como para sua vida adulta. O início precoce de desenvolvimento do DM1 aumenta o risco de surgimento

dessas complicações por estarem diretamente relacionadas com a duração do diabetes e com os frequentes quadros de hiperglicemia²¹. Crianças diabéticas necessitam de internação hospitalar quatro vezes mais que as saudáveis, portanto, além de onerar o serviço de saúde, há aumento do estresse psicológico da criança e da família com as constantes internações²².

Diante das possíveis complicações do DM1 em algum momento da vida da criança, a adesão adequada ao tratamento é fundamental. Para que isso ocorra, é preciso que os serviços de saúde disponham de estratégias capazes de deliberarem sob a magnitude desse problema, partindo das necessidades apresentadas pela família e pela criança.

Os desafios para os profissionais de saúde estão em integrar conhecimentos dos pais com seus conhecimentos, envolvendo tecnologias leves, mediante as relações estabelecidas nos encontros com os usuários, e leve-duras, em que os recursos intelectuais subsidiam o agir dos profissionais²³. Ademais, a implementação de atividades lúdicas para trabalhar a educação em saúde promove aproximação com a criança, aumenta a comunicação e atenua medos e ansios, criando vínculo e confiança, no qual as atividades do DM1 tornam-se mais compreensíveis²⁴.

Cada família é única, singular, assim, há necessidade de relação dialógica e empática entre elas e os profissionais de saúde para que se conheça o contexto que os envolve¹⁶. O sucesso no manejo dessas condições, portanto, está pautado na transformação do sistema de saúde fragmentado para sistema proativo, integrado, focado na pessoa, família e comunidade, mediante ações planejadas e promovidas por equipe multiprofissional e interdisciplinar. Ações que vão além do atendimento presencial, como a atenção compartilhada a grupo, contínua, por pares e a distância¹⁹.

Em nenhum momento, Maria citou o apoio dos serviços de saúde, tanto da APS quanto ambulatorial. Observa-se total isolamento do manejo do caso de Adriana, que fica sob a custódia da avó. Não há gestão de caso, a APS parece desconhecer o que se passa no interior

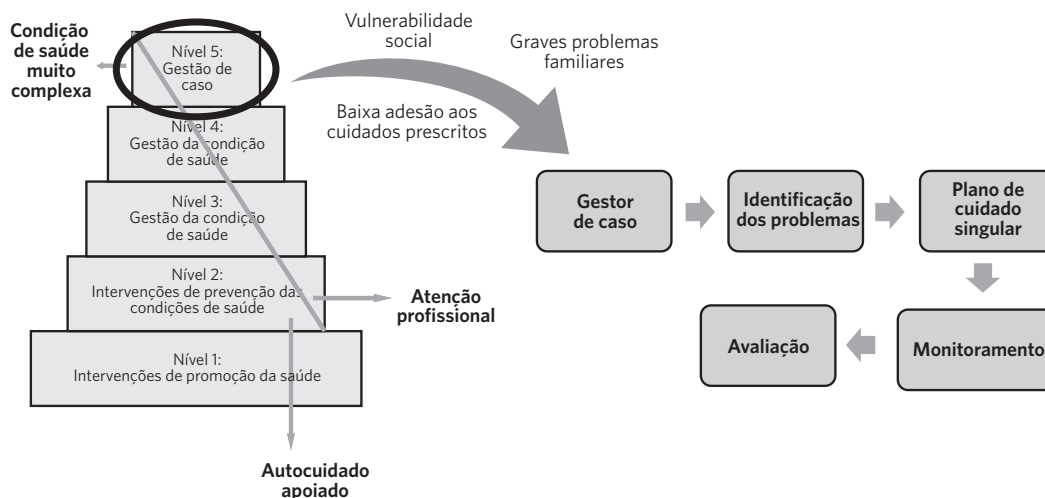
da família de Adriana e como isso repercute em seu tratamento. Evidencia-se aqui a fragilidade do serviço de APS no manejo da condição crônica de saúde, nesse caso da DM1 na infância. A conduta desta situação deveria ter o total amparo das equipes da APS, que, por meio da escuta qualificada, levantaria as reais necessidades dessa família e, em conjunto, proporia o manejo do DM1 pela gestão de casos, que são direcionados para essas situações crônicas de saúde muito complexas, como proposto por Mendes²⁵ na gestão da clínica.

A gestão do caso objetiva acompanhamento direcionado, trazendo como questão central a singularidade, o que permite a utilização de abordagens terapêuticas baseadas nas diferenças e peculiaridades de cada indivíduo, reconhecendo a dimensão individual e familiar e as relações conflituosas entre cuidadores e ser cuidado, devido à complexidade dos laços familiares, à sobrecarga de trabalho e às exigências do cuidado, aumentando sua qualidade e diminuindo a fragmentação da atenção à saúde^{19,26}.

Ocorre, então, a identificação do caso de condição de saúde muito complexa. É desenvolvido processo cooperativo entre o profissional de saúde gestor de caso, a pessoa portadora e sua rede de suporte (família, escola, entre outros), para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, pautadas nas necessidades da pessoa que promovam a atenção qualificada, humanizada, capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar a autonomia individual e familiar, de modo que os sujeitos tenham voz durante o processo de cuidado^{27,28}.

Para o melhor manejo da doença e sucesso terapêutico de Adriana, com objetivo de estimular a adesão ao plano de cuidado, de ajustar as necessidades de saúde da sua família aos serviços disponíveis, de melhorar a comunicação entre a família e os profissionais de saúde, de incrementar a capacidade de autocuidado e de melhorar a qualidade de vida da criança e da relação intrafamiliar, a gestão do caso foi esboçada na *figura 1*.

Figura 1. Gestão de caso



A definição da complexidade do caso da Adriana deu-se com base na vulnerabilidade social; nos graves problemas familiares e na baixa adesão aos cuidados prescritos. A definição do gestor do caso deve considerar a experiência do profissional na gestão de equipes de trabalho; a competência para identificação das necessidades físicas, psicológicas e sociais; a garantia de cuidado humanizado e de qualidade; estando presente, conhecendo a evolução do sujeito e instruindo sobre os cuidados a serem providos.

Para qualificar o atendimento às condições crônicas, portanto, emerge a construção do Projeto Terapêutico Singular, conjunto de propostas de condutas terapêuticas construídas a partir da corresponsabilização da equipe interdisciplinar com a criança e sua rede de suporte social, por meio do diagnóstico, da definição de metas, da divisão de responsabilidades e reavaliação das metas, desenvolvido em diferentes pontos de atenção^{28,29}. A identificação dos problemas é baseada por entrevista com a criança, familiares, amigos, membros da rede de suporte social e profissionais da APS, análise de capacidade de autocuidado, do ambiente familiar e domiciliar. Para elaboração do plano de cuidado singular, algumas perguntas deverão ser respondidas: o que necessita ser feito? Como fazer? Quem e quando proverá os serviços? Quando os objetivos serão alcançados?

O monitoramento e a avaliação visam evitar problemas potenciais com adoção de medidas preventivas, proveem contato humanizado com as crianças e as famílias, reduzem eventos adversos, o uso de serviços de urgência e emergência e os custos da atenção e aumentam a autonomia das pessoas e famílias.

Ao considerar os riscos e as vulnerabilidades, pode-se contribuir para o estabelecimento de prioridades, elucidação do plano terapêutico singular e coordenação pela APS das condições crônicas em seu território; de modo a definir a complexidade e os pontos de atenção adequados para manejo do caso, sob a gestão de um coordenador da APS, visando contribuir para melhor lidar com o diabetes na infância, reduzir os riscos de complicações agudas e crônicas e melhorar a qualidade de vida dessas crianças e de suas famílias.

Colaboradores

Hermes TSV, contribuição substancial para a concepção e o desenho do trabalho, para a análise e interpretação dos dados para o trabalho. Viera CS, contribuição substancial para a elaboração do trabalho, revisão crítica do conteúdo; e participação na aprovação final da versão a ser publicada. Rodrigues RM,

contribuição substancial para a elaboração do trabalho e revisão crítica do conteúdo. Toso BRGO, revisão crítica do conteúdo e participação na aprovação final da versão a

ser publicada. Fonseca LMM, revisão crítica do conteúdo e participação na aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

1. Santos SP, Oliveira LMB. Baixo peso ao nascer e sua relação com obesidade e síndrome metabólica na infância e adolescência. *R. Ci. med. Biol* [internet]. 2011 [acesso em 2017 nov 2]; 10(3):329-336. Disponível em: <http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/5723/1/5898-16360-1-PB%5B1%5D.pdf>.
2. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016). Sociedade Brasileira de Diabetes: São Paulo, 2016.
3. Prado SN, Jiménez EG, Lopéz LY, et al. Análisis de conocimientos, hábitos y destrezas en una población diabética infantil: Intervención de Enfermería. *Nutr Hosp* [internet]. 2014 [acesso em 2017 set 26]; 30(3):585-593. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v30n3/16originaloriginalsindromemetabolico04.pdf>.
4. Pelicand J, Fournier C, Le Rhun A, et al. Self-care support in paediatric patients with type 1 diabetes: bridging the gap between patient education and health promotion? A review. *Health Expect* [internet]. 2015 [acesso em 2017 nov 2]; 18(3):303-311. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hex.12041/epdf>.
5. Pennafort VPS, Queiroz MVO, Nascimento LC, et al. Rede e apoio social no cuidado familiar da criança com diabetes. *Rev. Bras. Enferm.* [internet]. 2016 [acesso em 2017 set 2]; 65(5):912-19. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/0034-7167-reben-69-05-0912.pdf>.
6. Cruz DSM, Collet N, Andrade EMC, et al. Vivência de mães de crianças diabéticas. *Esc Anna Nery* [internet]. 2017 [acesso em 2017 set 25]; 21(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170002.pdf>.
7. Mayberry LS, Osborn CY. Family Support, Medication Adherence, and Glycemic Control Among Adults With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*. 2012; 35:1239-1245.
8. Rintala TM, Jaatinen P, Paavilainen E, et al. Interrelation between adult persons with diabetes and their family: a systematic review of the literature. *J Fam Nurs*. 2013; 19:3-21.
9. Crowe S, Cresswell K, Robertson A, et al. The case study approach. *BMC med. res. methodol.* 2011; 11(100).

10. Milles R. Complexity, representation and practice: Case study as method and methodology. *Issues in Educational Research*. 2015; 25(3):309-18.
11. Barbour R. Grupos focais. Porto Alegre: Artmed; 2009.
12. Rocha PR, David HMSL. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2015; 49(1):129-135
13. Herzer M, Godiwala BS, Hommel KA, et al. Family Functioning in the Context of Pediatric Chronic Conditions *J Dev Behav Pediatr* [internet]. 2010 [acesso em 2018 maio 20]; 1(1):1-14. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2821736/pdf/nihms-166882.pdf>.
14. Lorenzo AB, Yzquierdo GCC, Gort NB, et al. Repercusión y tratamiento de los aspectos psicossociales de la diabetes mellitus tipo 1 en adolescentes. *Rev. Cubana Pediatr.* [internet]. 2015 [acesso em 2017 out 20]; 87(1). Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000100011.
15. Leal DT, Fialho FA, Dias IMAV, et al. A vivência dos familiares de crianças e adolescentes portadores de diabetes mellitus tipo 1. *Rev. eletrônica enferm* [internet]. 2012 [acesso em 2016 set 10]; 14(1):189-196. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a22.pdf.
16. Nobrega VM, Reichert APS, Silva KL, et al. Imposições e conflitos no cotidiano das famílias de crianças com doença crônica. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm* [internet]. 2012 [acesso em 2017 nov 3]; 16(4):781-788. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/20.pdf>.
17. Smith J, Cheater F, Beller H. Parents' experiences of living with a child with a long-term condition. *Health Expect* [internet]. 2013 [acesso em 2017 nov 08]; 18:452-474. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5060798/pdf/HEX-18-452.pdf>.
18. Correia Junior PCTC, Pereira SMPD, Almeida VCF, et al. Aprender as repercussões do diabetes mellitus em crianças sob a ótica das mães. *Rev. Rene*. [acesso em 2017 nov 8]; 60(9):60-69. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1368/pdf>.
19. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: OPAS; 2012.
20. Zanetti SAS, Gomes IC. A “fragilização das funções parentais” na família contemporânea: determinantes e consequências. *Temas psicol.* 2011 [acesso 2018 maio 12] 19(2): 491-502. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2011000200012&lng=pt&nrm=iso.
21. American Diabetes Association ADA. Standards of medical care in diabetes - 2015. *Diabetes Care*. 2015; 38(supl1):S1-S93.
22. Fazeli FS, Souverein PC, Van Der Vorst MM, et al. Chronic comorbidities in children with type 1 diabetes: a population-based cohort study. *Arch Dis Child*. 2015; 100(8):763-768.
23. Teixeira E, Medeiros HP. Tecnologias na literatura de enfermagem: do reconhecimento ao desenvolvimento. In: Nietzsche EA, Teixeira E, Medeiros HP. *Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a)?* Porto Alegre: Moriá; 2014. p. 57-73.
24. Queiroz MVO, Brito LMMC, Pennafort VPS, et al. Sensibilizando a criança com diabetes para o cuidado de si: Contribuição à prática educativa. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm* [internet]. 2016 abr-jun. [acesso em 2016 out 31]; 20(2):337-343.
25. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: OPAS; 2011.
26. Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Comuni-*

cação Saúde e Educação [internet]. 2011 [acesso em 2017 nov 12]; 15(37):589-99. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a21v15n37.pdf>.

27. Powell SK. Case management: a practical guide to success in managed care. Philadelphia: Lippincott Williams & Williams; 2000.
28. Oliveira RG. Qualificação de gestores do SUS. In: Graboys V. Gestão da atenção à saúde: Gestão do cuidado. Rio de Janeiro: EAD/Ensp; 2009.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.

Recebido em 30/07/2018

Aprovado em 09/11/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

A vigilância do território na atenção primária: contribuição do agente comunitário na continuidade do cuidado

Surveillance of the territory in health in primary care: the contribution of the Community Health Worker in the continuity of care

Lucas Alexandre Pedebos¹, Dayana Karla Rocha², Yaná Tomasi³

DOI: 10.1590/0103-1104201811912

RESUMO O presente estudo teve como objetivo identificar fragilidades no processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a percepção de importância dada por eles sobre as ações em vigilância do território para o trabalho da equipe de saúde, juntamente a um processo de sensibilização e capacitação dos ACS sobre a temática. Para tal, foi realizado cruzamento de dados de dois sistemas de informação (prontuário eletrônico e cadastro das famílias) e aplicação de questionário aos ACS, com posterior processo educativo junto a esses atores sobre a temática, a partir das fragilidades identificadas. Os resultados demonstram que os ACS apresentam consciência da importância do seu trabalho sobre o tema estudado, mas que as atribuições específicas da categoria não eram desempenhadas em sua plenitude, observação feita, principalmente, no cruzamento dos dados. O processo de sensibilização parece tê-los ajudado na identificação de fragilidades no processo de trabalho. Percebe-se, assim, que a vigilância do território parece estar presente no discurso dos ACS, mas a prática cotidiana evidencia fragilidades no seu processo de trabalho e na comunicação com o restante da equipe, agravadas pela existência de sistemas de informação desconexos.

PALAVRAS-CHAVE Vigilância em saúde pública. Estratégia Saúde da Família. Agente Comunitário de Saúde.

ABSTRACT *This study aimed to identify weaknesses in the work process of the Community Health Workers (CHW) and their perception of importance given by them to the actions in territorial surveillance for the work of the health team, together with a process of awareness and training of the CHW on the subject. For this purpose, a data cross-referencing of two information systems (electronic medical record and family register) was carried out and a questionnaire was applied to the CHW, with subsequent educational process with these actors on the theme, based on the fragilities identified. The results show that the CHW are aware of the importance of their work on the subject studied, but that the specific assignments of the category were not fulfilled in their fullness, an observation mainly done in the cross-referencing data. The sensitization process seems to have helped them to identify weaknesses in their work process. It is thus perceived that the territorial surveillance seems to be present in the discourse of the CHW, but the daily practice shows weaknesses in their work process and communication with the rest of the team, aggravated by the existence of disconnected information systems.*

KEYWORDS *Public health surveillance. Family Health Strategy. Community Health Worker.*

¹Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis - Florianópolis (SC), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6663-352X> lucas.enfermagem@gmail.com

²Secretaria Municipal de Saúde de Palhoça - Palhoça (SC), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7425-2660> daya_rocha90@hotmail.com

³Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6034-1497> yanatomasi@gmail.com

Introdução

Em 1987, no Ceará, ocorreu a primeira experiência de Agente Comunitário de Saúde (ACS) de forma estruturada, a fim de criar oportunidade de emprego para as mulheres da área da seca, bem como reduzir os níveis de mortalidade infantil. Oficializado como Programa de Agentes Comunitários em Saúde (Pacs), em 1991, também no Ceará, seria incorporado, posteriormente, ao Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, colocando o ACS como parte de uma equipe multiprofissional¹.

Porém, a relação entre esses dois programas – Pacs e PSF/Estratégia Saúde da Família (ESF) – não foi estabelecida inicialmente, de modo que por algum tempo funcionaram como programas paralelos². O trabalho que o ACS já executava foi parcialmente incorporado pelos demais membros da equipe, sendo incumbidas a esse profissional outras atribuições que as equipes de saúde supunham ser importantes. As atribuições a partir dessa incorporação só seriam estabelecidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006.

No ano de 2011, foi publicada a Portaria nº 2.488/11, alçando o PSF à ESF como iniciativa para a reorganização do modelo de distribuição e inter-relação dos serviços de saúde do País e colocando a ESF como modelo prioritário de organização da Atenção Primária à Saúde (APS)³. Por meio da ESF, buscou-se a expansão, a qualificação e a consolidação da APS com a reorientação do processo de trabalho para essa estratégia, com maior potencial de aprofundar os princípios, as diretrizes e os fundamentos de um sistema universal, bem como ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades através de suas equipes.

Por meio da atuação das Equipes de Saúde da Família (EqSF), de forma multiprofissional, o ACS tem função fundamental na medida em que realiza ações de prevenção de doenças e promoção de saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas². Ao analisar as potencialidades do ACS na APS, percebe-se ser ele um elo importante entre a equipe e

a comunidade, por poder contribuir para o acompanhamento das proposições de tratamento devido à forma facilitada com que transita no cotidiano sociofamiliar das pessoas⁴⁻⁶.

A APS, em muitos países, utiliza um modelo de adscrição populacional baseado em listas fechadas, estando as pessoas diretamente vinculadas às equipes de saúde – com liberdade de escolha da pessoa, normalmente⁷. No entanto, devido à importante situação de fragilidade social em que se encontra boa parte da população brasileira e à situação íntima que o processo saúde-doença possui com a sua dinâmica social, o modelo nacional optou por adscrever as equipes a um território. Assim, as equipes se tornam responsáveis pelas pessoas e suas famílias, ao mesmo tempo que conhecem as fragilidades e potencialidades do meio em que estão inseridas⁴.

Essa forma de organização da APS possui consonância no modelo de vigilância em saúde, a qual busca ampliar a concepção de saúde ao considerá-la resultante das condições de vida, não somente como ausência de doença, tendo como objeto de atenção a compreensão do sujeito e seu contexto de vida, passando pela garantia de ações integrais que visam a prevenir doenças e promover a saúde. Assim, torna-se imprescindível uma abordagem diferenciada dessa forma de intervenção, e cabe à ESF a integração e a organização das atividades em seu território adscrito, a fim de prestar uma atenção contínua e integral que possibilite o desenvolvimento de ações capazes de responder aos reais problemas da população^{4,8}.

No município de Florianópolis (SC), os ACS utilizam como ferramenta de registro de trabalho o Sistema de Cadastro de Família (CadFam), desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde com o objetivo de agregar informações sobre o cadastramento familiar e as visitas às famílias. Ainda, também desenvolvido por essa instituição, existe o programa InfoSaúde, que funciona como prontuário eletrônico, sendo alimentado pelos profissionais de nível superior e técnicos de enfermagem atuantes na rede de saúde municipal. Entretanto, cabe ressaltar

que esses dois Sistemas de Informação em Saúde (SIS) não são interligados e que são preenchidos por grupos diferentes de profissionais, facilitando a ocorrência de discrepâncias de dados entre ambos.

A observação de diferenças nos registros desses dois sistemas, encontradas no cotidiano da prática assistencial dos pesquisadores, levou ao questionamento dos motivos pelos quais esses problemas estariam acontecendo. Tais observações foram feitas em reuniões da EqSF a partir do acompanhamento de indivíduos (pacientes) específicos, mas, devido à recorrência dessas divergências, os pesquisadores formularam a hipótese de que esse problema poderia ser sistemático, principalmente ao saberem que os dois sistemas (CadFam e InfoSaúde) não possuem integração para compartilhamento dos dados. Dessa forma, os registros feitos pelo ACS para o indivíduo 'João da Silva' no CadFam não atualizam os registros para o mesmo indivíduo no InfoSaúde, levando ao risco de que ações realizadas pelo ACS não sejam percebidas pelo restante da equipe ao analisar o prontuário; ou de que as ações registradas no prontuário pelo médico ou enfermeiro não sejam direcionadoras das ações do ACS no território, na comunidade e no domicílio para o mesmo indivíduo. Assim, fica restrita à reunião de equipe o único momento de compartilhamento dessas informações, a qual pode não ser suficiente para a discussão de todos os casos devido ao elevado volume de trabalho.

No entanto, a desintegração dos sistemas seria suficiente para explicar essas diferenças, já que muitas divergências aconteciam entre pacientes de acompanhamento próximo e continuado, como portadores de doenças crônicas, gestantes e crianças? Ou haveria algum fator intrínseco ao trabalho dos ACS, como o não entendimento da importância desses elementos para a promoção de saúde na população? A vigilância do território estaria devidamente integrada ao processo de trabalho do ACS, sobretudo nos pacientes que mais exigem continuidade do cuidado? Tais questionamentos foram os principais motivadores que levaram

os pesquisadores a escolherem o tema do trabalho, o qual possui como objetivos a identificação dos principais elementos que levam a essas fragilidades no trabalho do ACS relativos à vigilância do território e à continuidade do cuidado, bem como à realização de atividades educativas com esse público que visassem à minimização dos problemas identificados. A proposição de melhorias do cenário assistencial, além de parte do compromisso do programa de residência multiprofissional no qual os pesquisadores estão inseridos, compõe um elemento do método escolhido para este trabalho.

Métodos

O presente trabalho foi desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) componente da rede de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SC). Essa UBS dispõe da atuação de 2 EqSF, sendo a pesquisa desenvolvida na equipe de saúde que conta com a atuação de residentes vinculados à Residência de Medicina de Família e Comunidade, da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF), e à Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da PMF e da Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc), sendo dois dos três pesquisadores integrantes de um desses programas.

Para alcançar os objetivos propostos e devido à inserção dos autores do trabalho na prática assistencial, optou-se pela Pesquisa do tipo Convergente Assistencial (PCA), que requer a participação ativa dos participantes e dos pesquisadores, sendo orientada para a resolução ou minimização de problemas na prática, realização de mudanças e/ou introdução de novas práticas de saúde⁹. Entende-se que esse método seja adequado tanto pela inserção dos pesquisadores diretamente na prática assistencial em saúde quanto pela identificação prévia de problemas que impactam negativamente na qualidade da assistência ao cidadão, emergidos a partir do relato dos profissionais das EqSF.

A PCA possui 5 fases distintas que contemplam desde a escolha do tema, a partir da observação da prática, até a síntese do processo em resultados. Elas foram definidas como: concepção (escolha do tema, objetivo de pesquisa e revisão de literatura), instrumentação (definição dos procedimentos metodológicos), perscrutação (coleta de dados pelas técnicas escolhidas), análise (leitura e apropriação dos dados coletados) e interpretação (geração de informação a partir da fase anterior e síntese)⁹. Todas essas etapas foram seguidas, ainda que, para efeito de fluidez do relato, tenha-se optado por não descrever individualmente as atividades de cada um desses momentos.

Os participantes da pesquisa foram os ACS (em número de quatro) atuantes na referida equipe pesquisada, os quais demonstraram aceitar participar desta pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após devida explicação dos objetivos, benefícios, potenciais riscos, direito à desistência e segurança das informações coletadas. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Udesc, através do parecer nº 1.730.126, e seguiu fielmente os preceitos da Resolução nº 466/2012.

A coleta de dados ocorreu de duas formas: 1) busca de registros unitária não identificada de pessoas de determinados grupos populacionais (hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças menores de 5 anos) nos sistemas CadFam e InfoSaúde referentes ao ano de 2016; 2) aplicação de formulário contendo questões sobre vigilância do território aos participantes da pesquisa, contendo seis questões, quais sejam: 1. Você faz vigilância do território? Se sim, cite exemplos; 2. Para você, qual a importância da vigilância do território?; 3. Cite fatores que facilitam o seu trabalho de vigilância do território; 4. Cite fatores que dificultam o seu trabalho de vigilância do território; 5. A Enfermeira da sua área pede para que você faça uma visita a um paciente de sua microárea, hipertenso, e que vem apresentando nas consultas dificuldade para aderir ao tratamento.

O que você faria nesse caso?; 6. O que você orientaria e observaria em uma visita de rotina a uma criança menor de 1 ano de idade? Esse mesmo questionário foi aplicado antes e após o processo de sensibilização e capacitação dos ACS sobre a temática. Adicionalmente, alguns questionamentos sobre os dados encontrados no cruzamento dos sistemas foram feitos aos ACS no momento de sensibilização e capacitação. Essa etapa ocorreu de agosto a dezembro de 2016.

O processo de capacitação emergiu como proposta dos profissionais da equipe, incluindo os ACS, em discussão com os pesquisadores como ferramenta para melhor uso dos dados levantados. Além disso, sugeriu-se, também, a comparação das listagens de pacientes nos dois sistemas, com verificação caso-a-caso junto aos profissionais da equipe para melhor entendimento de onde estariam os problemas.

A análise dos dados ocorreu de duas maneiras distintas: 1) os dados coletados através do CadFam e do InfoSaúde foram cruzados utilizando o programa Microsoft Excel 2007 e métodos adicionais de *linkage*, para verificar as similaridades das listas de pessoas registradas pelos ACS com aquelas atendidas pela EqSF; 2) as respostas dos formulários foram avaliadas a partir da comparação das respostas nos dois momentos de aplicação, somando-se às anotações dos relatos dos participantes durante o momento de sensibilização e capacitação. Tal etapa ocorreu entre os meses de outubro de 2016 e janeiro de 2017.

Resultados e discussão

Os números encontrados na comparação entre os Sistemas CadFam e InfoSaúde (*tabela 1*) demonstram diferenças importantes entre os registros dos grupos populacionais selecionados quando comparados os registros dos ACS (CadFam) com os dos demais membros da equipe (InfoSaúde – atendidos pela EqSF). No caso das crianças, cadastradas em maior número no CadFam, é possível que não estejam

sendo retiradas deste sistema quando completam 5 anos de idade (função não realizada automaticamente pelo sistema, mesmo que a idade tenha ultrapassado os 5 anos) ou que apenas 79 crianças estejam sendo acompanhadas pela EqSF. Quanto às gestantes, apenas 9 estariam em acompanhamento pela EqSF, mas é importante verificar se o cadastro no

CadFam está sendo mantido mesmo após o nascimento do bebê ou se apenas 19 gestantes estavam realizando pré-natal. Entretanto, os ACS afirmaram durante a atividade educativa que conhecem as gestantes das suas microáreas e que estão sempre atentos em reforçar as datas das consultas de pré-natal.

Tabela 1. Número de pessoas em determinados grupos populacionais presentes nos sistemas InfoSaúde e CadFam na UBS em estudo, Florianópolis (SC), 2016

| | InfoSaúde | CadFam | Ambos (intersecção entre InfoSaúde e CadFam) |
|-----------|-----------|--------|--|
| Crianças | 136 | 216 | 79 |
| Gestantes | 19 | 61 | 10 |
| HAS e DM | 295 | 158 | 44 |

Fonte: Elaboração própria.

Entre os portadores de hipertensão e diabetes, também há importante diferença, havendo grande número de pessoas atendidas pela EqSF que não são devidamente acompanhadas no domicílio. As pessoas existentes no CadFam que não aparecem no InfoSaúde podem tanto ser portadoras das referidas enfermidades que não realizam acompanhamento na UBS (usuários do sistema privado, por exemplo) quanto pessoas que mudaram seus endereços, mas não foram descadastradas do território. No entanto, a justificativa dada pelos ACS para as 251 pessoas que acompanham com a EqSF, mas não estão registradas no CadFam, foi vaga, normalmente semelhante a ‘todos os hipertensos e diabéticos são acompanhados’.

A gente acompanha todo mundo da nossa área. [...] Tudo é passado na reunião de equipe pra [cita o nome da enfermeira da equipe] e pro [cita o nome do médico da equipe]. (ACS 1).

Na aplicação dos formulários junto à sensibilização e à capacitação, os ACS participantes da pesquisa demonstraram reconhecer a

importância do seu trabalho de vigilância do território para o planejamento das ações de sua respectiva equipe e, conseqüentemente, para a comunidade, compreendendo que seu trabalho não se resume a identificar problemas no território, mas, também, orientar a população para a prevenção de doenças. Ainda, apresentaram conhecimento mínimo quanto aos sistemas utilizados (InfoSaúde e CadFam), reconhecendo que mesmo aqueles que não são preenchidos por eles dependem de seu papel na vigilância do território.

Na análise dos formulários aplicados antes da atividade educativa, é identificável a percepção dos ACS sobre a temática quando descreveram, por exemplo, suas condutas nas visitas domiciliares às crianças menores de cinco anos, com a ideia de observar se as vacinas estão sendo feitas e se os pais estão levando os filhos às consultas periódicas.

“Ver vacinas se estão em dia, peso, se está sendo amamentada, consultas mensais em dia, pediatra, enfermeira ou médico” (ACS 3).

Entretanto, em suas falas, não demonstraram lembrar-se das orientações quanto à saúde

bucal, nem mesmo da importância da amamentação para o desenvolvimento orofacial e da higiene bucal dos bebês. Mesmo as orientações sobre a higiene de prótese em adultos foram falhas, ainda que, nos anos de 2015-2016 todos os profissionais da UBS estudada tenham participado de atividades de educação continuada sobre saúde bucal, inclusive cuidados para prevenção do câncer bucal, dadas as características epidemiológicas da comunidade local. Aliás, como constataram Santos et al.¹⁰ em sua pesquisa, a saúde bucal parece não ser um tema para o qual normalmente os ACS recebem capacitação, sendo reservadas apenas orientações restritas para gestantes e bebês. Isso deixa clara a importância da interação de toda a equipe e a realização de atividades de educação permanente para alcançar, da melhor forma possível, atividades de impacto na educação em saúde e vigilância do território.

Os ACS demonstraram, durante a atividade educativa e no preenchimento do formulário (nos dois momentos), que sabem orientar as gestantes quanto aos cuidados básicos durante o pré-natal, acerca dos sinais de alerta na gestação, reforçando a importância do acompanhamento pré-natal. A partir das discussões com a equipe sobre essa temática, formulou-se a hipótese de que as diferenças encontradas nos números de gestantes entre os dois pode se dar pela não remoção do cadastro de gestantes pelos ACS no CadFam, e/ou por haver gestantes que realmente não procuram a UBS; e, se realmente as gestantes não estão comparecendo às consultas, cabe também aos ACS junto à EqSF realizar busca ativa dessas mulheres para a prestação de uma assistência pré-natal adequada.

A gente fala da bolsa [amniótica], das contrações. Até porque aqui todo mundo é mãe, então sabe bem como é, também, além do que a gente aprendeu nos cursos. (ACS 4).

Os ACS citaram que, quando conseguem construir uma relação de vínculo com a comunidade, podem adquirir mais informações

e orientar melhor os indivíduos, permitindo que até mesmo os casos mais complexos possam ser relatados a eles e conduzidos à EqSF. Entretanto, adentrar a intimidade de uma família não é tarefa fácil, devendo ser feito com cuidado, buscando respeitar seu formato, suas crenças e seus anseios; e perceber o contexto geral de cada família, habilidade que permite ampliar o olhar para as estratégias a serem adotadas para abordagem das necessidades de cada família, parte integrante da vigilância do território. Ainda que deva agir como facilitador de acesso para os casos nos quais forem identificados critérios prioritários, há de se tomar cuidado para que o ACS não seja visto pela comunidade como alguém que ‘barganha’ vagas – situação comum, por ser o ACS normalmente morador da mesma comunidade –, o que é minimizado quando a equipe consegue ofertar acesso facilitado¹¹⁻¹³.

Desde que começou [o acolhimento], ficou mais fácil, porque quando era marcado, antes, as pessoas não conseguiam consulta e, daí, ficaram pedindo pra gente. Agora a gente só marca com a [cita o nome da enfermeira] quando é caso grave [referindo-se a casos sem acompanhamento, não necessariamente com gravidade]. O resto, as pessoas conseguem vir e ser atendidas. (ACS 3).

Quando questionados sobre o reconhecimento da importância da visita domiciliar, percebe-se a compreensão do seu valor, tanto para a coleta de dados quanto para conhecimento da sua localidade; para a equipe, contribui fornecendo informações que auxiliam no planejamento das ações em saúde e no conhecimento das demandas da comunidade; já para os usuários, leva informações do centro de saúde e vice-versa, bem como realiza o trabalho de orientação, promoção e prevenção em saúde.

A partir da análise dos questionários aplicados, observam-se respostas mais elaboradas na primeira etapa. Após o momento de atividade educativa, as respostas foram mais sucintas, mas com o mesmo conteúdo, demonstrando pouca ou nenhuma mudança

no posicionamento. Apesar disso, os ACS participaram ativamente da sensibilização e da capacitação, mostrando-se engajados nas atividades, expondo suas dúvidas e opiniões; isso deixa claro que os participantes tinham noção do tema abordado e estavam interessados em ser fiéis nas suas respostas, apenas procurando finalizar a atividade o mais brevemente possível.

Na primeira pergunta do questionário – Você faz vigilância do território? Se sim, cite exemplos –, optou-se pela lógica dos exemplos para abordar o conhecimento dos participantes quanto à vigilância do território, em vez de perguntar o conceito de vigilância do território, visto que se entendeu como mais fácil para a compreensão dos participantes, sendo que, por consequência, traria respostas mais fidedignas aos pesquisadores. Quando questionados sobre os fatores dificultadores para esse tipo de atividade, os ACS relataram a dificuldade de discutir alguns casos e, por vezes, a demora por parte da equipe para apresentar proposta de abordagem para os casos questionados. Citaram, ainda, que os portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *Mellitus* (DM) também lhes trazem dificuldades, visto que muitos não admitem ter a doença ou preferem não aderir ao tratamento médico. Os ACS informaram que há alguns casos em que os usuários são conhecidamente portadores dessas enfermidades (casos estes discutidos em reunião de equipe, inclusive), mas na visita domiciliar ocorre de negarem a existência de tal problema ou dizerem que já estão ‘curados’ da doença.

Esse tipo de situação pode sugerir que a abordagem da equipe de saúde, incluindo o ACS, pode não estar sendo adequada ao caso, tanto no aspecto biomédico da doença (no tocante ao seu desenvolvimento, ligado a hábitos de vida, à característica da cronicidade da doença e à importância do tratamento para minimização de problemas em consequência da HAS e DM, alguns destes fatais ou incapacitantes) como em outros aspectos individuais e coletivos vinculados à visão que a pessoa

tem sobre o desenvolvimento da doença, ao contexto sociocultural no qual está inserida e mesmo à percepção que se tem sobre doenças assintomáticas – muitas vezes não entendidas como doença pelo usuário^{14,15}.

Ainda, a justificativa dada pelos ACS expõe um problema de comunicação importante entre estes e o restante da equipe, já que não deveria haver listagens de usuários diferentes entre eles, o que só acontece por não haver compartilhamento efetivo de informações. A desvinculação dos sistemas de informação certamente é um problema importante nesse processo, já que as ferramentas informatizadas disponíveis não permitem o uso destas como facilitadoras de comunicação, por meio das quais poderia ser feito o direcionamento de condutas e priorização dos casos a serem abordados. Assim, o ACS fica com o trabalho de agente integrador entre a comunidade e o restante da equipe bastante prejudicado¹⁶.

Por outro lado, quando questionados quanto aos pontos facilitadores, apesar do destaque relacionado à demora da equipe em dar retorno às demandas trazidas por eles, as decisões tomadas lhes são satisfatórias. A colaboração dos moradores se faz de extrema importância para que os ACS possam coletar informações e auxiliar os pacientes, e faz com que a equipe se organize para o atendimento desses indivíduos; de toda forma, a equipe também deve ser acolhedora das demandas dos agentes comunitários, com respostas mais rápidas para os casos transmitidos. Portanto, o trabalho dos ACS junto à equipe e aos moradores pode facilitar o processo de trabalho e trazer vantagens na organização do sistema para atendimento da comunidade, como corroboram os achados de outros artigos^{5,16,17}.

Ponto relevante citado pelos ACS durante a atividade educativa foi de que gostariam de contribuir mais para o processo de trabalho, visto que poderiam auxiliar no controle dos hipertensos, já que sabem aferir PA (Pressão Arterial), atividade poucas vezes realizada na frequência orientada pela equipe pela impossibilidade de o hipertenso fazê-lo. Entretanto,

tal prática não consta como atividade atribuída ao ACS, tanto na Carteira de Serviços de Florianópolis quanto na PNAB^{2,18}.

A gente sabe ver pressão. [...] eu acho que é importante porque a gente já está lá na casa da pessoa, daí já mede. Mas eu sei que não pode ficar chacoalhando o aparelho na rua porque estraga ele. (ACS 2).

Ainda, lembraram que, por conta do déficit de servidores técnicos administrativos, os ACS têm realizado atividades como ligação para informar o agendamento de consultas em especialidades e serviços na recepção por meio de escala, mesmo que essas atividades também não constem nos referidos documentos como sendo de sua responsabilidade. Ainda que o fato de o ACS trabalhar dentro da unidade não descaracterize completamente seu papel, uma vez que possa haver conciliação das suas atividades específicas com esse ambiente de saúde, como o registro de novos cadastros e acolhimento inicial ao usuário, diminui-se o tempo disponível para boa parte do processo de vigilância de território, que só pode ser feito na comunidade.

Porém, vale destacar que os dados obtidos nos sistemas de informação foram correspondentes a um ano, o que descarta a possibilidade de ser essa a explicação para a grande diferença encontrada entre os registros dos ACS e o restante da equipe. Não que no período de um ano não seja possível que o ACS realize as visitas domiciliares, preencha o CadFam e ainda atualize o sistema à medida que as mudanças ocorrem no território de atuação, mesmo que com algum atraso, já que os grupos populacionais utilizados no levante para comparação entre os sistemas não estão em situações que

mudam rapidamente (gestantes, crianças e doenças crônicas).

Em estudo realizado na cidade de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, observa-se que a realidade de questionamento das atribuições profissionais não se restringe apenas ao município de Florianópolis. Na ocasião, agentes comunitários de saúde revelaram já ter vivenciado crise de identidade profissional, uma vez que, muitas vezes, esses trabalhadores realizam atividades que não fazem parte de suas atribuições por conta da escassez de outros profissionais; com isso, sentem-se sobrecarregados e veem seu tempo disponível diminuir para a realização de suas tarefas¹⁹. Outro estudo realizado por Almeida et al.²⁰, em Minas Gerais, mostrou que a problemática acerca dos desvios de atividades e da dificuldade de comunicação com a equipe parece ser algo que ocorre em várias partes do território nacional, tendo essas respostas aparecido nos questionamentos diretos aos ACS, inclusive como motivo para a sensação de sobrecarga de trabalho.

Outro fator a ser considerado nessa diferença de informações (ainda que não tenha sido dito pelos ACS) é que, segundo os últimos dados disponíveis para a população da área de abrangência da UBS estudada – a partir do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2010, com projeção de renda e idade para 2012 –, a maior parte da população se encontra em idade economicamente ativa e com rendimento mensal entre 1/2 e 3 salários mínimos (*tabela 2*)²¹. Desta forma, supõe-se que essa população tenha trabalho formal (ou pelos menos regular) e em período integral, o que dificulta o trabalho dos ACS, a consequente vigilância do território e também prejudica a disponibilização de números atuais nos SIS.

Tabela 2. População da área da UBS em estudo com idade maior ou igual a 10 anos, segundo rendimento mensal em salários mínimos, ano 2012

| Microárea | Até ½ | De ½ a 1 | De 1 a 2 | De 2 a 3 | De 3 a 5 |
|--------------|-----------|------------|------------|------------|------------|
| 44001 | 2 | 77 | 93 | 39 | 21 |
| 44002 | 5 | 48 | 143 | 56 | 43 |
| 44003 | 7 | 55 | 115 | 35 | 25 |
| 44004 | 6 | 100 | 208 | 110 | 87 |
| 44005 | 4 | 61 | 128 | 68 | 53 |
| 44006 | 4 | 40 | 119 | 46 | 36 |
| Total | 28 | 381 | 806 | 354 | 265 |

Fonte: IBGE, Florianópolis, 2012¹¹ (projeção a partir do censo de 2010).

Estudos internacionais mostram que a vigilância em saúde é uma atividade importante, com melhores resultados de saúde devido à atuação do ACS. No Quênia, estudo avaliou as mortes neonatais e concluiu que, após treinamento de ACS para prestar esse atendimento, identificaram-se reduções na mortalidade. O ACS avalia os recém-nascidos para detectar sinais de doença grave durante a primeira semana de vida e referência as crianças doentes para uma unidade de saúde. Ainda segundo o estudo citado, no Reino Unido, há contribuição potencial de ACS para melhorar os resultados de saúde na atenção primária²². Logo, a atuação do ACS se faz importante para o desenvolvimento do indivíduo desde o seu nascimento, propiciando que a equipe tenha acesso aos casos que demandam mais atenção para acolher e acompanhar da melhor maneira. No entanto, a forma de atuação desse profissional deve considerar o meio no qual ele está inserido e a capacidade de atendimento das equipes de saúde do território, sendo difícil entender que uma fórmula única de atuação para todo o País seja o mais adequado – ainda que com uma linha condutora geral –, uma vez que as realidades locais são muito variadas²³.

A partir da vigilância do território realizada pelos ACS, a equipe toma consciência da sua

população adscrita, facilitando as abordagens e o planejamento das atividades e rotinas da unidade, além de realizar a educação em saúde da população e de poder agir de maneira preventiva aos problemas. Considera-se, ainda, que o processo de trabalho dos ACS se torna mais prazeroso para esses profissionais quando eles observam o progresso da qualidade do atendimento à população. No entanto, nos parece que uma das questões para que isso aconteça é que os instrumentos de trabalho desse profissional, aqui com foco nos sistemas de informação, possam ser devidamente atualizados e integrados, possibilitando que as observações feitas pelos ACS sejam mais facilmente comunicadas ao restante da equipe, evitando que o preenchimento de um sistema seja feito por mera formalidade. A integração e a efetiva troca de informações entre o ACS e o restante da equipe oferece, além de melhores intervenções para a saúde da população, maior motivação e percepção de qualidade do processo de trabalho desse profissional^{5,24}.

Sabendo de tal importância, deve-se atentar para que os ACS não sejam excluídos da centralidade dos programas de capacitação e educação em saúde, para melhor desenvolvimento das suas habilidades e potencialidades para com a comunidade e a ESF²⁵.

Conclusões

Por meio deste estudo, buscou-se compreender os motivos que tornaram evidente a diferença de dados nos sistemas de informação pesquisados a partir da fala e da escrita dos agentes comunitários de saúde, propondo ferramentas para enfrentamento dessa problemática em conjunto com a equipe de saúde. Logo, identificou-se que a existência de duas bases diferentes prejudica a vigilância desses casos, evidenciando que os profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos possuem mais informações da área que os ACS.

A falta de profissionais técnicos administrativos leva à redistribuição das atividades e faz com que os ACS não fiquem dedicados em tempo integral à vigilância do território. Mas seria essa a principal justificativa para tanta diferença nos dados encontrados? Infere-se que não, já que os agentes trabalham nas atividades internas da UBS em regime de escala, mas em menor proporção de tempo – 1 para 5 –, e as diferenças entre os sistemas são significativas para serem explicadas apenas por isso.

Cabe lembrar que esses profissionais realizam treinamento antes de iniciar seu trabalho na UBS e que a equipe busca realizar capacitações junto aos ACS de maneira continuada, mesmo cientes de que devem acontecer com mais frequência. Ainda, participam das reuniões de equipe semanais e mensais da UBS, estando sempre em contato com as demandas da EqSF. Com isso, não é possível justificar essa discrepância de dados pela ausência da equipe.

Cabe aos enfermeiros, enquanto supervisores dos ACS nas equipes, observar a execução das atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários de sua respectiva área e, junto aos demais profissionais médicos e cirurgiões-dentistas, contribuir para a identificação dos usuários que não comparecem às consultas ou que merecem mais atenção da equipe (situações prioritárias).

Sabendo que os ACS parecem estar cientes

da importância do seu trabalho – identificado na aplicação dos questionários e discussões – e que há tempo suficiente para a sua realização, como deve proceder a equipe para minimizar essa diferença de dados e melhorar o planejamento de ações? O desenvolvimento do trabalho sugeriu como atividade possível que a EqSF auxilie mais os ACS durante as reuniões semanais na conferência da lista dos indivíduos em comparação com aqueles acompanhados na UBS, ou, ainda, que ajude na atualização do sistema CadFam dos dados coletados na área de abrangência, entendendo que tal atualização confere mais qualidade aos cuidados prestados à comunidade, principalmente para as pessoas que mais precisam de cuidado continuado.

Percebe-se que os ACS têm dificuldade de entender os motivos das diferenças entre os dados, limitando-se a tentar defender-se, na maior parte do tempo, e justificando que todas as pessoas são acompanhadas, ainda que relatem a carga horária administrativa como um dificultador. O restante da equipe, por outro lado, não se manifesta na concordância ou discordância dessa explicação. Mas fica evidente a todos, incluindo os pesquisadores, que a desintegração das bases de dados dificulta imensamente a integração do trabalho dessas duas partes, fato que poderia ser resolvido com a adoção de sistemas mais adequados ao processo de vigilância do território e da ESF como um todo. No entanto, tal medida não compete à EqSF, ficando fora das intervenções possíveis no escopo deste trabalho.

Colaboradores

Todos os autores do manuscrito contribuíram substancialmente com a concepção e planejamento do trabalho, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

- Tomaz J. O agente comunitário de saúde não deve ser um 'super-herói'. *Comunic. Saúde Educ.* 2002; 6(10):75-94.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União.* 22 Out 2011.
- Escorel S, Giovanella L, Mendonça M, et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo de atenção básica no Brasil. *Rev. Panam Salud Publica.* 2007; 21(2):164-176.
- Fernandes J, Carrapato L, Rose E, et al. Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho. *Saúde Soc.* 2018; 27(2):518-530.
- Araújo MRN, Assunção RS. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. *Rev. Bras Enferm.* 2014; 57(1):19-25.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly.* 2005; 83(3):457-502.
- Oliveira C, Casanova A. Vigilância da Saúde no Espaço de Práticas da Atenção Básica. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009; 14(3):929-936.
- Trentini M, Paim L. Pesquisa Covnergente Assistencial. 2. ed. Florianópolis: Insular; 2004.
- Santos KT, Saliba NA, Moimaz SAS, et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(supl1):1023-1028.
- Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático do agente comunitário de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
- Ellen N, Silva M, Leonette D. Atividades dos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família : revisão integrativa da literatura. *Saúde transform. soc.* 2014; (84):16-21.
- Alonso CMC, Béguin PD, Duarte FJDCM. Work of community health agents in the Family Health Strategy: meta-synthesis. *Rev. Saúde Pública.* 2018; 52:14.
- Leão e Silva LO, Dias CA, Rodrigues SM, et al. Hipertensão Arterial Sistêmica: Representações Sociais de idosos sobre a doença e seu tratamento. *Cad. Saúde Coletiva.* 2013; 21(2):121-128.
- Pierin AMG, Silva SSBE, Colósimo FC, et al. Chronic and asymptomatic diseases influence the control of hypertension treatment in primary care. *Rev. da Esc. Enferm.* 2016; 50(5):763-770.
- Cardoso AS, Nascimento MC. Comunicação no Programa Saúde da Família : o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010; 15(supl1):1509-1520.
- Peres CRFB, Junior ALC, Silva RF, et al. O Agente Comunitário de Saúde frente ao processo de trabalho em equipe: Facilidades e dificuldades. *Rev. da Esc. Enferm.* 2011; 45(4):905-911.
- Brasil. Carteira de Serviços da Atenção Primária de Florianópolis. [internet]. Prefeitura Florianópolis. [acesso em 2018 nov 19]; 2014. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0BxvFvjfrIbyweV1IYUtpMWRZZHM/edit?usp=sharing>.
- Peserico A, Colomé J, Speroni K, et al. Atuação dos agentes comunitários de saúde na estratégia de saúde da família: percepções dos trabalhadores. *Rev. enferm UFSM.* 2014; 4(3):488-497.
- Cristina M, Almeida S, Campos P, et al. Cargas de

- trabalho e processo de desgaste em Agentes Comunitários de Saúde. *Rev. Esc. Enferm USP*. 2016; 50(11):95-103.
21. Brasil. Prefeitura Municipal de Florianópolis. População 2012 por rendimento e raça [internet]. [acesso em 2018 nov 19] 2012. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades_saude/populacao/2012r/uls_2012_index.php.
22. Costa S, Araújo F, Martins L, et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2013; 18(7):2147-2156.
23. Souza MF. O agente comunitário de saúde: Uma análise dos artigos produzidos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil [monografia] [internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2009. 82 p.
- [acesso em 2018 nov 19]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/126442>.
24. Cordeiro L, Soares CB. Processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde: pesquisa-ação com Agentes Comunitários de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2015; 20(11):3581-3588.
25. Pinto AAM, Fracolli LA. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. *Rev. Eletrônica Enferm*. 2010; 12(4):766-769.

Recebido em 27/07/2018

Aprovado em 10/07/2018

Conflito de interesses: não houve

Suporte Financeiro: inexistente

Fatores associados à prática de atividade física entre trabalhadores brasileiros

Factors associated to the practice of physical activity by Brazilian workers

Ana Marcia Rodrigues da Silva¹, Sérgio Valverde Marques dos Santos², Carlos Henrique de Freitas Lima³, Debora Juliene Pereira Lima⁴, Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi⁵

DOI: 10.1590/0103-1104201811913

RESUMO Avaliaram-se os fatores associados à prática de atividade física de trabalhadores brasileiros. Trata-se de estudo descritivo, analítico, transversal, quantitativo, realizado com 82.019.207 trabalhadores por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2015. Para verificar a associação da prática de atividade física dos trabalhadores, estimou-se a Odds Ratio (OR) com $p < 0,05$ por meio de modelo de regressão logística com Intervalo de Confiança (IC) de 95%. Verificou-se que somente 31,7% dos trabalhadores praticavam atividade física. A possibilidade de praticar diminuiu com o aumento da idade, principalmente para aqueles do sexo masculino entre 46 e 55 anos (OR 0,626, IC 0,565-0,693), bem como para as trabalhadoras que possuíam filhos menores de 14 anos (OR 0,569, IC 0,474-0,682) e com elevada carga horária laboral. Do trabalho informal para o formal, ocorreu aumento da prática em 17,9%. Tanto a elevação da escolaridade como a salarial aumentaram essa chance em, respectivamente, 5,719 para aqueles com quinze anos ou mais de estudo e em 2,365 para aqueles que auferem renda entre doze e quinze salários mínimos. Por fim, os militares possuíam maior chance de praticar atividade física (OR 5,586, IC 3,572-8,736).

PALAVRAS-CHAVE Saúde do trabalhador. Atividade física. Saúde pública. Trabalho.

ABSTRACT *The factors associated with the practice of physical activity among Brazilian workers were evaluated. It is a descriptive, analytical, cross-sectional, quantitative study conducted with 82,019,207 workers by means of the National Survey by Household Sample of 2015. So to verify the association of physical activity practice among workers, Odds Ratio (OR) was estimated at $p < 0.05$ by means of a logistic regression model with a 95% Confidence Interval (CI). It was noted that only 31.7% of the workers practiced physical activity. The practicing probability decreased with age increasing, especially for males between 46 and 55 years old (OR 0.626, CI 0.565-0.693), as well as for female workers with children under 14 years old (OR 0.569, CI 0.474-0.682) facing high working hours. The practice of formal workers is 17.9% higher than among informal workers. Also, the increase in schooling as in salaries raised the chance by, respectively, 5.719 for those with 15 years or more of study and by 2.365 for those between 12 and 15 minimum salaries of income. Finally, the military personnel enjoyed a greater chance of practicing physical activity (OR 5.586, IC 3.572-8.736).*

KEY WORDS Occupational health. Exercise. Public health. Work.

¹Universidade Federal de Alfenas (Unifal) - Varginha (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0892-4841>
anamarcia Rodrigues@gmail.com

²Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem - Ribeirão Preto (SP), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9412-9515>
sergiovalverdemarques@hotmail.com

³Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem - Ribeirão Preto (SP), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0358-3740>
carloshdf@gmail.com

⁴Universidade Federal de Alfenas (Unifal) - Varginha (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0358-4980>
deborajplima@gmail.com

⁵Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem - Ribeirão Preto (SP), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2364-5787>
avmlccr@eerp.usp.br



Introdução

Com as mudanças no perfil epidemiológico mundial, as causas de morte de caráter infectocontagioso cederam espaço para um elevado índice de mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), totalizando 38 milhões de óbitos em 2012¹. No Brasil, segundo os dados da Global Burden of Disease Study, as DCNT foram responsáveis por 75% das mortes em 2015². Entre os fatores que as desencadeiam, está a inatividade física³. Neste contexto, a prática regular de exercícios torna-se um instrumento importante para a promoção da saúde e a prevenção das DCNT^{4,5}.

Todo movimento corporal realizado pelos músculos esqueléticos que seja capaz de gerar gasto de energia acima do estado de repouso com o objetivo de aperfeiçoar ou manter as condições de aptidão física é considerado atividade física. Quando tal atividade é competitiva e institucionalizada, pode ser caracterizada como esporte, devendo atender a regras e a aspectos técnicos⁶. Entre adultos, a recomendação global para a prática de atividade física é de, pelo menos, 150 minutos semanais de atividade leve ou moderada ou, no mínimo, 75 minutos quando é intensa⁵.

A inatividade física tornou-se um fator de risco para a mortalidade em nível mundial. Estimativas preveem que 31% da população mundial não seguem as recomendações para tal prática⁸. Nesse sentido, a inatividade tem sido responsável por mais de cinco milhões de mortes no mundo todos os anos⁴.

Essa inatividade é frequentemente justificada em razão das transformações no mundo do trabalho, pelas longas jornadas laborais, pelas transformações tecnológicas e pelo lazer hipocinético⁹. É fato que o mundo do trabalho sofreu transformações estruturais, principalmente, com os avanços tecnológicos que, embora tenham produzido benefícios para a população, têm causado a redução da qualidade de vida e da saúde dos trabalhadores. Tal fato é decorrente das modificações do mundo globalizado¹⁰.

Importante de se destacar com essas mudanças é que o trabalho tende a ocupar muito tempo do trabalhador, podendo diminuir seu convívio social, lazer e cuidados com a saúde, o que o torna vulnerável à exaustão, ao adoecimento ocupacional e à inatividade física¹¹.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu a meta global para redução de 10% nos níveis de inatividade física da população em geral, tendo em vista o enfrentamento das DCNT. Por isso, o Brasil adotou metas semelhantes contra essas enfermidades para o período 2011-2022, o que torna imprescindível o monitoramento dos níveis desse tipo de atividade da população^{2,5,12}.

Frente ao exposto e devido aos problemas que a inatividade pode causar aos indivíduos e, em especial, aos trabalhadores que possuem longas jornadas de trabalho, objetivou-se neste estudo analisar os fatores associados à prática de atividade física de trabalhadores brasileiros. Tal análise se justifica porque os resultados podem auxiliar e monitorar os níveis dessa prática entre a população em estudo. Isso se faz necessário para um melhor acompanhamento das políticas de promoção à saúde. Além disso, esta investigação agrega conhecimento em virtude de sua abrangência nacional, diferentemente do caráter local e focado da maioria dos estudos relacionados a esta temática.

Material e métodos

Trata-se de estudo descritivo-analítico, transversal e de abordagem quantitativa, desenvolvido por meio dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do ano de 2015. A PNAD é uma pesquisa domiciliar realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em todo território nacional, a cada ano. Caracteriza-se, ainda, por pesquisa com amostragem probabilística que possui plano amostral estratificado e conglomerado com um, dois ou três estágios, conforme o estrato¹³.

O ano de 2015 foi escolhido em razão da realização, nesse ano, de pesquisa suplementar

à PNAD sobre práticas de atividade física¹⁴. Além disso, é o mais recente de divulgação da pesquisa, uma vez que a PNAD do tipo contínua mais recente não possui informações referentes a esse tema. Assim, este estudo foi realizado conforme a disponibilidade das variáveis no banco de dados da PNAD de 2015.

Com o intuito de verificar a prática de atividade física de indivíduos que trabalharam na semana de realização da pesquisa, 20 a 26.9.2015, considerou-se na análise frequência maior ou igual a vinte minutos por dia, duas vezes ou mais por semana, no tempo livre do trabalhador, conforme definido pela PNAD 2015¹⁴. Como tempo livre, considerou-se o horário que não incluía os afazeres domésticos, a educação física na escola e o percurso de ida e volta para o trabalho ou escola.

Para excluir os menores sujeitos a trabalho infantil, foram utilizados na análise os trabalhadores com idade maior ou igual a 16 anos. Dessa forma, a população total analisada foi de 82.019.207 indivíduos.

Inicialmente, a estatística descritiva foi aplicada com o objetivo de se conhecer o perfil dos trabalhadores que praticavam exercícios físicos *versus* os que não praticavam. Posteriormente, estimou-se um modelo de regressão logística a fim de verificar os fatores associados às razões de chances (Odds Ratio) dos praticantes de atividade física ao nível de significância de 5%.

Neste estudo, a variável de interesse definida

foi a prática de atividade física de trabalhadores. As variáveis explicativas foram o sexo, cor ou raça, idade, escolaridade, estado civil, tipo de família, condição de domicílio, região do domicílio, horas trabalhadas, salário, formalidade no trabalho e posição na ocupação.

Os dados foram estimados e analisados por meio do Programa Stata, versão 11. Por *default*, o Stata toma a primeira categoria de cada variável como categoria de referência para a análise do comportamento das variáveis explicativas em relação à variável explicada. Por esse motivo, não foram estimadas as Odds Ratio para essas categorias.

Com relação aos aspectos éticos, as informações secundárias extraídas da PNAD são de domínio público. Dessa maneira, não foi necessária a autorização para utilização dos dados nem a apreciação de algum Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução Nacional nº 466/2012¹⁵.

Resultados

Dos 82.019.207 trabalhadores considerados na análise, 25.564.948 (31,8%) praticavam atividade física. Destes, a maior parte praticava de quatro a sete vezes por semana, de 40 minutos a uma hora por dia. Com relação às razões que os levaram a essa prática, 38,0% foram motivados pelo objetivo de melhorar sua qualidade de vida ou bem-estar (*tabela 1*).

Tabela 1. Prática de atividade física entre os trabalhadores, conforme o tempo praticado e o motivo. Brasil, 2015 (n=25.564.948)

| | Frequência absoluta | Frequência relativa (%) |
|--|---------------------|-------------------------|
| Quantas vezes praticava atividade física por semana | | |
| Duas | 7001329 | 27,4 |
| Três | 8945368 | 35,0 |
| Quatro a sete | 9618251 | 37,6 |
| Tempo que destinava à prática de atividade física | | |
| Mais de 20 a 40 minutos no dia | 3864563 | 15,1 |
| Mais de 40 minutos a 1 hora no dia | 11640266 | 45,5 |

Tabela 1. (cont.)

| | | |
|---|---------|------|
| Mais de 1 hora no dia | 9943221 | 38,9 |
| Não se enquadrava | 116898 | 0,5 |
| Por que motivo praticou atividade física | | |
| Indicação médica | 3087940 | 12,1 |
| Melhorar ou manter o desempenho físico | 6452681 | 25,2 |
| Melhorar a qualidade de vida ou o bem-estar | 9723036 | 38,0 |
| Gosta de competir | 1365041 | 5,3 |
| Relaxar ou se divertir | 4309088 | 16,9 |
| Socializar encontrando com amigos ou fazer novas amizades | 401997 | 1,6 |
| Outro | 225165 | 0,9 |

Fonte: Elaboração com base nos dados da PNAD de 2015.

Em relação aos motivos dos que não praticavam atividades físicas, a maioria alegou a falta de tempo (50,3%), 33,3% afirmaram não gostar ou não querer e 10,0% alegaram problemas financeiros. Os 6,3% dos restantes tiveram suas justificativas distribuídas entre problemas de saúde, falta de acesso às atividades, falta de companhia ou outra causa não especificada.

Os dados mostram que o percentual de mulheres trabalhadoras que praticava atividade física era ligeiramente superior ao de homens. Os brancos eram menos sedentários e o mesmo foi observado nos indivíduos entre 16 e 25 anos e entre aqueles com maior escolaridade (tabela 2).

Tabela 2. Características pessoais dos trabalhadores em relação à prática de atividade física. Brasil, 2015 (n= 82.019.207)

| Variável | Praticou atividade física n=25.564.948 | Não praticou atividade física n=56.454.259 | Odds Ratio | Valor p | Intervalo de Confiança | |
|---------------------|---|---|------------|---------|------------------------|-------|
| Sexo | | | | | | |
| Feminino | 32,0% | 68,0% | | | | |
| Masculino | 30,5% | 69,5% | 0,976 | 0,424 | 0,920 | 1,036 |
| Cor ou Raça | | | | | | |
| Branco | 33,8% | 66,2% | | | | |
| Negro | 28,7% | 71,3% | 1,018 | 0,716 | 0,927 | 1,117 |
| Outros | 29,0% | 71,0% | 0,973 | 0,373 | 0,915 | 1,034 |
| Idade (anos) | | | | | | |
| Entre 16 e 25 | 38,5% | 61,5% | | | | |
| Entre 26 e 35 | 34,9% | 65,1% | 0,901 | 0,016 | 0,828 | 0,981 |
| Entre 36 e 45 | 29,0% | 71,0% | 0,703 | p<0,001 | 0,643 | 0,769 |
| Entre 46 e 55 | 27,1% | 72,9% | 0,626 | p<0,001 | 0,565 | 0,693 |
| Entre 56 e 65 | 25,3% | 74,7% | 0,632 | p<0,001 | 0,559 | 0,714 |
| 66 ou mais | 21,3% | 78,7% | 0,634 | p<0,001 | 0,529 | 0,760 |

Tabela 2. (cont.)

| Escolaridade (anos de estudo) | | | | | | |
|-------------------------------|-------|-------|-------|---------|-------|-------|
| Menos de 1 | 13,0% | 87,0% | | | | |
| 1 a 5 | 18,3% | 81,7% | 1,437 | p<0,001 | 1,211 | 1,705 |
| 6 a 9 | 25,4% | 74,6% | 1,850 | p<0,001 | 1,592 | 2,150 |
| 10 a 12 | 34,4% | 65,6% | 2,527 | p<0,001 | 2,160 | 2,956 |
| 13 a 14 | 45,5% | 54,5% | 3,719 | p<0,001 | 3,200 | 4,324 |
| 15 ou mais | 51,3% | 48,7% | 5,719 | p<0,001 | 4,859 | 6,730 |
| Não determinados | 25,8% | 74,2% | 1,637 | 0,259 | 0,695 | 3,852 |

Fonte: Elaboração com base nos dados da PNAD de 2015.

Por meio dos resultados da regressão logística, constata-se que as variáveis idade e escolaridade foram significativas, apresentando um $p < 0,05$. Desse modo, os resultados do modelo demonstram que quando o trabalhador estava na faixa etária entre 26 e 35 anos, havia redução de 9,9% da chance de praticar atividade física quando comparada à faixa entre 16 e 25 anos, adotada como categoria de referência para a análise de todas as faixas etárias. Além disso, para aqueles com idade acima de 66 anos, a chance de praticar a atividade era reduzida em 36,6% (tabela 2).

A chance de praticar atividade física aumentava 271,9% quando o trabalhador possuía o nível de escolaridade de 12 a 14 anos de estudo, tomando-se como referência os que possuíam

menos de um ano de estudo. Já para o grau de escolaridade de 15 anos ou mais, a chance aumentava para 471,9% (tabela 2).

Constatou-se que a maioria dos trabalhadores que viviam com companheiro ou cônjuge eram sedentários, bem como aqueles inseridos nas famílias compostas por casais com todos os filhos menores de 14 anos ou com 14 anos ou mais e por mães com todos os filhos menores de 14 anos. Do mesmo modo, a posse do domicílio resultou em percentuais similares na identificação dos trabalhadores fisicamente ativos. Esse fato também foi observado entre as regiões, sendo que os maiores e menores percentuais estão, respectivamente, no Centro-Oeste e no Norte (tabela 3).

Tabela 3. Aspectos do domicílio e da família segundo a prática de atividade física. Brasil, 2015 (n= 82.019.207)

| Variável | Praticou atividade física n=25.564.948 | Não praticou atividade física n=56.454.259 | Odds Ratio | Valor p | Intervalo de Confiança | |
|-------------------------------------|---|---|------------|---------|------------------------|-------|
| Estado Civil | | | | | | |
| Não vive com companheiro ou cônjuge | 35,3% | 64,7% | | | | |
| Vive com companheiro ou cônjuge | 28,8% | 71,2% | 0,836 | 0,002 | 0,747 | 0,934 |
| Tipo de Família | | | | | | |
| Casal sem filhos | 31,0% | 69,0% | | | | |

Tabela 3. (cont.)

| | | | | | | |
|---|-------|-------|-------|---------|-------|-------|
| Casal com todos os filhos menores de 14 anos | 29,3% | 70,7% | 0,718 | p<0,001 | 0,658 | 0,785 |
| Casal com todos os filhos com 14 anos ou mais | 32,5% | 67,5% | 0,932 | 0,162 | 0,844 | 1,029 |
| Casal com filhos menores de 14 anos e com 14 anos ou mais | 27,0% | 73,0% | 0,803 | 0,001 | 0,710 | 0,909 |
| Mãe com todos os filhos menores de 14 anos | 27,2% | 72,8% | 0,569 | p<0,001 | 0,474 | 0,682 |
| Mãe com todos os filhos com 14 anos ou mais | 34,0% | 66,0% | 0,879 | 0,091 | 0,758 | 1,021 |
| Mãe com filhos menores de 14 anos e com 14 anos ou mais | 25,0% | 75,0% | 0,673 | 0,001 | 0,534 | 0,848 |
| Outros tipos de família | 34,5% | 65,5% | 1,011 | 0,881 | 0,880 | 1,160 |
| Condição do Domicílio | | | | | | |
| Não próprio | 30,4% | 69,6% | | | | |
| Próprio | 31,4% | 68,6% | 1,022 | 0,498 | 0,961 | 1,085 |
| Região do Domicílio | | | | | | |
| Norte | 29,5% | 70,5% | | | | |
| Nordeste | 31,0% | 69,0% | 1,222 | p<0,001 | 1,110 | 1,345 |
| Sudeste | 30,8% | 69,2% | 0,999 | 0,983 | 0,905 | 1,102 |
| Sul | 31,6% | 68,4% | 1,089 | 0,131 | 0,975 | 1,217 |
| Centro-Oeste | 34,2% | 65,8% | 1,173 | 0,007 | 1,044 | 1,319 |

Fonte: Elaboração com base nos dados da PNAD de 2015.

Os resultados do modelo logístico revelaram que a variável estado civil, algumas categorias da variável tipo de família e algumas categorias da variável região do domicílio foram significantes, com $p<0,05$. Com isso, percebeu-se que, quando o trabalhador vivia com companheiro ou cônjuge, a razão de chance de praticar atividade física diminuía (16,4%). De forma semelhante, a família composta por casal sem filhos e quaisquer outros tipos de família com significância menor que 5% apresentaram redução da chance de praticar exercícios físicos, com destaque para as trabalhadoras com todos os filhos menores de 14 anos, cuja diminuição foi de 43,1% (tabela 3).

É notório que quando o domicílio do trabalhador se localizava na região Nordeste, a chance dessa prática aumentava 22,2% em relação aos que residiam na região Norte. A chance da região Norte foi 17,3% menor do que a da Centro-Oeste (tabela 3).

No que diz respeito às características do trabalho, os indivíduos mais ativos fisicamente trabalhavam de 15 a 39 horas por semana. Quanto à renda, a maioria dos que auferiam entre 12 e 15 salários mínimos praticava atividade física, sendo o mesmo constatado entre os militares. Além disso, o trabalhador em regime de trabalho formal foi mais ativo que o informal (tabela 4).

Tabela 4. Prática de atividade física conforme características referentes às atividades laborais. Brasil, 2015 (n=82.019.207)

| Variável | Praticou atividade física n=25.564.948 | Não praticou atividade física n=56.454.259 | Odds Ratio | Valor p | Intervalo de Confiança | |
|---|---|---|------------|---------|------------------------|-------|
| Horas Trabalhadas | | | | | | |
| Até 14 | 32,5% | 67,5% | | | | |
| 15 a 39 | 33,3% | 66,7% | 0,846 | 0,007 | 0,749 | 0,954 |
| 40 a 44 | 30,7% | 69,3% | 0,651 | p<0,001 | 0,578 | 0,733 |
| 45 a 48 | 27,8% | 72,2% | 0,647 | p<0,001 | 0,563 | 0,743 |
| 49 ou mais | 31,5% | 68,5% | 0,693 | p<0,001 | 0,606 | 0,793 |
| Salário Mínimo* | | | | | | |
| Menos de 1 | 26,5% | 73,5% | | | | |
| Entre 1 e 3 | 28,5% | 71,5% | 0,954 | 0,304 | 0,872 | 1,044 |
| Entre 4 e 6 | 43,6% | 56,4% | 1,380 | p<0,001 | 1,218 | 1,564 |
| Entre 7 e 9 | 51,7% | 48,3% | 1,767 | p<0,001 | 1,489 | 2,097 |
| Entre 10 e 12 | 58,2% | 41,8% | 2,065 | p<0,001 | 1,541 | 2,767 |
| Entre 13 e 15 | 59,7% | 40,3% | 2,365 | p<0,001 | 1,676 | 3,338 |
| Acima de 15 | 37,9% | 62,1% | 1,229 | 0,031 | 1,020 | 1,482 |
| Formalidade no Trabalho** | | | | | | |
| Trabalhadores informais | 27,9% | 72,1% | | | | |
| Trabalhadores formais | 32,9% | 67,1% | 1,179 | 0,008 | 1,045 | 1,331 |
| Não aplicável | 42,5% | 57,5% | | | | |
| Posição na Ocupação | | | | | | |
| Empregado com carteira de trabalho assinada | 30,4% | 69,6% | | | | |
| Militar | 79,3% | 20,7% | 5,586 | p<0,001 | 3,572 | 8,736 |
| Funcionário público estatutário | 46,4% | 53,6% | 1,430 | p<0,001 | 1,289 | 1,587 |
| Outro empregado sem carteira de trabalho assinada | 33,0% | 67,0% | 1,345 | p<0,001 | 1,171 | 1,546 |
| Trabalhador doméstico com carteira de trabalho assinada | 21,5% | 78,5% | 0,905 | 0,295 | 0,750 | 1,091 |
| Trabalhador doméstico sem carteira de trabalho assinada | 20,1% | 79,9% | 0,986 | 0,875 | 0,823 | 1,180 |
| Trabalho por conta própria | 28,3% | 71,7% | 1,256 | p<0,001 | 1,129 | 1,399 |
| Empregador | 42,5% | 57,5% | | | | |
| Trabalhador na produção para o próprio consumo | 23,6% | 76,4% | 1,234 | 0,038 | 1,012 | 1,504 |
| Trabalhador na construção para o próprio uso | 25,4% | 74,6% | 1,880 | 0,092 | 0,902 | 3,916 |
| Não remunerado | 32,9% | 67,1% | 1,427 | 0,002 | 1,139 | 1,789 |

Fonte: Elaboração com base nos dados da PNAD de 2015.

*O salário mínimo no ano da pesquisa era R\$ 788,00.

**Foram considerados como formais os trabalhadores com carteira assinada, trabalhadores com contribuição previdenciária, servidores públicos civis e militares.

As variáveis horas de trabalho e formalidade do trabalho, bem como algumas categorias das variáveis salário mínimo, e posições na ocupação, foram significativas, apresentando um $p < 0,05$ (tabela 4).

O modelo logístico demonstrou que quando se trabalhava de 15 a 39 horas semanais, a prática de atividade física se reduzia em 15,4% em relação aos que trabalhavam até 14 horas semanais. Da mesma forma, quando a carga horária era de 49 horas ou mais, a chance também se reduzia (30,7%) (tabela 4).

A tabela 4 também permite concluir que a chance dessa prática aumentou 136,5% para a faixa salarial entre 12 e 15 salários mínimos, tendo como referência os trabalhadores que auferiam menos de um salário mínimo. Essa chance aumentava outros 22,9% para rendas acima de 15 salários mínimos.

É importante acrescentar que no trabalho formal a chance é 17,9% maior do que no informal. Para finalizar, em relação à posição na ocupação, os que possuíam carteira de trabalho assinada, para qualquer outra posição na ocupação, mostraram um aumento da chance de praticar atividade física, ao nível de significância de 5%. Cabe destacar que, quanto aos militares, a razão de chance aumentava em 458,6% (tabela 4).

Discussão

A prática de atividade física tornou-se uma ferramenta importante para a promoção da saúde e da qualidade de vida das pessoas, bem como para a redução das DCNT. O enfoque deste estudo foram as dificuldades encontradas pelo trabalhador para realizá-las, o que se justifica, em parte, pelas transformações ocorridas no contexto laboral. De fato, os resultados apontaram que a menor parte deles praticava atividade física, estando, portanto, suscetíveis a tais doenças, o que justifica discutir os fatores explicativos relevantes dessa ocorrência.

Nesta investigação, o número absoluto de homens que se exercitava foi superior ao de

mulheres. Essa realidade pode ser explicada pelo fato de o total de homens da amostra ter sido maior que o de mulheres. No entanto, tal resultado equipara-se aos de outras investigações e justifica-se pelo fato de os homens usufruírem de maior tempo para tais atividades em momentos de lazer, geralmente por meio de algum esporte coletivo. Já as mulheres, deixam de se exercitar devido à dupla jornada de trabalho que enfrentam quase diariamente^{16,17}.

Com relação à cor ou raça, evidências têm demonstrado que os adultos de cor branca se exercitam mais nos momentos de lazer¹⁸. Em outro estudo, verificou-se que os participantes negros praticavam menos ginástica. Entretanto, apresentavam maior frequência da prática do futebol em relação aos que se declaravam brancos, fator compreensível, uma vez que esse esporte é incentivado como meio de ascensão social de classes majoritariamente compostas por negros¹⁹.

Nesse sentido, percebe-se a necessidade da implantação de políticas sociais voltadas à prática de atividade física pelos trabalhadores das diversas classes. Ressalta-se, ainda, a necessidade de inclusão das mulheres nessas ações, principalmente por seu menor tempo disponível que os homens.

Quanto à idade, notou-se nesta investigação que a prevalência de indivíduos que praticava atividade física se reduziu com o aumento da idade. A motivação para realizar exercícios físicos pode sofrer variações conforme a faixa etária. Na fase adulta, os indivíduos sentem-se mais motivados para tal, com o intuito de melhorar sua condição física, estética e socialização. Já para os idosos, a prática de atividade física inicia-se, prioritariamente, para manter e melhorar as condições de saúde e de qualidade de vida²⁰.

As metas para o controle das DCNT no Brasil entre 2011 e 2022 contemplam o envelhecimento ativo do indivíduo como estratégia de promoção de saúde³. A isso, acresce-se o fato de a atividade física contribuir para a autonomia dessas pessoas na execução de suas tarefas, o que inclui a aptidão para o trabalho.

Observou-se, ainda, que a prática de atividade física aumentou de acordo com o grau de escolaridade dos trabalhadores. Estudo realizado nas capitais no nordeste brasileiro evidenciou que os adultos que possuíam maior escolaridade tinham mais chances de exercitar-se, enquanto os de menor escolaridade apresentaram significativa redução das chances²¹.

No que diz respeito à prática por grupos familiares, notou-se que os trabalhadores que viviam com companheiro ou cônjuge apresentavam menos chance de exercitar-se, bem como as mães com todos os filhos menores de 14 anos. A prática de atividade física é menor entre as mulheres casadas e entre as com filhos, dado o papel histórico que desempenham como cuidadoras da prole e responsáveis pelas tarefas domésticas. Além disso, muitas não têm com quem deixar os filhos para se exercitarem²².

Frente ao exposto, nota-se a necessidade de as empresas contribuírem com programas de atividade física no ambiente laboral. Essa iniciativa poderia integrar à prática de exercício os trabalhadores de baixa escolaridade, bem como as mulheres que possuem filhos, uma vez que é difícil a conciliação da tríade filhos, atividade física e trabalho. Desse modo, a prática de exercícios no ambiente laboral pode contribuir para o melhor desempenho, qualidade de vida e saúde dos trabalhadores.

Em relação à posse do domicílio, a participação do aluguel no orçamento familiar é maior entre as classes sociais de menor rendimento. Isso pode justificar o fato de os trabalhadores com casa própria apresentarem maiores chances de praticar atividade física²³. O mesmo raciocínio pode ser aplicado à região de domicílio do trabalhador. Em uma investigação realizada com indivíduos de todo o Brasil, mostrou-se que as pessoas da região Nordeste são mais sedentárias do que as da região Sul²⁴. Tal realidade pode ser explicada pelo fato de as condições socioeconômicas se deteriorarem à medida que se percorre o território nacional em direção ao Norte.

No que diz respeito às características do trabalho, notou-se que a prática de

exercícios foi reduzida com o aumento da carga horária de trabalho. Esse achado pode ser justificado pelo tempo que o trabalhador despende executando suas atividades laborais. A ‘falta de tempo’, em razão do tempo direcionado ao trabalho, tem sido registrada na literatura como uma barreira para a prática de exercícios físicos²⁵.

Quanto à renda, a relação entre os maiores níveis de renda e os maiores níveis de atividade física foi analisada em alguns estudos que reforçam o fato que pessoas com perfil socioeconômico desfavorecido, via de regra, residem distantes do local de trabalho, trabalham mais horas para complementar a renda, acarretando em menor tempo disponível para momentos de lazer e de prática de atividade física²⁶. Além disso, aquelas com maior escolaridade e renda possuem maior possibilidade de acesso aos espaços para a prática, o que torna relevante o plano para o controle das DCNT, que prevê a ampliação dos espaços públicos para a realização de exercícios, democratizando o acesso³. Isso é importante, uma vez que parte dos trabalhadores sedentários alegaram problemas financeiros.

Diante disso, o fato de os trabalhadores formais serem fisicamente mais ativos do que os informais é explicado, possivelmente, em razão da maior escolaridade e renda dos primeiros. É notório que a escolaridade e o rendimento familiar dos trabalhadores informais são, em geral, baixos²⁷.

Na variável posição na ocupação, verificou-se que o militar foi a única categoria que obteve um percentual de ativos superior ao de inativos, com maiores chances de prática de atividade física do que os trabalhadores com carteira assinada. Esse achado pode ser explicado pelo incentivo à prática de atividade física entre eles. A prática de exercícios melhora o desempenho dos militares no trabalho e sua função cognitiva, reduzindo o tempo de reação diante de alguma situação²⁸.

Entretanto, investigação realizada com 166 cadetes da Academia da Força Aérea Brasileira com idade entre 20 e 30 anos

mostrou prevalência de fatores de risco cardiovascular entre eles, tais como hipertensão arterial sistêmica, excesso de peso, adiposidade elevada, hipercolesterolemia, alta ingestão de gordura saturada, mono e poli-insaturada e baixo consumo de fibras alimentares. São resultados preocupantes, uma vez que se esperava um perfil mais saudável e com menores prevalências desses fatores de risco entre jovens fisicamente ativos, o que revela riscos futuros para DCNT, especialmente os cardiovasculares²⁹.

Frente aos fatores que estão associados à prática de atividade física de trabalhadores, pode-se considerar que ações de promoção da saúde são necessárias para essa população, as quais podem ser desenvolvidas pelas próprias empresas, tais como exercícios individuais diários, atividades de alongamento, incentivo à prática de atividades físicas coletivas no do ambiente laboral, dentre outras. Além disso, políticas governamentais tornam-se fundamentais para o incentivo das empresas e dos trabalhadores²¹. Com isso, espera-se que haja uma redução da inatividade física, dos números de DCNT e aumento na qualidade de vida e na capacidade de trabalhar desses indivíduos^{5,12}.

Este estudo foi limitado pela disponibilidade de variáveis no banco de dados. Por esse motivo, não foi possível precisar a frequência da prática de atividade física recomendada pela OMS, isto é, de 150 minutos de atividade leve ou moderada ou 75 minutos de atividade intensa semanalmente. Apesar disso, a maior parte dos trabalhadores ativos praticava de quatro a sete vezes por semana de 40 a 60 minutos de exercícios.

O avanço do conhecimento proporcionado advém, principalmente, do importante

nível de abrangência das informações nacionais analisadas.

Conclusões

Por meio das análises, foi possível avaliar os fatores associados à prática de atividade física de trabalhadores brasileiros. Com isso, conclui-se que o aumento da idade do trabalhador, a convivência com companheiro ou cônjuge, o fato de possuir filhos e o aumento da carga horária de trabalho são fatores associados à diminuição dessa prática. Por outro lado, os fatores que atuam em seu aumento são a elevação do grau de escolaridade, a região em que o trabalhador reside, o nível salarial mais elevado, a formalidade no trabalho e a posição que ocupa em seu trabalho.

Frente a isso, pode-se afirmar que os fatores que reduzem a prática de atividade física de os trabalhadores podem ser minimizados por meio do fortalecimento das políticas públicas. Ademais, os que diminuem o sedentarismo devem ser valorizados e estimulados por trabalhadores e gestores com o intuito de promover melhores condições de vida e trabalho.

Colaboradores

Silva AMR e Santos SVM contribuíram para a concepção e o planejamento da pesquisa, com a análise e a interpretação dos dados e com a aprovação da versão final do manuscrito. Lima CHF, Lima DJP e Robazzi MLC contribuíram para a elaboração do rascunho, na revisão crítica do conteúdo e na aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014 [internet]. Geneva: World Health Organization [acesso em 2018 out 10]. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>.
- Malta DC, França E, Abreu DMX, et al. Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. *Sao Paulo Med. J* [internet]. 2017 maio-jun [acesso em 2018 out 10]; 135(3):213-221. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v135n3/1806-9460-spmj-135-03-00213.pdf>.
- Malta DC, Andrade SSA, Santos MAS, et al. Tendências dos indicadores de atividade física em adultos: Conjunto de capitais do Brasil 2006-2013. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* [internet]. 2015 [acesso em 2017 out 10]; 20(2):141-151. Disponível em: <http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/5059/4311>.
- Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, et al. Effect of physical inactivity on major non communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* [internet]. 2012 [acesso em 2017 out 22]; 380(9839):219-229. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612610319?via%3Dihub>.
- World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health [internet]. Geneva: World Health Organization. [acesso em 2017 out 22]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf.
- Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinction for health-relates research. *Public Health Rep*. 1985; 100(2):126-131.
- Barbanti V. O que é esporte? *Rev Bras Ativ Fís Saúde* [internet]. 2006 [acesso em 2017 out 25]; 11(1):54-58. Disponível em: <http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/833/840>.
- Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls and prospects. *Lancet* [internet]. 2012 [acesso em 2017 out 25]; 380(9839):20-30. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612606461>.
- Jesus GM, Jesus EFA. Nível de atividade física e barreiras percebidas para a prática de atividades físicas entre policiais militares. *Rev Bras Ciênc Esport* [internet]. 2012 [acesso em 2017 out 25]; 34(2):433-448. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbce/v34n2/a13v34n2.pdf>.
- Almeida GFP, Ribeiro MHA, Silva MACN, et al. Nascimento MDSB. Patologias osteomusculares como causa de aposentadoria por invalidez em servidores públicos do município de São Luís, Maranhão. *Rev Bras Med Trab* [internet]. 2016 [acesso em 2018 out 10]; 14(1):37-44. Disponível em: <http://www.rbmt.org.br/details/21/pt-BR/patologias-osteomusculares-como-causa-de-aposentadoria-por-invalidez-em-servidores-publicos-do-municipio-de-sao-luis--maranhao>.
- Dejours C. A loucura do trabalho. São Paulo: Cortez; Oboré; 1992.
- Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2011.
- Silva PLN, Pessoa DGC, Lila MF. Análise estatística de dados da PNAD: incorporando a estrutura do plano amostral. *Ciênc. Saúde Colet*. [internet]. 2002 [acesso em 2017 nov 2]; 7(4):659-670. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413>

- 81232002000400005.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - 2015 [internet]. 2015 [acesso em 2017 nov 2]. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2015/default.shtm>.
 15. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 13 Dez 2012.
 16. Torquato ED, Gerage AM, Meurer ST, et al. Comparação do nível de atividade física medido por acelerômetro e questionário IPAQ em idosos. Rev Bras Ativ Fís Saúde [Internet]. 2016 [acesso em 2017 nov 10]; 21(2):144-153. Disponível em: <http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/6438/5924>.
 17. Bauman AE, Reis RS, Sallis JF, et al. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? Lancet [internet]. 2012 [acesso em 2017 nov 3]; 380(9839):258-271. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S01406736\(12\)60735-1](https://doi.org/10.1016/S01406736(12)60735-1).
 18. Del Duca GF, Nahas MV, Garcia LMT, et al. Prevalence and sociodemographic correlates of all domains of physical activity in Brazilian adults. Prevent. Med. [internet]. 2013 [acesso em 2017 nov 3]; 56(2):99-102. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23200875>.
 19. Del Duca GF, Nahas MV, Hallal PC, et al. Leisure-Time Physical Activities among Adults in Florianópolis, State of Santa Catarina, Brazil: A Population-Based Study on the Characteristics of the Practices and the Practitioners. Ciênc. Saúde Colet. [internet]. 2014 [acesso em 2017 nov 5]; 9(11):4595-4604. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413812320141911.16732013>.
 20. Araújo C. Motivação e auto determinação para a prática de atividade física em idosos [dissertação] [internet]. Porto: Faculdade de Desporto da Universidade do Porto; 2015. 61 p. [acesso em 2018 out 10]. Disponível em: <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/80736/2/36737.pdf>.
 21. Tassitano RM, Mielke GI, Carvalho WRG, et al. Tendência temporal de indicadores da prática de atividade física e comportamento sedentário nas capitais da Região Nordeste do Brasil: 2006-2013. Rev Bras Ativ Fís Saúde [internet]. 2015 [acesso em 2018 out 10]; 20(2):152-164. Disponível em: <http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/5110/4312>.
 22. Nascimento TS, Mussi FC, Palmeira CS, et al. Fatores Relacionados à Inatividade Física no Lazer em Mulheres Obesas. Acta paul. Enferm. [internet]. 2017 [acesso em 2017 nov 5]; 30(3):308-315. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700047>.
 23. Kilsztajna S, Rossbach AC, Do Carmo MSN et al. Aluguel e rendimento domiciliar no Brasil. Rev Econ Contemp. 2009; 13(1):113-134.
 24. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública [internet]. 2008 [acesso em 2017 nov 3]; 24(1):39-54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102311X2008000100005>.
 25. Florindo AA, Hallal PC. Epidemiologia da Atividade Física. Ateneu; São Paulo: 2011.
 26. Pitanga FG, Beck CC, Pitanga CPS, et al. Prevalência e fatores sociodemográficos e ambientais associados à atividade física no tempo livre e no deslocamento em adultos. Motri [internet]. 2014 [acesso em 2017 nov 3]; 10(1):03-13. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.6063/motricidade.10\(1\).1246](http://dx.doi.org/10.6063/motricidade.10(1).1246).
 27. Pamplona JB. Mercado de trabalho, informalidade e comércio ambulante em São Paulo. Rev. Bras. Est Pop [internet]. 2013 [acesso em 2017 nov

- 3]; 30(1):225-249. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982013000100011>.
28. Dominsky FH, Matias TS, Cardoso TE, et al. Motivação para a Prática de Exercícios está Relacionada ao Tempo de Reação dos Policiais Cíveis de Unidades de Operações Especiais. *Rev Cub Med Militar*. 2015; 44(2):195-206.
29. Hilgenberg FE, Santos ASAC, Silveira EA, et al. Fatores de risco cardiovascular e consumo alimentar em cadetes da Academia da Força Aérea Brasileira. *Ciênc. Saúde Colet*. [internet]. 2016 [acesso em 2017 nov 3]; 21(4):1165-1174. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015214.15432015>.

Recebido em 24/07/2018
Aprovado em 25/11/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Informação sobre diabetes nos *blogs*: aplicabilidade do Modelo de Análise do Discurso Noticioso em Saúde

Information on diabetes in blogs: applicability of the Analysis Model of Health News Discourse

Jane Mary de Medeiros Guimarães¹, Maria Ligia Rangel-S², Adroaldo de Jesus Belens³, Jéssica Tais Barreto Jorge⁴, Marcele Carneiro Paim⁵

DOI: 10.1590/0103-1104201811914

¹Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) – Itabuna (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9538-2675>
janemg@ufsb.edu.br

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7340-3132>
maria.lirangel@gmail.com

³Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4053-095X>
adroaldobelens@gmail.com

⁴Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Centro de Formação em Ciências da Saúde – Teixeira de Freitas (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7275-3587>
jessicataisbarreto@gmail.com

⁵Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3065-2144>
celepaim@hotmail.com

RESUMO No contexto de surgimento da internet, a comunicação através das mídias digitais reconfigurou a forma de produção, apropriação e divulgação de notícias e informações sobre a saúde. Nesse sentido, os *blogs* constituíram-se como espaços virtuais de compartilhamento de ideias e socialização de conhecimentos e informações que possibilitam o surgimento de novos problemas e objetos de pesquisa em comunicação e saúde coletiva, bem como contribuem para a disseminação de informações, conhecimentos e notícias sobre a saúde. Observou-se que o mercado de saúde alinhado ao modelo biomédico centrado nas tecnologias e na assistência individual se utiliza desse meio para disseminar narrativas sobre a saúde. O estudo tem abordagem qualitativa, caráter descritivo e documental, para verificar a aplicabilidade do Modelo de Análise do Discurso Noticioso em Saúde aos *blogs* que divulgaram notícias sobre a inovação tecnológica em saúde para o cuidado do Diabetes Mellitus. O modelo de análise aplicado aos *blogs* permitiu observar que as notícias compartilhadas pelas distintas mídias, o medo de acometimento do diabetes e a esperança de sua cura se constituem como estratégias de convencimento dos usuários dos *blogs*, atendendo aos interesses da economia de mercado na produção de demandas e necessidades em saúde.

PALAVRAS-CHAVE Diabetes Mellitus. Internet. Mídias sociais. Saúde pública.

ABSTRACT *In the context of the rise of internet, communication through digital media has reconfigured the way of producing, appropriating and disseminating news and information about health. In this sense, blogs have constituted virtual spaces for the sharing of ideas and socialization of knowledge and information that allow the emergence of new problems and objects of research in communication and public health, as well as contributing to the dissemination of information, knowledge and news on health. It was observed that the health market adjusted to the biomedical model focused on technologies and in individual assistance uses this mean to disseminate health narratives. The study has a qualitative, descriptive and documentary approach to verify the applicability of the Analysis Model of Health News Discourse in blogs which released news on technological innovation in health care for Diabetes Mellitus. It is concluded that the analysis model applied to blogs have allowed us to observe that the news shared by the different media, as well as the fear of getting diabetes and the hope for its cure constitute strategies of convincing users of blogs to serve the interests of the market economy in the production of health demands and needs.*

KEYWORDS Diabetes Mellitus. Internet. Social media. Public health.



Introdução

As mídias digitais no contexto da cultura contemporânea contribuem para a reconfiguração do espaço, do tempo e do processo comunicacional, nos quais os papéis de emissor e receptor, ou seja, de autor e coautor dos conteúdos compartilhados através de postagens (genericamente chamadas de ‘posts’) de textos e audiovisuais em forma de hipertextos e hiperlinks, se revezam em um movimento multivariado, reverberando na forma de produção dos discursos sobre a saúde. Esta reconfiguração também impacta na relação social que se mantém através da interatividade mediada pela tecnologia de comunicação e pela informação, com a possibilidade de ser ressignificada pelos comentários dos usuários.

Para Lemos¹, a ‘liberação do polo emissor’ permite que qualquer internauta publique informação na rede, reconfigurando o cenário midiático. Este cenário midiático apresenta características distintas no que concerne ao processo comunicacional (emissor-receptor) e à transmissão de informações pelas mídias tradicionais.

Blog é um tipo de *website* (WordPress, Blogger, TypePad ou Moveable) criado com a utilização de um aplicativo, que é frequentemente atualizado com a adição de novos textos, matérias ou artigos, exibidos em ordem cronológica inversa à de suas publicações. De acordo com Gunelius², os visitantes do *blog* podem juntar-se à conversa, submetendo comentários sobre os *posts* que mais lhes interessam. São esses comentários que tornam os *blogs* mídias sociais e fazem com que os *bloggers*, pessoas que publicam nesses *blogs*, construam relacionamentos com pessoas do mundo inteiro.

Os *blogs* se constituem como suportes que podem atender às demandas comunicacionais dos sujeitos que os acessam, e permitem a socialização de conhecimento e a divulgação de informações. Com base em Recuero³, é possível classificar os tipos de *blogs* de acordo com o conteúdo neles publicado, o que facilita a percepção de como a busca pela informação

pode ficar mais direcionada quando efetuada apenas em *blogs*. Entre esses tipos, os que mais se aproximam desta pesquisa são: (a) *Weblogs* diários – trazem *posts* sobre a vida pessoal dos autores, com o objetivo de relatar fatos cotidianos; (b) *Weblogs* publicações – trazem informações de modo opinativo, buscando o debate e o comentário, podendo abordar temas específicos ou tratar de generalidades; (c) *Weblogs* mistos – misturam *posts* pessoais e informativos com notícias, dicas e comentários, de acordo com o gosto e a opinião do autor. Vale ressaltar que um *blog* é um *website* de rede social, que proporciona formas diferentes de conexão, gerando formas diferentes de acesso a valores diferenciados de capital social^{4,5}. Em alguns casos, os *blogs* ocuparam o espaço do trabalho da mídia organizada, desde que os relatos pessoais sobre determinado evento ganharam proeminência na busca por informações direto da fonte, podendo se tornar as próprias fontes de informação.

A partir dessa reflexão sobre os *blogs*, a cultura digital em uma economia de mercado, bem como de informatização geral da sociedade, demarcam um momento histórico no qual a sociabilidade centrada na comunicação eletronicamente mediada serve como meio para fortalecer a tendência avassaladora da disseminação da cultura do consumo em massa.

Distintamente dos meios massivos tradicionais (audiovisuais e impressos), as mídias digitais permitem que ideias e percepções sobre a saúde sejam compartilhadas por meio de hipertextos e hiperlinks, constituindo uma relação de interatividade, que ocorre entre autores e coautores dos conteúdos informativos ou noticiosos, deste modo dinamizando as redes digitais.

No entanto, os conteúdos que estimulam o consumo são parte das estratégias de empresas que lucram com este mesmo consumo de serviços e tecnologias em saúde. Os atores promovem uma rede de sentidos sobre a saúde a partir da doença e o risco de ser acometido por esta, reforçando a interação em rede virtuais entre as indústrias e os profissionais de saúde;

entre pacientes e profissionais de saúde; indústrias e os meios de comunicação de massa; e esses com o público em geral, e, nos *blogs*, esses sentidos, em parte, são reproduzidos.

Os conteúdos postados nos *blogs* – especificamente, as notícias – são aparentemente informativas, despretensiosas e gratuitas, mas, de modo subliminar, instituem uma narrativa carregada de sentidos com a intenção de convencer os leitores acometidos ou não, por exemplo, pelo diabetes, a consumirem serviços e tecnologias, robustecendo a produção das necessidades de saúde⁶.

Assim, considerando que pode contribuir para a compreensão do papel das mídias digitais na disseminação de inovação tecnológica em saúde, este artigo tem como objetivo verificar, em *blogs* da região sul da Bahia, a aplicabilidade do Modelo de Análise do Discurso Noticioso em Saúde, utilizado para compreender a contribuição da mídia impressa na produção de demandas e necessidades de consumo dos produtos e cuidados na prevenção do diabetes, que foi testado para as mídias digitais.

Até o momento, estudos semelhantes analisaram notícias em impressos sobre a saúde, a partir métodos de análise do discurso e conteúdo sugeridos por Foucault e Orlandi, entre outros, todavia, sem necessariamente indicar algum modelo de análise. Desta forma, o uso do Modelo de Análise do Discurso Noticioso em Saúde justifica-se por tratar-se de um modelo utilizado em um estudo realizado em 2013, em revistas impressas de grande circulação nacional – como a ‘Veja’ e a ‘IstoÉ’ –, o que torna imprescindível testá-lo em outras mídias para verificar seus limites e possibilidades⁶.

A escolha pelos *blogs* decorre do reconhecimento da especificidade do uso das mídias digitais em análise de discurso em saúde. As mídias digitais, por natureza, ganham significados conforme o seu processo de reprodução na rede, a possibilidade de convergência midiática e a disseminação por diferentes atores, que podem ser influenciadores de seguidores.

Material e métodos

Este estudo é de natureza qualitativa, descritiva e exploratória. Inicialmente, foram selecionadas, na região sul da Bahia, as seis cidades com maior número de habitantes (Eunápolis, Ilhéus, Itabuna, Itamaraju, Porto Seguro e Teixeira de Freitas). Depois, através do *site* Google, identificaram-se os *blogs* dessa região que apresentaram *posts* com os descritores diabetes, metformina e insulina em suas publicações. Posteriormente, foram identificados 10 *blogs* e analisados 44 *posts* publicados em 2015. Os *links* e nomes dos *blogs*, a data, o título e fragmentos da notícia, informação ou dos comentários foram registrados no instrumento de análise elaborado para a sistematização dos dados. Para manter o anonimato, os *blogs* foram identificados como B1, B2, B3 e assim consecutivamente.

Com base nessa sistematização, buscou-se evidenciar o sentido das notícias publicadas nos *blogs*, a partir do Modelo de Análise do Discurso Noticioso em Saúde, constituído por premissas analíticas que estruturam as frases das notícias, sendo: 1) Sujeito da frase da notícia traz proposição como uma frase informativa, cujo conteúdo pode ser verdadeiro ou falso. As proposições funcionam como enunciados que expressam o sentido do termo ou do sujeito; 2) Predicado do sujeito da frase da notícia, composto de argumentos compreendidos como um conjunto de enunciados que se relacionam entre si e que validam a premissa, falaciosos ou não; e 3) Premissa implícita é a expressão do sentido da intencionalidade das notícias, que se desvela sob um processo dos raciocínios dedutivo e indutivo. O raciocínio dedutivo parte de uma proposição geral e conclui com uma proposição particular, que se apresenta como necessária. O raciocínio indutivo é aquele que, após considerar um número suficiente de casos particulares, conclui uma verdade geral⁷. Estas premissas estruturam-se no desenho das notícias ou informações, as quais instituem a intencionalidade; ou seja, o sentido que o autor pretende dar ao texto.

Esse modelo de análise foi constituído a partir de leituras realizadas sobre a Lógica de Irving Copi⁷, destacando-se o estudo de métodos e princípios usados para distinguir o raciocínio correto do incorreto. Ainda, recorreu-se a Paul Ricoeur⁸, em especial, à sua obra ‘Teoria da Interpretação’, na qual o discurso e o excesso de significação explicitam a intenção de produzir no leitor uma relação de reciprocidade, se configurando como um diálogo.

As notícias publicadas pelos *blogs* seguem praticamente o mesmo padrão dos meios massivos tradicionais. A diferença está no formato dos textos e hipertextos, na possibilidade de se reproduzirem e ampliarem as informações com fontes complementares disponibilizadas, através dos *links* e hiperlinks que induzem o acesso a opiniões de especialistas, instituições de saúde nacional e internacional, bem como aos influenciadores digitais do mercado de saúde. Portanto, os *posts* e as reações dos seguidores dos *blogs* podem apresentar-se como limites no que tange à aplicabilidade das premissas analíticas do Modelo de Análise dos Elementos Constitutivos do Discurso Noticioso em Saúde.

O sujeito da frase da notícia se expande através dos *links*, mas a produção do conteúdo da mensagem utiliza as mesmas estratégias de convencimento. A intencionalidade é atingir a rede conectada de atores em busca de notícia e informação sobre saúde. Deste modo, a proposição discursiva se reporta a saúde, doença e cuidado para atingir o potencial consumidor de produtos e serviços de saúde.

O predicado do sujeito da frase da notícia, que dá significação ao sujeito da frase da notícia, também é observado *blogs*. Todavia, a mensagem é ressignificada pela dinâmica da rede, observada nas reações de apoio ou no compartilhamento de novos argumentos validadores, como informações relativas a região, tempo (recorte cronológico da notícia), opiniões de especialistas. A categoria tempo, diferentemente do que ocorre nas mídias tradicionais, pode se tornar atual nas mídias digitais, ainda que as informações estejam

relacionadas a um evento passado. A premissa validadora técnico-científico emerge também como elemento de fortalecimento através de *links* e glossários. A premissa implícita reflete a intencionalidade da mensagem também nos *blogs*, e visa convencer o leitor a partir de sentidos afirmativos ou negativos daquilo que o autor pretende comunicar.

A grande diferença que se estabelece entre a mídia massiva e a digital se expressa no formato da sua disseminação, produção e recepção. Conforme a dinâmica da rede, as mensagens e notícias que denotam a interação dos atores nem sempre assumem outros significados, seja através de *posts*, *links* ou hiperlinks. No contexto da saúde, ainda que de modo fragmentado, o autor constrói uma visão sobre saúde, doença e cuidado, a partir do compartilhamento de conteúdos discursivos pautados no medo e na esperança.

Resultados e discussão

Os atores da rede reconfiguram o processo de comunicação quando os papéis de emissor e receptor se revezam na produção de narrativas, no compartilhamento de notícias e informações, na edição de materiais audiovisuais, podendo ou não modificar o sentido e o formato da produção de notícia. Portanto, distinguem-se dos meios de massa tradicional pelo potencial de ressignificação da notícia, a partir de novos comentários, compartilhamentos e recompartilhamentos. O ator é o produtor e disseminador da notícia ou informação; e também participante da rede, podendo ser não só o *blog*, mas também os seus seguidores.

Para Lemos¹, alguns princípios norteiam a cibercultura: a ‘mudança do polo de emissão na produção de conteúdo’; a ‘reconfiguração midiática’ e a ‘conexão em rede’. O polo de emissão, as notícias e informações que circulam na rede não são necessariamente produzidas de forma hegemônica pela mídia tradicional. A convergência de mídias (audiovisuais e textos) retroalimenta a ação dos atores,

de acordo com a intencionalidade da notícia. A conexão em rede forma um ambiente interativo. Neste ambiente, os atores produzem narrativas sobre a realidade local e sentidos, a partir de vozes dissonantes no ciberespaço. Neste contexto, a conexão em rede modifica o processo de produção, apropriação e disseminação das informações e notícias, fato que possibilita observar os limites e possibilidades no uso do Modelo de Análise dos Elementos Constituintes do Discurso Noticioso em Saúde, que agora também avança para compreender a informação.

Foi fundamental o reconhecimento das diferenças entre mídia massiva e mídia digital. Para a análise das notícias publicada na 'Veja' e na 'IstoÉ', o modelo conseguiu compreender os sentidos criados por atores da produção, o polo de emissão, autor de narrativas sobre prevenção e cuidado de doenças e agravos. Entretanto, o modelo de análise aplicado ao contexto das mídias digitais possibilitou constatar que a interatividade altera o processo comunicacional e ressignifica a prática na produção de conteúdo. Os papéis de emissor e receptor se revezam, ainda que isso requeira um maior cuidado na explicitação dos argumentos. Diante disto, o espaço dos *blogs* e a rede de *blogs*, considerados pela literatura como atores, reproduzem notícias, as quais são objetos de contestação e assimilação pelos seus seguidores. Deste modo, o uso do modelo trouxe o desafio de analisar os textos estruturados com *links* e hiperlinks que levam a novos conteúdos e aplicativos.

A saúde nos *blogs* do sul da Bahia

Os *blogs*, como ferramentas virtuais, permitem a convergência de mídias e contribuem para a discussão de temas importantes, especialmente sobre a saúde. Podem reproduzir informações e notícias oriundas dos meios massivos, principalmente divulgados pelos veículos de notícias impressos que, simultaneamente, publicam conteúdo em versão on-line. De acordo com Martino⁹, a sua natureza pretende atingir um

público maior, distintamente dos *blogs* pessoais, que, em muitos casos, reproduzem notícias já divulgadas nos meios massivos. Constatou-se a preponderância de *blogs* individuais e jornalísticos.

A cidade de Itabuna (BA) apresentou o maior número de *blogs*, com 20 (39,21%); seguida por Teixeira de Freitas (BA), com 11 (21,56%); e Ilhéus (BA), com 8 (15,68%). Juntas, as demais cidades apresentaram 12 (23,52%). A partir do exposto, observa-se que os *blogs* aparecem como um meio bastante utilizado pela população local para se manter informada sobre as notícias, nas cidades supracitadas da região sul da Bahia, paralelamente aos meios massivos (audiovisuais e impressos).

No que se refere à identidade dos autores, observou-se que em Teixeira de Freitas (BA), em todos os *blogs*, os autores estavam nominados nas páginas. Em Itabuna (BA), por sua vez, apenas 12 (60%) continham o nome do autor; já em Ilhéus (BA), apenas 4 (50%). No entanto, em relação à presença do perfil desses autores nas páginas dos *blogs*, em Itabuna (BA), apenas seis (30%) *blogs* apresentaram o perfil do blogueiro. Em Teixeira de Freitas (BA), dois (18,18%), e em Ilhéus (BA), apenas um (12,5%). A partir da análise dos tipos de postagens, verificou-se que o texto está presente em todos os *blogs*; as imagens em 50 (98,02%) *blogs*; o vídeo em 6 (11,76%) *blogs*; e o áudio em apenas 1 *blog*. A convergência midiática torna-se significativa quando, através de distintas mídias utilizadas para a disseminação de conteúdos sobre a saúde e do próprio *blog*, dinamiza o fluxo das informações, o que implica na existência de atores que interagem formando uma rede capaz de compartilhar e recompartilhar a notícia.

Os *posts* sobre a saúde divulgados por diferentes mídias se constituem como um processo que se denomina como transmídia, o qual se refere ao uso de algumas mídias para contar uma história ou transmitir mensagens e/ou notícias, formando uma rede de atores (individuais ou coletivos) que dinamizam os *blogs*. Nesse sentido, constatou-se que o *site* de rede social Facebook foi utilizado por 31 (60,77%) *blogs*, seguido de microblogs como o Twitter por 17 (33,33%), o Instagram por 9 (17,64%), o Youtube por 3 (5,88%) e o WhatsApp por 1 (1,96%) *blog*.

O conteúdo temático presente nos *blogs* era diversificado. Essa diversificação decorre da característica da própria mídia digital, que forma as redes de acordo com interesses específicos. Nesse sentido, as notícias estavam presentes em 38 (74,5%) *blogs*; a propaganda em 25 (49,01%); denúncias em 23 (45,09%); política em 22 (43,13%); entretenimento em 19 (37,25%); polícia em 18 (35,29%); esportes em 18 (35,29%); entrevistas em 15 (29,41%); saúde e cultura em 6 (11,33%); economia e divulgação de artigo em 5 (9,8%); educação e acidentes em 3 (5,88%); divulgação de eventos em 2 (3,92%); imóveis, investigação, agricultura, serviço e religião em 1 (1,96%).

Um elemento a ser destacado nesses dados é a preponderância de notícias nos *blogs* (75%). Isto confirma que tal gênero jornalístico está presente nesta mídia, ainda que sua maioria seja de caráter individual. Por outro lado, ainda que não seja objeto deste estudo, os dados apontam para a existência de um público receptor, que é uma atividade que se desenvolve em rede, de acordo com Martino⁹⁽³⁷⁾, com a “[...] produção de conteúdos, discussões, troca de ideias e engajamento com as práticas relacionadas ao que gosta”.

Análise dos Elementos Constitutivos do Discurso Noticioso em Saúde

O Modelo de Análise dos Elementos Constitutivos do Discurso Noticioso em Saúde constitui premissas analíticas que contribuem

para a análise dos sentidos das notícias, e a interpretação e apropriação do discurso, que envolve interpretar e ser interpretado. Todo o processo de interpretação ocorre em um campo de tensões e interesses que envolvem a mídia como mediadora da notícia.

O modelo permite identificar as estruturas de disseminação das notícias, com conteúdos que produzem as sensações de medo e esperança no processo de saúde, doença e cuidado, centradas no modelo biomédico, focado na especialização e no consumo de bens e serviços para atender o mercado de saúde.

A compreensão se dá na relação dialética entre interpretar e apropriar-se da intenção dos sentidos que se quer noticiar. Assim, parte-se do princípio que todos interpretam indistintamente os sentidos das notícias. A diferença neste processo encontra-se na amplitude da interpretação, que depende dos códigos históricos, culturais, cognitivos e sociais de cada leitor.

O sentido produzido pelas notícias vem carregado de intencionalidades, que podem partir de argumentações e raciocínios de caráter indutivo e/ou dedutivo. O raciocínio se desenvolve a partir da semelhança entre casos particulares, porém não se chega a uma conclusão geral, mas só a outra proposição particular. Além disto, se assemelha à indução e considera somente um caso particular como ponto de partida.

Figura 1. Modelo de Análise dos Elementos Constitutivos do Discurso Noticioso em Saúde



Fonte: Guimarães⁶.

O sujeito da frase da notícia traz proposição como uma frase informativa, cujo conteúdo pode ser verdadeiro ou falso. As proposições funcionam como enunciados que expressam o sentido do termo/sujeito.

O predicado do sujeito da frase da notícia é composto de argumentos que se relacionam entre si, falaciosos ou não, podendo se manifestar através de inferências que fortalecem o discurso noticioso.

A premissa implícita é a intencionalidade das notícias, e se desvela sob um processo de raciocínios indutivo e dedutivo. O raciocínio dedutivo parte de uma proposição geral e conclui com uma proposição particular, que deriva logicamente das premissas. E o raciocínio indutivo é aquele que, após considerar um número suficiente de casos particulares, conclui uma verdade geral⁷. As premissas também compõem o discurso noticioso e esses elementos instituem a intencionalidade, ou seja, o sentido que o autor pretende dar ao texto da notícia.

O primeiro elemento do modelo de análise que constitui o discurso noticioso em saúde é o sujeito da frase da notícia, composto por três premissas: a) Premissa totalizante direta, aborda o cuidado e

as complicações; b) Premissa totalizante indireta, aborda temas sobre prevenção, fatores de risco e diagnóstico; c) Premissa particularizante, através da qual o indivíduo é identificado na notícia.

Com relação ao sujeito da frase da notícia, verificou-se que 26 (59,09%) posts foram classificados como premissa totalizante indireta, ou seja, a notícia estava voltada para a população em geral e não para pessoas com diabetes, sendo que 16 (36,36%) posts abordaram o tema prevenção da doença; 5 (11,36%) abordaram fatores de risco; e 5 (11,36%) falaram sobre diagnósticos da doença. Como pode ser observado no fragmento de notícia com foco na prevenção do diabetes, “[...]o mutirão do Dia D, serão oferecidas palestras sobre prevenção e detecção do diabetes, orientações nutricionais e físicas” (B2).

O sentido desse fragmento da notícia reforça o modelo biomédico de cuidado da saúde centrado no risco, como uma forma de sentimento de medo de adquirir a doença; no diagnóstico associado à prevenção da doença, sem evidenciar os determinantes sociais e culturais produtores da incidência do diabetes. Observa-se, também, o indivíduo como único responsável pela sua saúde e pelo combate ao risco do diabetes.

Constatou-se que 17 (38,64%) *posts* foram classificados como premissa totalizante direta, quando as notícias são voltadas para pessoas com a doença, neste caso, o diabetes, sendo que 11 (25%) abordavam o cuidado/controle da doença e 6 (13,64%) falavam sobre as complicações da doença, como se vê a seguir:

A capacitação terá duas frentes de abordagem: alimentação saudável e contagem de carboidratos. O evento é dirigido a diabéticos (especialmente, usuários de insulina), familiares, cuidadores, profissionais de saúde [...]. (B1).

Em uma economia de mercado, o financiamento de qualquer evento é feito pelo Estado, pelos próprios participantes ou pelo setor privado. O público-alvo do evento ‘Diabéticos (especialmente, usuário de insulinas), familiares, cuidadores, profissionais de saúde’ sugere os principais atores da narrativa da notícia: o acometido pela doença e seus cuidadores. Isto reflete uma informação dirigida para receptores específicos, não somente consumidores, mas difusores indiretos de determinado medicamento ou tecnologia em saúde.

Com isso, aparece outro elemento do sujeito da frase da notícia, que é a premissa particularizante quando a notícia aborda um caso particular, uma experiência individual, como um argumento que fortalece o discurso noticioso sobre a saúde correlacionando-se com a oferta de serviços e tecnologias para o consumo. Isto se verificou em apenas um (2,27%) *post*, conforme pode ser constatado abaixo:

Levanto cedo e aplico diariamente 18 UI de Lantus pela manhã; meço a glicemia pelo menos umas seis vezes ao dia; e arrumo disposição para fazer uma hora de exercício, diariamente. Esse esforço compensa quando comparo meu vigor, minha saúde, com a de muitos de meus amigos. Aí, percebo que estou em grande vantagem, e digo isso sem hipocrisia alguma. (B7).

A notícia apresenta a narrativa de uma pessoa acometida pelo diabetes, dando destaque

a uma rotina diária, mas traz o nome do medicamento e, ao mesmo tempo, indica que o uso dessa insulina associada à prática de atividade física resulta em maior ‘vigor’ para sua saúde, quando comparada à saúde dos seus amigos, podendo atestar tudo isso com um discurso moral que traz bastante vantagem para si.

Essa perspectiva se fundamenta no segundo elemento do modelo de análise que constitui o discurso noticioso em saúde, ao referir-se ao predicado do sujeito da frase da notícia, que dá significação ao sujeito da notícia e subdivide-se em duas categorias de análise, sendo a primeira referente às premissas que validam o discurso da notícia, ou seja, premissa validadora referente a: a) a região de referência da validação da notícia; b) ao recorte cronológico da notícia; c) ao período em que as empresas disseminam produtos e serviços; d) ao parecer técnico-científico; e) ao acometido como um elemento apelativo e emocional. A segunda categoria refere-se à premissa sugestiva conclusiva, tocante ao processo comunicativo, que culmina na intencionalidade da notícia, visando convencer o leitor a partir de sentidos afirmativos ou negativos daquilo que o autor pretende comunicar⁶.

Com relação à região de referência da validação da notícia, ela esteve presente em todos os *posts*. A premissa validadora técnico-científico, que retrata a força da validação do discurso da notícia, foi apresentada em 40 (91%) *posts*. Sendo estes validados por professores, pesquisadores e médicos, entre outros. Observa-se, com isto, a constituição de redes de micro poder implicitamente disseminadas. Segundo Foucault¹⁰⁽²⁵⁵⁾,

[...] o poder não tem função única de reproduzir as relações de produção. As redes da dominação e os circuitos da exploração se recobrem, se apoiam, interferem uns nos outros, mas não coincidem.

Conclui-se que a notícia legitima uma rede de poder para o convencimento do leitor, e a notícia é validada pelas premissas validadoras

(espacial e técnico-científico). Pode-se verificar a importância que é dada às validações desses comentários por pesquisadores de universidades localizadas em países ditos de primeiro mundo, o que é exemplificado nos fragmentos a seguir:

Enquanto o Glucagon neutraliza a redução da glicose causada pela insulina, ele só está disponível na forma de um pó seco que é dissolvido em uma seringa antes da injeção intramuscular. [observou o pesquisador Michael R. Rickels, MD, MS, professor associado de medicina na Universidade da Pensilvânia, Perelman School of Medicine na Filadélfia]. (B7).

Em ambas as notícias analisadas, observou-se que se torna estratégico o discurso de quem sofre, e a sua rotina diária, tanto quanto a dos médicos e especialistas, entre outros, validando o consumo de produtos e serviços para a prevenção e o cuidado do diabetes, difundindo o modelo do cuidado centrado na perspectiva biomédica, a partir da disseminação de tecnologia em saúde. Sendo o lucro o fator determinante para motivar as empresas na produção de bens e serviços em saúde, e obter o retorno esperado, a garantia do mercado passa ser o objeto de desejo das empresas.

Em relação ao diabetes, parte-se do pressuposto da existência de uma identidade de público receptor/reprodutor da notícia, pois se referiram à prevenção, aos fatores de risco (excesso de peso, sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada) e ao diagnóstico da doença. Essas notícias são direcionadas para o público que vive em um contexto de risco em relação à sua idade e ao estilo de vida que leva. Quando a notícia aborda assuntos sobre o cuidado, e que impactam na morbimortalidade (complicações cardíacas, cerebrovasculares, vasculares periféricas, oculares, renais, neuropáticas; aceleração da morte e incapacidades), compreende-se que público leitor é o portador do diabetes⁶.

Por fim, constatou-se a premissa validadora acometido, que aborda o elemento apelativo e emocional do acometido pela doença em

apenas dois (4,55%) *posts*. No fragmento abaixo pode ser observado o apelo emocional para a validação do discurso.

Observa-se, ainda, que a estratégia de persuasão configura-se pela esperança de cura através do uso da insulina, evidenciando o incentivo ao consumo de medicamentos e a esperança de diminuição do desconforto. Para Marcondes Filho¹¹, configura-se como uma estratégia de esvaziar o real, o contraditório, o polêmico, inocentando o próprio sistema de mercado, para que a cultura do consumo se institua como algo naturalizado.

O predicado do sujeito da notícia revela o processo comunicativo que culmina na intencionalidade da notícia, visando convencer o leitor a partir de sentidos afirmativos ou negativos daquilo que o autor pretende comunicar. Logo, se divide em duas categorias de análise: a) Premissa sugestiva afirmativa; e b) Premissa sugestiva negativa.

A premissa sugestiva afirmativa esteve presente em 27 (61%) notícias analisadas, enquanto a premissa sugestiva negativa em 17 (39%). A premissa sugestiva conclusiva afirmativa dá relevância às qualidades positivas ideológicas do discurso que se pretende afirmar sobre a doença: a esperança, no que se refere à prevenção, ao diagnóstico, ao controle, a viver sem dor e à cura. O fragmento de *post* a seguir exemplifica estratégias de convencimento ao produzir a esperança em relação à cura, ao controle e à prevenção da doença:

O Encontro terá conferências, palestras, simpósios, mesa redonda com debates e direito a perguntas e respostas. Seu foco maior é a atualização dos profissionais de saúde em relação ao tratamento do Diabetes Mellitus, enfatizando as novas drogas, tecnologias e visando o controle ideal da doença, bem como a prevenção das complicações desde o atendimento primário, a nível ambulatorial. (B4).

O *post* apresenta proposições discursivas afirmativas para dar relevância às qualidades positivas ideológicas do discurso que se pretende afirmar sobre a doença: a esperança

no que se refere ao controle desta. Ou seja, a esperança de superar as possíveis limitações oriundas das complicações do diabetes, com o progresso da ciência.

A premissa sugestiva negativa dá relevância às qualidades negativas ideológicas no discurso que se pretende afirmar negativamente sobre a doença, diante de incertezas: o medo da doença, dos riscos, das complicações e da morte, conforme segue:

[...] além disso, a doença ainda pode causar infarto, problemas renais e cegueira – sendo que a maioria dessas complicações poderiam ser evitadas com diagnóstico precoce e adoção de hábitos mais saudáveis. (B4).

Outro post reflete também o medo:

A nutricionista Patrícia Ruffo, mestre em Ciências pela Universidade de São Paulo, afirma que somente 26% dos diabéticos conseguem controlar a diabetes, que é uma doença crônica. (B3).

Constata-se que o discurso disseminado nos *blogs* legítima e reproduz a cultura da medicalização. Usa as mesmas estratégias do medo e da esperança como fenômeno do convencimento dos participantes dos *blogs*, assim como ocorre com as mídias tradicionais. Portanto, no contexto das relações virtuais, constata-se que os sentidos narrativos das notícias atribuem ao processo saúde-doença um sentido enviesado para a manifestação patológica no indivíduo, o fortalecimento do consumo de bens e serviços para a prevenção do diabetes sem considerar os determinantes sociais produtores das enfermidades.

Por fim, o terceiro e último elemento que constitui o discurso noticioso em saúde é a premissa implícita, que apresenta a intencionalidade da notícia em seu texto e enunciados¹². Das 44 notícias analisadas, 21 (32%) sugerem que a intencionalidade foi disseminar informações sobre exames diagnósticos; 19 (29%) foram referentes a serviços de saúde disponíveis no mercado, ou a serem disponibilizados; informações referentes

a medicamentos disponíveis ou a serem lançados no mercado foram 15 (23%); 5 (8%) referiram-se ao mercado de alimentos e bebidas; aplicativos e outros apresentaram 2 notícias cada (3%); e, por fim, o mercado de livros, apresentou 1 (2%) notícia. Podem ser observados alguns elementos implícitos do discurso noticioso nos fragmentos a seguir:

Estudo comprova: beber cerveja diariamente traz benefícios à saúde. E a lista é grande: segundo um levantamento feito na Espanha, comprovou que tomar uma caneca da bebida por dia combate diabetes, evita ganho de peso e previne contra hipertensão. (B1).

[...] o aplicativo Dieta e Saúde, programa de emagrecimento saudável; além de outros produtos como Tecnonutri, Consulte.me e DS Kids, aplicativo voltado à alimentação saudável das crianças. (B4).

Os fragmentos evidenciam a divulgação de bebidas, na qual a cerveja seria o alimento preventivo para o diabetes, e aplicativos para alimentação saudável. Neste sentido, as informações veiculadas nos *blogs* evidenciam a divulgação de mercadorias. Portanto, as conexões em rede dos processos econômicos, políticos e culturais criam novas assimetrias, fontes de inclusão e exclusão, redefinem os processos produtivos, as relações de trabalho e as relações culturais.

Verificou-se a utilização de premissas e argumentos implícitos para vender notícias, divulgar tecnologias em saúde, a serviço das empresas que, estrategicamente, buscam formar ou fomentar mercado de consumidores de produtos e serviços, desde a prevenção até o cuidado do diabetes.

No campo da comunicação, percebe-se que a notícia tende a atingir um determinado consumidor específico, embora a intenção dos *blogs* que divulgam notícias seja atender a interesses privados, principalmente no que se refere ao mercado de saúde. Contudo, o sentido da notícia comumente presente nos

blogs influencia na criação de necessidades em saúde para gerar demandas; logo, as empresas utilizam esse recurso comunicacional para intensificar o consumo de produtos ou serviços. E o Estado, apesar de direcionar a notícia para o mesmo público-alvo das empresas privadas, visa às outras metas potencialmente voltadas para temas de interesse coletivo, vislumbrando também construir a sua hegemonia política.

A necessidade é uma categoria que dialoga com os princípios pétreos do Sistema Único de Saúde (SUS) e das políticas públicas que orientam as suas diretrizes e prioridades. O conceito de falsas necessidades surge a partir do desejo que se configura na dinâmica concorrencial e do marketing da indústria¹³. Portanto, pode-se observar que, apesar de todos os benefícios que as redes sociais proporcionam, há ainda o meio privado utilizando a mesma em razão do seu lucro, por exemplo, por meio das notícias e das premissas impostas através destas.

Considerações finais

Constatou-se que o Modelo de Análise do Discurso Noticioso em Saúde, utilizado na análise em mídias impressas (revistas), pode ser utilizado na análise de *blogs* na temática da saúde. Por um lado, reconhece-se que a notícia tem a capacidade de informar quando está exercendo a função educativa, quanto à doença, seus fatores de riscos à saúde, orientações preventivas, proteção contra os riscos e danos do diabetes. Por outro lado, atua como um instrumento de legitimação de uma estratégia de mercado, gerando necessidades de saúde que fortalecem a hegemonia deste próprio mercado, pois demarca uma lógica argumentativa, que pretende convencer o leitor (acometido pela doença ou não) da necessidade de consumir notícia, produtos e serviços.

Portanto, pode-se dizer que o uso do Modelo de Análise dos Elementos Constitutivos do Discurso Noticioso em Saúde possibilitou compreender como os *blogs* disseminam notícias aparentemente informativas e gratuitas, com

uma carga de sentidos que intenta convencer os leitores acometidos e não acometidos pelos diabetes, fortalecendo a produção das necessidades de saúde.

Vale ressaltar, ainda, que testar o Modelo de Análise do Discurso Noticioso em Saúde em *blogs* possibilitou verificar que, na mídia digital, cuja dinâmica e características diferem das relacionadas às mídias de massa, o modelo apresenta limites que decorrem da diferença de produção, disseminação e recepção de conteúdo comunicacional. O limite centra-se na dificuldade de encontrar uma estrutura de constituição dos sentidos noticiosos, quando os *links* também podem funcionar como indutores de significados ou ressignificados.

Por fim, para avanço no modelo para análise em mídias digitais, sugere-se a inclusão da premissa interativa como elemento integrante do predicado do sujeito da notícia, que consiste na compreensão do processo de interação entre emissor e receptor, com possibilidade de ressignificação ou não da mensagem. Ou seja, o receptor passa a ser o produtor ao confirmar, desconstruir ou ressignificar a mensagem.

Colaboradores

Guimarães JMM contribuiu para a concepção e o planejamento, análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Rangel-S ML contribuiu para a interpretação dos dados; elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Belens AJ contribuiu para interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Jorge JTB contribuiu para a interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Paim MC contribuiu para a interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Lemos A. A arte da vida: diários pessoais e webcams na Internet. In: XXV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. Salvador: Intercom; 2002 [acesso em 2018 set 15]. Disponível em: <http://www.portcom.intercom.org.br/pdfs/37b5da563c6bc5ec6f2697de38bffd84.pdf>.
2. Gunelius S. Marketing nas mídias digitais em 30 minutos: manual prático para divulgar seus negócios pela internet de modo rápido e gratuito. São Paulo: Cultrix; 2012.
3. Recuero RC. Weblogs, webrings e comunidades virtuais. Biblioteca online de ciências da comunicação [internet]. 2003 ago [acesso em 2018 set 15]. Disponível em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/recuero-raquel-weblogs-webrings-comunidades-virtuais.pdf>.
4. Ellison NB, Steinfield C, Lampe C. The benefits of Facebook “friends”: Social capital and college students’ use of online social network sites. *J Computer-mediated Comm* [internet]. 2007 jul [acesso em 2018 set 15]; 12(esp4):1143-1168. Disponível em: <https://academic.oup.com/jcmc/article/12/4/1143/45829615>.
5. Recuero R, Araújo R, Zago G. How does Social Capital affect Retweets? In: 5º ICWSM; 2011 jul 17-21. Barcelona. Barcelona: AAAI; 2011 [acesso em 2018 set 15]. Disponível em: <file:///D:/Revista/Downloads/2807-14222-1-PB.pdf>.
6. Guimarães JMM. Paradigmas e trajetórias tecnológicas em saúde: mídia, acesso e cuidado do diabetes [tese]. Salvador: UFBA/ISC; 2014. 170 p.
7. Copi IM. Introdução à Lógica. 3. ed. São Paulo: Mestre Jou; 1981.
8. Ricoeur P. *Le conflit des Interprétations: Essais d’Herméneutique*. Paris: Du Seuil; 1999.
9. Martino LMS. Teoria das mídias digitais: linguagens, ambientes e redes. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2015.
10. Foucault M. *A microfísica do poder*. 26. ed. São Paulo: Graal; 2013.
11. Marcondes CF. *O capital da notícia: jornalismo como produção social da segunda natureza*. São Paulo: Ática; 1989.
12. Fiorin JL. *Elementos da análise de discurso*. São Paulo: Contexto; 2013.
13. Aragão E, Loureiro S, Temporão JG. Trajetórias tecnológicas na indústria farmacêutica: desafios para a equidade no Brasil. In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Medbook; 2014.

Recebido em 14/07/2018
Aprovado em 22/10/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Identificando necessidades e possíveis soluções: com a palavra, pessoas idosas na Atenção Primária à Saúde

Identifying needs and possible solutions: with the word, elderly people in Primary Health Care

Rafael Rodolfo Tomaz de Lima¹, Marcelo Viana da Costa², Rosana Lúcia Alves de Vilar³, Janete Lima de Castro⁴, Kenio Costa de Lima⁵

DOI: 10.1590/0103-1104201811915

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - Natal (RN), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0647-5093>
limarrt@gmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - Natal (RN), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3673-2727>
vianacostam@yahoo.com.br

³Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - Natal (RN), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8393-2561>
rosanaalvesrn@gmail.com

⁴Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - Natal (RN), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1823-9012>
janetecastro.ufm@gmail.com

⁵Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - Natal (RN), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5668-4398>
limke@uol.com.br

RESUMO O objetivo deste artigo é compreender a percepção de pessoas idosas sobre a atenção à saúde promovida por profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para o enfrentamento de suas necessidades. Trata-se de um estudo descritivo com aproximação metodológica qualitativa, fundamentado na perspectiva de usuários da Atenção Primária à Saúde do município de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Utilizou-se o grupo focal como recurso metodológico, e os dados foram analisados com base no método da Análise de Conteúdo, na modalidade temática. Os resultados foram classificados em três unidades temáticas: (I) Necessidade de boas condições de vida; (II) Necessidade de acesso aos serviços de saúde; e (III) Possibilidades de atendimento às necessidades elencadas. A realização desta pesquisa evidencia que as necessidades das pessoas idosas, no cenário estudado, demandam ações intersetoriais. Outrossim, aponta elementos para uma reflexão crítica sobre a importância da adoção de estratégias nas três esferas de gestão para melhorar os determinantes sociais e diminuir os agravos à saúde dessas pessoas.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Idoso. Necessidades e demandas de serviços de saúde.

ABSTRACT *The aim of this article is to understand the perception of elderly people about health care promoted by professionals from the Family Health Strategy and the Family Health Support Center in order to meet their needs. This is a descriptive study with a qualitative methodological approach, based on the perspective of users of Primary Health Care in the city of Natal, Rio Grande do Norte, Brazil. The focal group was used as a methodological resource, and the data were analyzed based on the Content Analysis method, in the thematic modality. The results were classified into three thematic units: (I) Need for good living conditions; (II) Need for access to health services; and (III) Possibilities to meet the needs listed. The realization of this research shows that the needs of the elderly, in the scenario studied, demand intersectoral actions. It also points out elements for a critical reflection on the importance of adopting strategies at the three levels of management to improve social determinants and reduce the health problems of these people.*

KEYWORDS Primary Health Care. Family Health Strategy. Aged. Health services needs and demand.



Introdução

No âmbito internacional, a Declaração de Alma-Ata, resultante da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada no Cazaquistão, entre 6 e 12 de setembro de 1978, foi um marco importante para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS), pois reiterou a meta ‘Saúde para Todos nos Anos 2000’, definida durante a Assembleia Mundial de Saúde realizada em 1977, e defendeu a APS como modelo de atenção central no processo de desenvolvimento dos países^{1,2}.

Segundo Starfield³, a APS é um nível de cuidado que forma a base de qualquer sistema de saúde, abordando os problemas mais comuns na comunidade, ofertando serviços de prevenção, cura e reabilitação à população. A literatura apresenta evidências de que a APS é capaz de organizar e racionalizar o uso de recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção e a melhoria da saúde³.

No Brasil, a adaptação do conceito de ‘cuidados primários de saúde’ à realidade e às demandas do País incluiu a inserção de atividades de educação, vacinação, nutrição, saneamento, organização sociocomunitária, entre outras, significando uma ampliação do escopo da proposta original⁴. Porém, o fortalecimento da APS só teve início na década de 1990, com o processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda na década de 1990, mais precisamente, em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), derivado do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), fundado em 1991, com o objetivo de reorientar o modelo assistencial a partir da APS^{5,6}.

Tendo como base os princípios da promoção e proteção à saúde, e da prevenção de agravos, seja no âmbito individual ou coletivo, o PSF tornou-se eixo estruturante dos sistemas municipais de saúde, passando a se chamar Estratégia Saúde da Família (ESF), no ano de 2006⁷. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisada em 21 de setembro de 2017 através da Portaria nº 2.436,

do Ministério da Saúde, a ESF é o modelo de organização prioritário para expansão, consolidação e qualificação da APS. Além disso, é a principal porta de entrada do SUS e o principal meio de comunicação dos usuários com as redes de atenção à saúde. O cuidado proporcionado pelos profissionais da equipe multiprofissional da ESF, no âmbito domiciliar ou nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), é capaz de valorizar a singularidade e a história de vida dos sujeitos, estimulando a criação de vínculos entre os usuários e os serviços de saúde⁸.

Para potencializar a capacidade de mudanças nas práticas de atenção à saúde, também vem sendo discutida a necessidade de fortalecimento da lógica de redes de atenção coordenadas pelas equipes da APS^{9,10}. Outra estratégia para fortalecer a APS no Brasil e ampliar o escopo de atuação dos profissionais da ESF foi a criação, pelo Ministério da Saúde, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), em 2008, através da Portaria nº 154.

A partir da APS, as equipes multiprofissionais do Nasf, juntamente com as equipes da ESF, assumem a função coordenadora do SUS, e, com a realização do apoio matricial, visam a romper com as práticas de trabalho verticalizadas e hierarquizadas¹¹. Ademais, buscam proporcionar a integralidade do cuidado para os demais níveis de atenção¹².

Essa lógica de organização, orientada pela definição do território, pelo fortalecimento de vínculos, trabalho em rede e em equipe, mostra-se cada vez mais necessária frente às problemáticas que permeiam a vida e a saúde das pessoas. Entre essas questões de grande complexidade, o envelhecimento vem se configurando como fenômeno que merece cada vez mais atenção como forma de melhorar a qualidade de vida e ressignificar sua relevância social numa sociedade que envelhece em grandes proporções.

No contexto atual, onde o envelhecimento tem se tornado um fenômeno mundial¹³, a saúde da pessoa idosa (idade ≥ 60 anos) vem ganhando prioridade no SUS¹⁴. O Pacto pela

Vida e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), normativas publicadas em 2006, definiram que a qualidade da atenção à saúde da população idosa deve pautar-se na integralidade do cuidado e no desenvolvimento prioritário de ações no âmbito da APS¹⁵. Tais ações devem partir da identificação das necessidades das pessoas idosas, compreendendo que elas não são somente de ordem biológica, tampouco individuais e homogêneas¹⁶.

Neste artigo, assume-se que as necessidades são representadas por condições que permitem aproveitar a vida, constituindo-se em algo que precisa ser resolvido para que o indivíduo esteja satisfeito e continue a viver. As necessidades sempre irão variar, tornando-se amplas e diversificadas, e dependerão do estilo de vida de cada sujeito, bem como das oportunidades de acesso e de consumo dos serviços dos setores de saúde, educação, trabalho, habitação, alimentação, entre outros. Assumem caráter processual, pois, à medida que são atendidas, refazem-se na dinâmica de vida nos diferentes contextos sociais e históricos¹⁷⁻¹⁹.

Ademais, de acordo com Cecilio¹⁷, as necessidades podem ser entendidas como: 1) necessidade de boas condições de vida; 2) necessidade de garantia de acesso a tecnologias que melhorem e prolonguem a vida; 3) necessidade de vínculo com um profissional ou equipe de saúde; e 4) necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de viver.

Apesar dos importantes avanços da APS no Brasil, bem como no cuidado à saúde das pessoas idosas, alguns impasses e problemas ainda persistem e precisam ser discutidos para que soluções sejam encontradas. É preciso envolver a participação das pessoas idosas em todos os espaços organizacionais, políticos, sociais e culturais para a promoção do envelhecimento ativo e saudável, bem como adequar a formação e o processo de

trabalho das equipes da ESF e do Nasf à realidade desse segmento etário.

Nesse sentido, o presente artigo tem o objetivo de compreender a percepção de pessoas idosas sobre a atenção à saúde, promovida por profissionais da ESF e do Nasf, para o enfrentamento de suas necessidades.

Material e métodos

Este artigo é oriundo de um estudo descritivo com aproximação metodológica qualitativa, fundamentado na perspectiva de usuários da APS do município de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Em 2010, a população total da cidade de Natal era composta por 862.044 habitantes, onde 9,7% dessa população era idosa²⁰. Em conformidade com as regiões administrativas da cidade, a rede pública de saúde está dividida em cinco distritos sanitários (Norte I, Norte II, Leste, Oeste e Sul), mantendo em funcionamento 55 UBSF e com percentual de cobertura igual a 38,8%.

338.100 pessoas são atendidas por 98 equipes da ESF, quando o ideal, de acordo com os parâmetros da PNAB, era que houvesse 215 equipes para cobrir assistencialmente 100% da população do município²¹. Quanto à cobertura do NasF, no município estudado, existem três equipes, todas do tipo I, que dão apoio matricial às equipes da ESF em sete UBSF, localizadas nos distritos sanitários Norte I, Norte II e Oeste.

Utilizou-se o grupo focal como recurso metodológico, pois, através das discussões coletivas, é possível conhecer os comportamentos e sentimentos de grupos sociais sobre determinado assunto ou problema²², sendo esse recurso considerado o mais adequado para os objetivos da pesquisa. Foram realizados três grupos focais (*quadro 1*), conduzidos pelo autor principal do artigo.

Quadro 1. Descrição dos grupos focais. Natal, 2018

| Grupo focal | Local de realização | Data da realização | Número de participantes | Número de sessões | Duração média dos áudios |
|----------------------------------|---|--------------------|-------------------------|-------------------|--------------------------|
| I - Distrito Sanitário Norte I | Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) | 08/03/2017 | 12 | 01 | 1 hora |
| II - Distrito Sanitário Norte II | Unidade Básica de Saúde da Família | 30/03/2017 | 07 | 01 | 1 hora |
| III - Distrito Sanitário Oeste | Conselho Comunitário de Saúde | 24/07/2017 | 12 | 01 | 1 hora |

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

Anteriormente à realização dos grupos focais, uma visita foi feita em três UBSF, selecionadas intencionalmente por estarem localizadas nos três distritos sanitários onde as equipes do Nasf atuam, para apresentar os motivos, as razões, os interesses e os objetivos da pesquisa, bem como para selecionar os sujeitos participantes.

As sessões dos grupos focais aconteceram em datas, horários e locais previamente pactuados pessoalmente com as pessoas idosas com idade ≥ 60 anos, respeitando-se a definição adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para as pessoas consideradas idosas em países subdesenvolvidos²³, com capacidade de realizar as suas atividades cotidianas de forma independente, que tinham cognição e que se dispuseram a participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, os sujeitos tinham que ser atendidos e participar das atividades desenvolvidas pelos profissionais da ESF e do Nasf de cada UBSF selecionada. Ressalta-se que não houve a desistência de nenhum participante.

Para nortear as sessões dos grupos focais, um roteiro foi elaborado pela equipe de pesquisa e enviado por e-mail para treze profissionais, do serviço ou da universidade, com expertise em pesquisa qualitativa ou em envelhecimento populacional ou em formação em saúde, na perspectiva de aperfeiçoá-lo e validá-lo. Seis pesquisadoras (três doutoras e três mestras) deram devolutiva com contribuições para o roteiro, sendo utilizada uma versão final contendo sete questões.

A operacionalização da coleta dos dados aconteceu a partir do registro de áudio dos grupos focais realizados entre o pesquisador condutor e os participantes, bem como dos registros anotados com as observações de cada encontro.

A análise dos dados foi realizada com base no método da Análise de Conteúdo, na modalidade temática, contemplando as fases de pré-análise, exploração do material e interpretação dos achados²⁴. Em pesquisas qualitativas, a Análise de Conteúdo é utilizada para auxiliar a interpretação subjetiva de textos. Já o tema é um elemento significativo identificado a partir da leitura de um determinado conteúdo textual, denotando os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso que contribuirão para a formulação das unidades temáticas²⁴.

Inicialmente, foi realizada a transcrição dos áudios na íntegra, seguida da leitura flutuante dos textos, excluindo o que não era relevante para a pesquisa. Posteriormente, uma nova leitura foi feita para construir uma síntese dos fragmentos das falas, originando as unidades de contexto. Esses elementos foram interpretados, agrupando-se em núcleos de sentido e, consecutivamente, em temas que abrangiam um corpo de significados comuns e essenciais para a investigação do objeto de pesquisa. A partir disso, a análise das diferentes percepções resultou na identificação de três unidades temáticas, estruturadas conforme a árvore de codificação (*quadro 2*).

Quadro 2. Descrição da árvore de codificação. Natal, 2018

| Unidades Temáticas | Temas presentes |
|---|--|
| Unidade temática I: Necessidades de boas condições de vida | Violência Insegurança |
| Unidade temática II: Necessidades de acesso aos serviços de saúde | Falta de prioridade no atendimento Escassez de oferta de medicamentos Ausência de médicos na APS Oferta insuficiente de consultas e exames especializados |
| Unidade temática III: Possibilidades de atendimento às necessidades elencadas | Qualificação dos gestores em saúde Boas condições de trabalho para os profissionais da ESF e do Nasf |

Fonte: Elaboração própria, com base em dados da pesquisa.

Para preservar a identificação dos sujeitos participantes deste estudo durante a análise e a divulgação dos resultados, atribuiu-se um código para cada um. Ao todo, foram atribuídos 31 codificadores, tais como participante 01, participante 02, participante 03, e assim por diante. Ademais, as UBSF não foram identificadas, pois a análise deu-se com relação ao conjunto dos grupos focais e não especificamente para o grupo focal de cada serviço de saúde. Por fim, o processo de análise dos dados ocorreu concomitantemente ao período de realização dos grupos focais (*quadro 1*).

Em atendimento às Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelecem normas para a realização de estudos com seres humanos, a pesquisa que deu origem ao presente artigo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob o parecer nº 1.462.796.

Resultados e discussão

Entre os 31 sujeitos idosos participantes do estudo, 30 são do gênero feminino, com predominância da faixa etária de 70 a 79 anos. O aumento da expectativa de vida é acompanhado pela mudança do perfil epidemiológico e da existência de desigualdades sociais, econômicas e de gênero entre as pessoas idosas²⁵. Em

todo o mundo, a população idosa é majoritariamente feminina, de modo que a estimativa é que as mulheres vivam, em média, entre cinco e sete anos a mais que os homens²⁶. No Brasil, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁰, a população idosa feminina passou de 2,2%, em 1940, para 4,7%, em 2000, e para 6%, em 2010.

Outrossim, historicamente, as mulheres sempre fizeram um maior uso dos serviços de saúde, pois, no contexto social brasileiro, os homens crescem influenciados por uma cultura onde a masculinidade impõe que as emoções e as fragilidades do próprio corpo não devam ser demonstradas. Logo, os homens, em sua maioria, são vistos por si e pelos outros como pessoas fortes e que não adoecem, o que produz reflexos negativos no campo da saúde²⁷.

Em todas as faixas etárias, os homens procuram os serviços de saúde em último caso, principalmente a assistência médica em estabelecimentos da atenção especializada, e, comparando-se com as mulheres, são os que mais sofrem com as doenças crônico-degenerativas²⁸. Diante disso, talvez essa seja a justificativa para a grande participação de mulheres idosas na pesquisa sobre o tema proposto.

Ademais, do total de respondentes, 26 utilizam somente os serviços da rede pública quando buscam atenção à saúde. Durante a realização dos grupos focais, os participantes foram estimulados a refletir sobre as suas necessidades, bem como sobre as possíveis

medidas para solucioná-las. As falas serão apresentadas dialogando com referenciais teóricos que dão aporte aos temas encontrados, contribuindo para a compreensão da análise.

Unidade temática I: Necessidades de boas condições de vida

De acordo com os participantes dos grupos focais, a violência e a ineficiência da segurança pública são condições que afetam o bem-estar, a saúde e a qualidade de vida das pessoas idosas.

Nós precisamos muito, também, é de segurança no bairro. Segurança que a gente não tem [...] Isso afeta demais a nossa saúde! A gente não pode sair, não pode sair de casa fora de hora. De dia, a gente sai com medo, imagine à noite. (Participante 22).

A violência é um fenômeno complexo e de múltipla causalidade que afeta as pessoas independentemente do gênero, da faixa etária ou da classe social, configurando-se em um problema global responsável por gerar impactos sociais, econômicos e psicológicos²⁹. Apesar da sua multicausalidade, a violência pode ser definida como o uso da força física ou do poder contra si ou contra outro(s) indivíduo(s), resultando em lesão, dano psicológico ou morte³⁰.

No Brasil, a violência, juntamente com os acidentes, ocupa as principais posições no *ranking* das causas de morbimortalidade, representando um desafio atual para o SUS, pois evidencia a necessidade de formulação de políticas públicas específicas para enfrentar esse dano, bem como de estruturar e organizar redes de serviços para assistir as pessoas acometidas³¹.

No estado do Rio Grande do Norte, entre 2010 e 2014, por exemplo, ocorreu um aumento significativo de mortes por violência, sobretudo de homicídios. Ao todo, foram cerca de 10.000 óbitos por agressão³², concentrados,

principalmente, na Região Metropolitana de Natal³³. Como já debatido neste artigo, a violência tem múltiplas causas, entretanto, o contingente da força policial é uma medida paliativa importante para garantir a segurança pública e diminuir o coeficiente de mortalidade por violência.

Em 2000 e em 2010, o estado de Santa Catarina ocupou a segunda colocação no *ranking* das Unidades Federativas menos violentas e com menor coeficiente de homicídio por 100 mil habitantes no Brasil. Acredita-se que essa permanência é justificada, principalmente, pelo aumento e pela qualificação da guarda policial no estado catarinense, existindo 1 policial para 475 habitantes³³.

Ainda de acordo com Lima et al.³³, no mesmo *ranking*, o Rio Grande do Norte saiu da 24^a posição em 2000 para a 19^a posição, em 2010, mantendo o contingente de 1 policial para cada 376 habitantes e tornando-se um estado moderadamente violento. Mesmo não sendo o segmento etário mais atingido pela violência urbana, mas por maus-tratos praticados por familiares³⁴ e por lesões autoprovocadas³⁵, as pessoas idosas sofrem com a insegurança que amedronta amigos e familiares mais jovens, conforme trecho a seguir:

Um dia entraram no posto de saúde e levaram o celular de todo mundo, até do meu filho que estava lá para ser atendido. Eu fico doente com essa situação, eu fico preocupada com o meu filho... Eu fico muito nervosa! Eu queria muito um psicólogo, um neurologista bom aqui no posto de saúde, porque eu preciso muito... Essa situação me deixa muito nervosa. (Participante 14).

No cenário de crise política e econômica vivenciada em todo o Rio Grande do Norte, atingindo os setores da saúde, da educação e, especificamente, da segurança pública, policiais civis e militares usam o direito constitucional de greve para reivindicar por melhores condições de trabalho e pelo pagamento dos salários atrasados. Sendo assim, buscam melhorar a segurança pública e, em última análise,

contribuir para a qualidade da saúde física, emocional e mental das pessoas idosas.

Diante do contexto descrito, bem como do conceito de atenção à saúde que incorpora os determinantes sociais, é preciso desenvolver ações de promoção da saúde em prol do envelhecimento ativo e saudável, na perspectiva de ampliar as formas de cuidado e garantir uma qualidade de vida independente e autônoma às pessoas idosas, sem exclusão social³⁶, pois a violação da garantia de direitos a essa parcela da população, atrelada à violência urbana e ao medo, isola as pessoas idosas e as deixa ainda mais fragilizadas.

Considerando os princípios e as diretrizes do SUS, tais ações devem estar articuladas com outros setores para diminuir as vulnerabilidades que afetam o modo de vida da população idosa e reverberam em problemas de saúde. Além disso, é preciso envolver a participação das pessoas idosas nos espaços, incluindo as UBSF, responsáveis pelo planejamento e pelo desenvolvimento de ações de promoção da saúde.

Entretanto, este estudo revela que isso é cada vez mais difícil de ser garantido em virtude da inexistência de espaço físico adequado e da inacessibilidade presente nos serviços da APS, elucidadas nos trechos presentes na próxima unidade temática.

Unidade temática II: Necessidades de acesso aos serviços de saúde

Ao procurar os serviços de saúde, especialmente as UBSF, as pessoas idosas afirmam existir obstáculos que dificultam a garantia do acesso, tais como: falta de prioridade no atendimento, escassez de oferta de medicamentos, ausência de médicos na APS e oferta insuficiente de consultas e exames especializados nos demais estabelecimentos da rede de atenção à saúde.

A pessoa vai pra uma fila e quando... Aquelas gestantes tudinho tem direito também à nossa

fila, né? Bota um bebezinho no braço, tem direito... O menino já andando, mas tem direito também porque tá no braço [...] no colo. Aí a gente olha... Fica esperando. (Participante 18).

Não tem remédio suficiente pra a gente tomar no posto de saúde [...] não tem médico pra atender a gente direito. (Participante 04).

[...] é um atendimento precário, né?! Num dia não tem médico, pra marcar uma consulta ou um exame é um sacrifício, não tem hora e nem tem dia. A saúde tá precária! (Participante 03).

Já faz bem um ano que eu fui marcar um exame do coração no posto de saúde e, até hoje, não fiz esse exame. Estou com mais três exames indicados pra fazer que o médico passou. (Participante 11).

Na sociedade brasileira, pessoas vinculam cada vez mais as suas necessidades aos projetos ou ideais de saúde, compreendendo que tais necessidades são supridas, impreterivelmente, pelo consumo de serviços e tecnologias de saúde¹⁸. Essa distorção fortalece a interpretação de que ser saudável é ter somente acesso aos estabelecimentos de saúde, com concentração na dependência ao conhecimento técnico-científico do profissional médico, reforçando o fenômeno conhecido como medicalização da sociedade¹⁸. Atrelado a esse fenômeno está a dependência da população, sendo retratada aqui a população idosa, às prescrições médicas, aos medicamentos, aos exames laboratoriais e aos conhecimentos especializados, disseminando a ideia do indivíduo doente e subordinado ao médico³⁷.

Mundialmente, a assistência centrada no médico e no conhecimento biológico vem tentando ser rompida desde 1920, com a publicação do 'Relatório Dawson'. O referido relatório analisou os problemas do sistema de saúde da Inglaterra e foi um dos primeiros documentos a destacar o protagonismo da APS para atender às necessidades das populações¹. No Brasil, destaca-se o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a criação do SUS e a expansão da

APS, com foco no trabalho da ESF e do Nasf, para coordenar o cuidado em saúde e atender às necessidades da sociedade¹.

O cuidado integral no âmbito da ESF requer a atuação de um elenco de profissionais para além do médico, tais como o agente comunitário de saúde, o cirurgião-dentista, o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o técnico em saúde bucal, bem como os profissionais do Nasf³⁸. Porém, os achados deste estudo nos mostram que a percepção das pessoas idosas sobre o cuidado em saúde vai ao encontro do modelo de saúde hegemônico centrado no conhecimento biomédico.

Apesar disso, é preciso respeitar a percepção das pessoas idosas que contribuíram para o presente estudo, pois as suas falas são heranças de um modelo tradicional de atenção à saúde que apresenta pouca capacidade de resposta às necessidades. Elas, as pessoas idosas, não vivenciam uma APS suficientemente forte a ponto de perceberem a pouca resolutividade do modelo médico-assistencial e, em razão dessa complexidade, sentem, sim, a necessidade de um atendimento individualizado.

As necessidades não são totalmente reconhecidas, havendo barreiras para usufruir do direito à saúde, assegurado constitucionalmente pelo Estado, de forma ampla e integral. Entre essas barreiras, está a falta de prioridade no atendimento. De acordo com o Estatuto do Idoso, instaurado em 1º de outubro de 2003 através da Lei nº 10.741, cabe à família, à sociedade e ao Poder Público assegurar o atendimento prioritário, preferencial, imediato e individualizado das pessoas idosas nos órgãos, públicos e privados, prestadores de serviços à população.

Em 2017, mais precisamente, no dia 12 de julho, o Governo Federal publicou a Lei nº 13.466, que altera o Estatuto do Idoso e dá atendimento preferencial às pessoas idosas longevas (idade ≥ 80 anos) em relação às demais pessoas idosas. No âmbito do SUS, ainda segundo a Lei nº 13.466, entre as pessoas idosas, as pessoas longevas também terão prioridade no atendimento, exceto nos casos de urgência. Tal iniciativa é justificada pela forte dependência das pessoas idosas dos

serviços de saúde, especialmente das pessoas idosas longevas, que, no cenário atual, representam o segmento etário mais crescente no Brasil³⁹.

Outro entrave destacado nas falas das pessoas idosas que participaram dos grupos focais diz respeito à dificuldade de ter acesso aos serviços especializados de saúde. A oferta insuficiente de atenção especializada repercute em longos tempos de espera e demanda reprimida, impossibilitando o cuidado imediato e integral, por mais afinado que esteja o elo entre os serviços de saúde⁴⁰.

Para a integralidade do cuidado, é preciso garantir o acesso e articular os diferentes níveis de atenção para dar resolutividade às necessidades das pessoas idosas. Nesse sentido, a APS tem o poder de interferir diretamente no desempenho da atenção especializada, uma vez que é a partir do nível primário de atenção que é gerada a maior parte da demanda para os demais serviços de saúde⁴¹.

A implementação da ESF e do Nasf se consolidará com a provocação de mudanças nos serviços de saúde para além da APS. A partir disso, acontecerão transformações nos processos de trabalho do sistema de saúde e, consecutivamente, no modelo de atenção à saúde vigente. No âmbito do cuidado para com as pessoas idosas, resultará na compreensão de indivíduos em suas totalidades.

Unidade temática III: Possibilidades de atendimento às necessidades elencadas

Apesar de sempre terem em mente a figura do médico, quando questionadas sobre a atuação da equipe multiprofissional da ESF e do Nasf, as pessoas idosas relatam que os profissionais são bem qualificados e que há uma boa satisfação quanto ao trabalho que eles realizam.

Todas nós achamos que somos bem atendidas porque eles nos atendem muito bem,

principalmente nós idosas somos muito bem cuidadas, né? (Participante 14).

Eles sabem atender, mas não podem fazer nada, coitados. Não recebem nem o dinheiro que trabalham. (Participante 20).

Do mesmo modo, reconhecem que as soluções para as necessidades elencadas não estão ao alcance dos profissionais em questão, pois extrapolam as suas atribuições e responsabilidades.

Está faltando tudo para a saúde, e o povo não pode fazer nada, porque quem deve fazer são os governantes, e eles não fazem. Aí, eles vão fazer o quê, coitados? Trabalhar de graça? Tentam ajudar, mas não podem. Está todo mundo aqui querendo marcar exames, mas cadê as condições para eles trabalharem? Falta o pagamento deles, falta tudo... O material falta, e eles vão fazer o quê? Vão tirar do bolso deles sem poder? Falta os governantes tomarem providência com isso. (Participante 30).

Ainda de acordo com as pessoas idosas, qualificar os gestores das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) do setor saúde seria um caminho prioritário para a resolução das necessidades elencadas. A partir da qualificação dos gestores para o planejamento e o desenvolvimento de ações voltadas para as necessidades das pessoas idosas, seria possível criar serviços de saúde contendo atendimento prioritário para essas pessoas, bem como com boas condições de trabalho para os profissionais de saúde, diferentemente da realidade encontrada nas UBSF.

[...] tem que mudar os governantes. Eu acho que não são os profissionais, porque tem profissional aqui que atende de mão cheia, só falta até dar a cura da gente, mas não pode fazer nada, né? Se chegar alguém para fazer um curativo, elas procuram uma gaze e não tem, procura uma seringa para aplicar e não tem... Então vem lá de cima. (Participante 31).

Quem pode resolver tudo isso é, por exemplo, as autoridades federal, estadual, né? [...] o Secretário de Saúde também, que faz parte... que eu acho que é um dos principais pra resolver isso aí. (Participante 14).

Com o incremento do processo de implantação e descentralização do SUS, a gestão em saúde passou a ser definida como um dos critérios importantes para a melhoria da qualidade da atenção à saúde⁸. O bom gestor em saúde é visto como aquele que se compromete com os objetivos finais da instituição em que atua, sendo capaz de desenvolver, de maneira satisfatória, os seus conhecimentos gerenciais, extrapolando o cumprimento de atividades meramente administrativas e preventivas e desenvolvendo ações voltadas para a integralidade, universalidade e equidade do cuidado⁴².

Porém, a gestão em saúde também é um dos desafios atuais para a consolidação do SUS. No setor público brasileiro, o modelo de gestão encontrado nas instituições de saúde é fruto do modelo de administração implantado em meados do século XIX, cujos princípios norteadores foram a impessoalidade, o controle rígido dos processos administrativos, entre outros^{43,44}.

Com isso, as organizações públicas perderam a noção do seu principal objetivo, que é atender às necessidades da sociedade. No campo da saúde pública, isso implica diretamente a qualidade da assistência ofertada à população. Essa forma de organização nas instituições de saúde resulta em ambientes de trabalho complexos, onde os profissionais tornam-se cada vez mais desvalorizados e desmotivados, desenvolvendo com dissabor práticas de trabalho e, consecutivamente, de atenção à saúde⁴⁵.

Para qualificar o trabalho no interior das instituições de saúde, frisam-se aqui as UBSF, é preciso valorizar a força do trabalho por intermédio da qualificação profissional e de boas condições de trabalho. Ademais, é preciso praticar uma gestão em saúde que conte com os profissionais e a população. Destaca-se aqui a população idosa, para o planejamento e a tomada de decisões.

Considerações finais

O estudo realizado compreende que as necessidades das pessoas idosas, sendo a maioria delas mulheres entre 70 e 79 anos, demandam ações intersetoriais para serem resolvidas. Outrossim, aponta elementos para uma reflexão crítica sobre a importância da adoção de estratégias nas três esferas de gestão para melhorar os determinantes sociais e diminuir os agravos à saúde dessas pessoas, levando em consideração diferentes aspectos, tais como: meio ambiente saudável, renda, trabalho, saneamento, alimentação, educação, segurança pública e garantia de ações e serviços de boa qualidade no SUS.

No que concerne ao setor saúde, o princípio da integralidade talvez seja o mais acometido diante das fragilidades apresentadas e o que diretamente necessita de mudanças para que seja efetivado. Contudo, para garantia desse princípio, é necessária uma junção de práticas individuais e coletivas com garantia de acesso e articulação dos níveis de atenção.

Para contribuir para a transformação do modelo de atenção à saúde existente no País para as pessoas idosas, é preciso, primeiramente, conscientizá-las sobre os seus direitos, bem como sobre a organização da APS e

sobre o papel dos profissionais da ESF e do Nasf. Dessa forma, as pessoas idosas poderão exercer a cidadania, a participação cidadã, a autonomia e a independência, compreendendo que o cuidado em saúde e o desenvolvimento do envelhecimento saudável não estão condicionados ao consumo de serviços de saúde e aos saberes especializados.

Por fim, diante do acelerado crescimento da população idosa e do uso desse segmento etário dos serviços do SUS, se as necessidades das pessoas idosas não forem compreendidas e atendidas amplamente, poderão se tornar grandes problemas de diferentes magnitudes para a saúde coletiva.

Colaboradores

Lima RRT contribuiu para a concepção e o planejamento da pesquisa; análise e interpretação dos dados; elaboração do rascunho; e aprovação da versão final do manuscrito. Costa MV e Vilar RLA contribuíram para a revisão crítica do conteúdo. Castro JL e Lima KC contribuíram para a concepção e o planejamento da pesquisa; revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Aquino R, Medina MG, Nunes CA, et al. Estratégia Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 353-32.
2. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na atenção primária à saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(5):1499-1509.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco; 2004.
4. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde debate.* 2017; 41(115):1177-1186.
5. Santana JP, Castro JL. Os sanitaristas de Jucás e os agentes de saúde: entrevista com Antonio Carlile Holanda Lavor e Miria Campos Lavor. Natal: Una; 2017.
6. Castro JL, Araújo D, Pessoa MGA, et al. Programa Saúde da Família: flexibilidade e precarização no trabalho. In: Castro JL, organizadora. Gestão do trabalho no SUS: entre o visível e o oculto. Natal: Observatório RH NESC/UFRN; 2007. p. 17-42.
7. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA, et al. A ampliação das equipes de saúde da família e o Programa Mais Médicos nos municípios brasileiros. *Trab Educ Saúde.* 2017; 15(1):131-45.
8. Lima RRT, Castro JL. Estudo acerca do perfil: uma contribuição para as políticas de valorização profissional. In: Castro JL, Vilar RLA, Oliveira NHS, organizadoras. As trilhas e os desafios da gestão do trabalho e da educação na saúde. Natal: Una; 2016. p. 129-47.
9. Belas IA, Rocha JHA, Silva FM, et al. Articulated Actions of the Family Health Strategy Teams and Their Centres of Support in the State of Piauí, Brazil. *Int Arch Med.* 2017; 10(5):1-8.
10. Almeida PF, Marin J, Casotti E. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica. *Trab Educ Saúde.* 2017; 15(2):373-398.
11. Sousa FOS, Albuquerque PC, Nascimento CMB, et al. O papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na coordenação assistencial da atenção básica: limites e possibilidades. *Saúde debate.* 2017; 41(115):1075-1089.
12. Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(3):861-870.
13. Melo LA, Ferreira LMBM, Santos MM, et al. Fatores socioeconômicos, demográficos e regionais associados ao envelhecimento populacional. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017; 20(4):494-502.
14. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Desafios das políticas públicas no cenário da transição demográfica e mudanças sociais no Brasil. *Interface.* 2017; 21(61):309-320.
15. Martins AB, D'Avila OP, Hilgert JB, et al. Atenção primária à saúde voltada às necessidades dos idosos: da teoria à prática. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014; 19(8):3403-3416.
16. Moraes PA, Bertolozzi MR, Hino P. Percepções sobre necessidades de saúde na atenção básica segundo usuários de um serviço de saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(1):19-25.
17. Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2006. p. 115-128.
18. Paim JS, Almeida-Filho N. Análise da situação de saúde: o que são necessidades e problemas de saúde? In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. Saúde

- coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 29-40.
19. Mendes-Gonçalves RB. Prática de saúde: processo de trabalho e necessidades. In: Ayres JRMC, Santos L, organizadores. Saúde, sociedade e história. Porto Alegre: Rede Unida; 2017. p. 298-374.
 20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2011 [acesso em 2017 nov 20]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rn&tema=censodemog2010_snig.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica [internet]. Brasília, DF: SAGE; 2017 [acesso em 2017 nov 20]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#>.
 22. Lopes BEM. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. *Rev Educ Polit Debate*. 2014; 3(2):482-492.
 23. World Health Organization. The Uses of Epidemiology in the Study of the Elderly. Geneva: WHO; 1984.
 24. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
 25. Louvison MCP, Rosa TEC. Envelhecimento e políticas públicas de saúde da pessoa idosa. In: Berzins MV, Borges MC, organizadoras. Políticas públicas para um país que envelhece. São Paulo: Martinari; 2012. p. 155-179.
 26. Almeida AV, Mafra SCT, Silva EP, et al. A feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos contextos*. 2015; 14(1):115-131.
 27. Botton A, Cúnico SD, Strey MN. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. *Mudanças*. 2017; 25(1):67-72.
 28. Gonçalves FC, Faria CCC. O acesso aos serviços de saúde: uma análise na perspectiva de gênero. *Perquiere*. 2016; 13(1):135-147.
 29. Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad. Saúde Pública*. 1994; 10(supl):7-18.
 30. Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell'Aglio DD, et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2013; 18(5):1263-1272.
 31. Souto RMCV, Barufaldi LA, Nico LS, et al. Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, Viva 2014. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(9):2811-2823.
 32. Amador AE, Marques MV, Nunes ADS, et al. Desigualdade espacial na mortalidade por agressão no estado do Rio Grande do Norte, Brasil: 2010 a 2014. *J Health Biol Sci*. 2017; 5(1):24-30.
 33. Lima ALB, Lima KC, Maia LTS, et al. Tendência crescente de violência homicida na região metropolitana de Natal-RN, Brasil. *Rev Ciênc Plural*. 2015; 1(2):19-28.
 34. Malta DC, Minayo MCS, Soares Filho AM, et al. Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2017; 20(supl1):142-156.
 35. Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, et al. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(9):2841-2850.
 36. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016; 19(3):507-519.
 37. Moraes GVO, Giacomini K, Santos WJ, et al. A percepção dos idosos sobre o saber biomédico no cuidado à velhice e às "coisas da idade". *Physis*. 2016; 26(1):309-329.

38. Peduzzi M. O SUS é interprofissional. *Interface*. 2016; 20(56):199-201.
39. Menezes TMO, Lopes RLM. Significados do vivido pela pessoa idosa longeva no processo de morte/morrer e luto. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(8):3309-3316.
40. Almeida PF, Giovanella L, Nunan BA. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. *Saúde debate*. 2012; 36(94):375-391.
41. Silveira MSD, Cazola LHO, Souza AS, et al. Processo regulatório da Estratégia Saúde da Família para a assistência especializada. *Saúde debate*. 2018; 42(116):63-72.
42. Cunha MLS, Hortale VA. Características dos cursos voltados para a formação em gestão em saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2017; 41(113):425-440.
43. Castro JL. Gerência de pessoal nos serviços de saúde. In: Santana JP, Castro JL, organizadores. *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde – CADRHU*. Natal: EDUFRN; 1999. p. 313-327.
44. Rodrigues PHA. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos*. 2014; 21(1):37-60.
45. Lima RRT, Castro JL. A produção científica acerca da negociação coletiva do trabalho em saúde no Brasil. In: Castro JL, Lima RRT, organizadores. *Negociação do trabalho no Sistema Único de Saúde*. Natal: Una; 2017. p. 187-210.

Recebido em 30/05/2018

Aprovado em 23/09/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Do dilema preventivista ao dilema promocionista: retomando a contribuição de Sérgio Arouca

From preventivist dilemma to promotionist dilemma: resuming the contribution of Sérgio Arouca

Rodrigo Prado da Costa¹, Maria Ceci Misoczky², Paulo Ricardo Zilio Abdala³

DOI: 10.1590/0103-1104201811916

RESUMO O objetivo deste trabalho é retomar a categoria ‘dilema preventivista’, cunhada por Sérgio Arouca em sua tese de doutorado, escrita em 1975, para refletir sobre sua atualização. Na tese, Arouca buscou compreender como foram produzidas as regras da formação discursiva da medicina preventiva e as relações com instâncias não discursivas, estudando as articulações com o modo de produção capitalista. A análise dessas articulações possibilitou a Arouca evidenciar que a medicina preventiva não fugiu à contradição fundamental da medicina que transforma a saúde – um valor de uso – em valor de troca, através do cuidado médico. Portanto, a busca que se faz ao resgatar essa categoria se orienta para uma pergunta própria: como aconteceu a atualização do discurso da medicina preventiva para o da promoção da saúde? A categoria cunhada por Arouca permitiu evidenciar que a promoção da saúde não foge à contradição fundamental da medicina e, ao invés de ser uma inovação para o campo da saúde, é uma atualização do discurso preventivista, configurando, assim, o dilema promocionista.

PALAVRAS-CHAVE Medicina preventiva. Promoção da saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *The aim of this study is to resume the category ‘preventivist dilemma’, coined by Sérgio Arouca in his doctoral thesis, written in 1975, to reflect on its updating. In his thesis, Arouca sought to understand how the rules of discursive formation of preventive medicine and relations with non-discursive instances were produced, studying the articulations with the capitalist mode of production. The analysis of these articulations enabled Arouca to evidence that preventive medicine did not escape the fundamental contradiction of medicine that transforms health – a use-value into exchange-value through medical care. Therefore, the research that is done by rescuing that category is directed to a specific question: how did the update of the discourse of preventive medicine for health promotion happened? The category coined by Arouca has made it possible to highlight that health promotion does not escape the fundamental contradiction of medicine, and, instead of being an innovation for the field of health, it is an update of the preventivist discourse, setting, thus, the promotionist dilemma.*

KEYWORDS Preventive medicine. Health promotion. Primary Health Care.

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA) – Porto Alegre (RS), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2581-6586>
costa.rodrigoprado@gmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA) – Porto Alegre (RS), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2020-5882>
maria.ceci@ufrgs.br

³Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA) – Porto Alegre (RS), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1977-8424>
paulo.abdala@ufrgs.br



Introdução

Na sua tese de doutorado, Sérgio Arouca examinou como foram produzidas as regras da formação discursiva da medicina preventiva e as relações com instâncias não discursivas, estudando as articulações com o modo de produção capitalista, a fim de compreender a simultaneidade e a contradição medicina preventiva-medicina curativa. Sobretudo, partiu do princípio de que o modo de exercer a medicina decorre de uma determinação histórico-social e, se a medicina preventiva tinha por projeto uma nova determinação, o estudo desse projeto corresponderia a conhecer as contradições da própria sociedade expressas em um campo específico de sua análise, a medicina. Para tanto, Arouca¹ estudou o discurso preventivista através da metodologia arqueológica proposta por Foucault², para uma aproximação com o materialismo histórico e a teoria do valor em Marx³.

Para o entendimento dessas contradições, Arouca¹ abordou a estrutura social de emergência da medicina preventiva, defendendo que ela não se constituiu em um novo conhecimento a partir da higiene, mas como crítica à prática médica centrada na medicina curativa, correspondendo à singularidade de um determinado contexto histórico. O projeto da medicina preventiva definiu uma nova organização do conhecimento médico, que incluiu reformas nos currículos das faculdades de medicina e a criação de departamentos e cátedras de medicina preventiva. Esse processo teve como princípios as proposições de Leavell e Clark⁴, e o paradigma da História Natural das Doenças (HND).

Articulando cuidado médico e modo de produção capitalista, Arouca¹ chegou à centralidade de sua tese, evidenciando a contradição fundamental da medicina: ter como objeto valores vitais – que, para os seres humanos, são valores de uso – transformados em valores de troca pela dinâmica do modo de produção capitalista. Essa apreensão possibilitou ao autor a construção da

categoria ‘dilema preventivista’, evidenciando que a medicina preventiva não escapou à contradição da própria medicina. Portanto, mesmo apresentando-se como um projeto de mudança da prática médica, a introdução das medidas preventivistas ao cuidado médico ficou limitada a uma leitura liberal da medicina, constituindo-se, então, em um espaço conservador e funcional ao capitalismo.

A compreensão do dilema preventivista permite discutir a promoção da saúde, difundida contemporaneamente como uma importante estratégia para melhorar as condições de saúde da população por intermédio de um conjunto de prescrições normativas a respeito de ‘hábitos saudáveis’. Ao analisar a promoção da saúde, denota-se que, como formação discursiva, ela surgiu no momento de ascensão do neoliberalismo. O conjunto das premissas neoliberais, somado aos custos da atenção médica e do enfoque clínico sob a responsabilidade dos profissionais médicos, fez com que a promoção da saúde aparecesse no cenário internacional como uma inovação para o campo da saúde. Tendo início no Canadá, na década de 1970, a partir do documento intitulado ‘Informe Lalonde’, a promoção da saúde logo foi incorporada à Atenção Primária à Saúde (APS) como principal estratégia da saúde, a partir da Conferência de Alma-Ata, na década de 1980. Em 1986, com a Carta de Ottawa, foram estabelecidas as principais estratégias da promoção da saúde, momento em que foram definidos seus conceitos estratégicos: determinantes sociais da saúde, fatores de risco e *empowerment*. Este conjunto de conceitos é até hoje amplamente divulgado, seja no espaço privado ou no espaço público. Entretanto, ao retomar a tese de Arouca¹, percebe-se que o conceito de promoção da saúde não é novo, visto que já aparecia no esquema desenvolvido por Leavell e Clark⁴, na década de 1940, compondo um dos níveis de prevenção da medicina preventiva.

Diante disso, a partir da compreensão da especificidade do trabalho de Arouca¹, este artigo objetiva questionar o movimento da

promoção da saúde em relação à sua articulação com a medicina e a sociedade. Sobretudo, a recuperação da categoria ‘dilema preventivista’ apoia a pergunta na qual se originou este trabalho: como aconteceu a atualização do discurso da medicina preventiva para o da promoção da saúde? Esse resgate permite evidenciar que a promoção da saúde, embora seja apresentada como uma inovação para o campo da saúde, na década de 1970, não é uma inovação em relação ao ‘dilema preventivista’, mas uma atualização de seu discurso, não escapando à contradição fundamental da medicina. Portanto, o dilema persiste, agora, sob uma nova roupagem, configurada sob o dilema promocionista.

Métodos

A compreensão do dilema preventivista desenvolvido na obra de Arouca¹ levou a um questionamento sobre o movimento da promoção da saúde por compreender que ela ocupa um espaço análogo ao da medicina preventiva: o da prevenção das doenças, respeitadas suas singularidades. Ao analisar a promoção da saúde, denota-se que, como formação discursiva, ela surgiu em um contexto muito semelhante ao da medicina preventiva, conforme apontado por Arouca¹ e caracterizado, principalmente, pela ascensão do neoliberalismo. Para concretizar este entendimento, adotou-se a lógica da interdiscursividade. Segundo Bakhtin⁵, o enunciado constitui um todo de sentido e, por isto, permite encontrar respostas. Qualquer texto tem um intertexto, parte de um contexto mais amplo e se constitui em um elo, em uma cadeia contínua e inesgotável de sentidos. Sendo assim, o sentido de um discurso só pode ser buscado no interdiscurso. Tendo esse entendimento, tomou-se a tese de Arouca¹ como um elo que propicia entender os sentidos contemporâneos do movimento da promoção da saúde.

Resultados

O dilema preventivista na tese de Sérgio Arouca

Na introdução de sua tese, Arouca¹ deixou claro que, para compreender o significado da medicina preventiva, era necessário determinar a que tipo de racionalidade o conceito pertencia em um dado contexto social. Assim, tem-se sua pergunta central:

O que representa a emergência do discurso preventivista privilegiando uma ‘nova atitude’, reintroduzindo a quantificação e a formalização no saber clínico, colocando em questão a experiência pedagógica do hospital e relibertando a enfermidade para o espaço social? E, enfim, qual a novidade da institucionalização de um espaço que coloca em questão a própria medicina, ao mesmo tempo que se oferece como projeto alternativo?¹⁽¹⁵⁾.

Como formação discursiva, a medicina preventiva emergiu em um campo formado por três vertentes: 1) a higiene, surgida no século XIX, ligada ao desenvolvimento do capitalismo e da ideologia liberal; 2) a discussão dos custos da atenção médica nos Estados Unidos, no período de 1930 a 1940, diante de uma crise internacional e da ameaça de uma intervenção estatal com a respectiva reação das organizações médicas; e 3) a redefinição das responsabilidades médicas surgidas no interior da educação médica.

Diante disso, Arouca¹ apontou que entre 1950 e 1953 houve um marco importante na redefinição dos objetivos do ensino médico, realizados pelo Comitê de Educação Médica da Associação Americana de Medicina em conjunto com a Associação Americana de Colégios Médicos, que elaboraram uma declaração que introduziu alguns dos principais preceitos da medicina preventiva, servindo como base à Conferência de Colorado Springs (1953), local de emergência do discurso preventivista.

Conforme Arouca¹, o campo teórico das conceituações a respeito da medicina preventiva definiu, pelas regularidades discursivas, três principais premissas da nova conduta: 1) enfoque no indivíduo e na família; 2) incorporação na prática diária do médico, independentemente de sua especialidade; e 3) nova atitude por parte do profissional médico.

Arouca¹ definiu esse processo como um movimento que, em um primeiro momento, faz a crítica da medicina curativa, para, em um segundo momento, defender seu próprio projeto. A medicina curativa era uma prática médica que se esgotava no diagnóstico e na intervenção terapêutica, privilegiando a doença; a prevenção e a reabilitação eram secundárias. Ou seja, tratou de demonstrar a ineficiência dessa prática, devido ao enfoque médico predominantemente biológico, da especialização crescente da medicina e da desvinculação dos reais problemas de saúde da população.

Os princípios teóricos da medicina preventiva foram introduzidos, principalmente, por Leavell e Clark⁴, que tiveram influência na divulgação das ideias e na implantação dos departamentos de medicina preventiva nos Estados Unidos, que mais tarde seriam expandidos para todos os países. Os princípios e condutas da nova disciplina deveriam dar conta do desdobramento do conhecimento em diversas áreas, especialidades e subespecialidades, tendo como proposta de reorganização e síntese desse movimento a HND. Para esses autores⁴⁽²⁵⁾, a medicina preventiva é

a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde física, mental e a eficiência, para interceptar a história natural da doença em qualquer estágio de sua evolução.

A HND é a inter-relação entre agente, hospedeiro e ambiente, e está dividida em dois períodos: o primeiro, a pré-patogênese; e o segundo, a patogênese. Na pré-patogênese, momento em que a doença não se iniciou, devem ser estabelecidas medidas de prevenção

primária contra os agentes patológicos, através da promoção da saúde, a fim de estabelecer como ótima a saúde nos seres humanos. Na patogênese, quando a doença está manifestada, são aplicadas medidas de prevenção secundária e terciária, através do diagnóstico clínico, tratamento e reabilitação.

Nessa proposição, a relação médico-paciente deixaria de ser ocasional, cabendo às condutas preventivas a manutenção do equilíbrio da vida. Assim, o cuidado à saúde se transforma em prática cotidiana, em ponto de articulação da totalidade criada com o campo médico. Portanto, como projeto, a medicina preventiva promoveu uma reorganização do discurso médico, proclamando uma nova atitude na prática médica, que deveria ser implantada através da educação médica.

Para analisar o projeto da medicina preventiva, Arouca¹ retomou seus conceitos estratégicos: integração; inculcação e resistência; mudança; e esquema evolutivo. Em seguida, analisou suas regras da formação discursiva, a fim de compreender as condições concretas da existência dos elementos que compõem o discurso preventivista em sua singularidade, constatando que este construiu, diante da medicina, um projeto que lhe era, simultaneamente, igual e diferente. Ou seja, tratava-se de um discurso que falava de uma medicina adjetivada que se tornaria o próprio futuro da medicina, aparecendo como projeto e como processo de transformação. Ao assumir essa relação de identidade e de mudança da medicina, o discurso preventivista tomou como seus objetos a saúde e a doença, a prática e a educação médica.

Dessa forma, tornou-se, ao mesmo tempo, alternativo e afirmativo. Instaurou-se através da institucionalização de espaços discursivos, através dos departamentos de medicina preventiva, das associações nacionais de escolas médicas e de diferentes instituições internacionais.

Após estudar as condições de emergência e as regras de formação discursiva da medicina preventiva, Arouca¹ analisou a articulação da medicina com a sociedade, a fim de apanhar,

em sua totalidade, a especificidade da medicina preventiva, momento em que faz uma aproximação teórica com a teoria de valor de Marx³.

Ao analisar a articulação da medicina com a sociedade, Arouca¹ partiu da unidade mais simples: o cuidado médico. O cuidado é o próprio processo de trabalho de agentes investidos e legitimados socialmente nesta função, monopolizando o exercício e o conhecimento de tal atividade. O cuidado é composto pela corporificação de instrumentos e condutas técnicas em uma relação social específica, satisfazendo necessidades humanas nos modos de andar a vida. Ele apresenta uma dupla característica: é um processo de trabalho, tendo como objetivo a intervenção sobre valores vitais (biológicos e psicológicos); é unidade de troca por atender necessidades humanas, tendo atribuído, social e historicamente, um valor.

Neste processo, o que se consome é o próprio cuidado, ou seja, o próprio trabalho e não o produto deste trabalho, em outras palavras, o resultado do cuidado é a intervenção (normativa ou transformadora) sobre valores vitais, cujo consumo é realizado na própria vida, no seu uso e no consumo da força de trabalho no processo produtivo, sendo, portanto, consumido no cuidado o trabalho de seus agentes e seus instrumentos, e não o seu resultado¹⁽²⁰⁵⁾.

Dessa relação, Arouca¹ evidenciou as características básicas do cuidado médico: é uma unidade de produção e consumo; implica em três valores: seu próprio valor como unidade de troca, os valores vitais que toma como objetos, e os valores de uso e de troca atribuídos socialmente aos valores vitais; é um processo de trabalho que envolve conhecimentos, técnicas, relações sociais e necessidades a serem satisfeitas; é determinado pelas necessidades vitais nos mais variados modos de andar a vida e determina socialmente as necessidades e seu espaço de coberturas.

Essas características definem o espaço no qual se encontra a contradição fundamental da medicina¹. Ela atua nas margens entre o

vital e o social, uma vez que define como seu objeto o vital, que é influenciado pelo social, encontrando, nesse lugar, seus limites e suas possibilidades.

O produto da prática médica, o cuidado, refere-se a valores que, para seus possuidores, existem como valores de uso, ou seja, refere-se à própria vida dos seres humanos. Quando uma pessoa, por exemplo, está com um problema de saúde, ela procura o cuidado médico para retomar sua condição de saúde e seguir seu modo de andar a vida. Então, na relação entre essa pessoa e o médico, há uma dependência entre a necessidade do cuidado e o saber que somente o médico possui para proporcionar àquela as condições necessárias de sua recuperação. Nesta relação, o valor de uso aparece como a própria recuperação da saúde, para que a pessoa possa deixar a condição de estar doente. Todavia, sanar o problema dessa pessoa implica para ela não só uma melhora de sua condição de saúde, mas, também, a possibilidade de retomar as condições necessárias para exercer sua força de trabalho, pois, como trabalhador, depende disso para sua sobrevivência no modo de produção capitalista. Porém, no momento em que a saúde, como valor biológico, passa a ser considerada também como um atributo da força de trabalho, para que melhor seja consumida no processo produtivo, ela, como valor de uso para seu detentor, passa a ser um valor de troca, a partir da venda de sua força de trabalho no mercado. Portanto, se inicialmente a saúde tem como significado um valor de uso para seu detentor, imediatamente ela é transformada em valor de troca para a sua própria sobrevivência.

Essa é a contradição fundamental da medicina: ter como objeto valores vitais que, para os seres humanos, são valores de uso no processo da vida, transformados em valores de troca pela dinâmica do modo de produção capitalista. A vida, então, é tratada como mercadoria, tendo no cuidado médico a forma para que sejam mantidas as condições necessárias de manutenção da saúde utilizada como valor de

troca no mercado. O uso atribuído a valores vitais determina, também, quais deles devem ser tomados prioritariamente como objetos de trabalho da medicina, fazendo com que se crie uma normatividade destes valores em termos de doenças e cabendo a ela o cuidado dessas alterações¹.

Entretanto, segundo Arouca¹, a mesma atividade médica que faz a manutenção e recuperação do valor de uso de uma pessoa, que, ao vender sua força de trabalho passa a significar a manutenção de valor de troca, funciona, para as classes hegemônicas, como um valor de uso, que é colocado como corporificação do capital no processo de extração de mais-valia.

Conforme Arouca¹, o cuidado médico contribui para o aumento da produtividade quando os trabalhadores são mantidos em boas condições de saúde, direta ou indiretamente, devido à diminuição do absenteísmo e de acidentes de trabalho. Pode, também, contribuir para a mais-valia absoluta, quando mantém o trabalhador em condições boas de saúde, possibilitando, desta forma, a realização de jornadas extraordinárias de trabalho.

Em síntese, podemos dizer que a saúde, como valor biológico, pode ser considerada como um atributo da força de trabalho para que ela melhor possa ser consumida no processo produtivo. Porém, paradoxalmente, a força de trabalho como mercadoria incorpora para a sua manutenção um quantum de trabalho cujo efeito não é aumentar o seu valor, mas, sim, possibilitar o aumento da sua exploração¹⁽²¹⁹⁾.

A articulação da medicina está referida à manutenção, à recuperação e à reprodução da força de trabalho tomada como um valor de troca para o proletário, funcionando como um valor de uso para as classes hegemônicas, a partir da exploração do trabalhador. O trabalho médico se tornou funcional a essa reprodução dentro da lógica capitalista, sendo diretamente produtivo quando possibilita um acréscimo na mais-valia. A medicina preventiva aparece nesse campo de tensões da medicina como

um projeto que se apresenta como alternativa de solução ao conjunto de problemas das formações sociais relativas à incidência de doenças e abrangência dos cuidados médicos, centralizando no profissional médico um novo comportamento. Contudo, o fez a partir de uma leitura liberal, mantendo a natureza do cuidado médico, sem que escapasse à contradição da medicina.

Assim, a incorporação das atitudes preventivistas ficou diretamente ligada ao aumento da produtividade do trabalho.

Não foi por mero acaso que as chamadas empresas médicas adotaram rapidamente, após a sua criação, o discurso preventivista na justificativa de sua validade¹⁽²¹³⁾.

Na política estatal, também foram incorporadas, por meio de organismos da saúde pública, as atitudes preventivistas, visando, principalmente, cobrir a atenção das populações ditas marginais.

Portanto, a apreensão da contradição fundamental da medicina possibilitou à Arouca¹ a construção da categoria 'dilema preventivista', pois, mesmo a medicina preventiva tendo se apresentado como um novo projeto, como um movimento de mudança, ela manteve a mesma lógica do cuidado médico, constituindo-se em um espaço conservador e funcional ao capitalismo. Na dimensão do ensino, a medicina preventiva é mais uma disciplina-tampão, entre as tantas que criticam a disciplina dentro da qual nascem, centram suas estratégias de modificação da prática no ensino, possuem organização institucional legitimada e se constituem em discursos e práticas concretas que contribuem para a estabilização ideológica de propósitos mais gerais e idealistas¹.

Feita essa breve apresentação, podem ser tratadas as mudanças sociais e práticas de saúde que possibilitaram à medicina preventiva, como uma medicina de orientação liberal e individualista, se transformar na promoção da saúde, hoje amplamente divulgada e defendida no âmbito nacional e internacional.

A promoção da saúde

A promoção da saúde, como formação discursiva, emergiu em um contexto muito semelhante ao apontado na análise de Arouca¹, em relação à medicina preventiva: um momento de crise econômica. Dessa vez, com o neoliberalismo como estratégia ofensiva do capital.

O neoliberalismo é um projeto econômico-político de classe (capitalista) expresso através de uma estratégia de acumulação do capital, que se baseia especificamente na subordinação e sujeição absoluta ao mercado como dispositivo de produção e reprodução social em sentido amplo⁶. Um dos conceitos mais significativos do ideário neoliberal é a mudança de enfoque do *homo economicus* (homem econômico) – tido como princípio antropológico da corrente anglo-americana – para o de *homo redemptoris* (homem empresário/empreendedor), da corrente austríaca⁷. Conforme Puello-Socarrás⁷, o conceito de homem empresário/empreendedor, antes de ser uma premissa dos tempos atuais, é uma ideia historicamente arraigada no pensamento liberal, na qual o conceito de homem econômico era uma categoria que interpretava dedutivamente o ser humano como um agente econômico racional e um indivíduo eminentemente calculador. Entretanto, a partir do século XX, esse conceito passa a fazer parte de uma reivindicação do empreendedorismo como exigência para a compreensão do ser humano diante das condições econômicas do mercado, ou seja, frente ao capital financeiro e à governança corporativa, entre outros. Neste contexto, o homem empreendedor é um homem econômico, mas não no sentido puro como defendia o neoclassicismo anglo-americano, pois ele é um empresário de si mesmo, aprofundando o individualismo típico do neoliberalismo.

A consolidação da doutrina neoliberal, em nível global, foi caracterizada pelo ‘Consenso de Washington’ em sua versão original, de 1989 (CW-89), e de suas adaptações posteriores (Consenso Revisado, Ampliado e Pós-Washington), realizadas pelos organismos

multilaterais de crédito subordinados aos interesses de Washington (Estados Unidos), como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial (BM) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Essas adaptações ao consenso original emergiram quase uma década depois como resposta das agências internacionais a um conjunto de progressivas resistências sociais antineoliberais e constantes políticas contra-hegemônicas, principalmente na América Latina e no Caribe, no plano sociopolítico e eleitoral, motivados pela catástrofe da hegemonia liberal, especificamente em termos sociais⁸. Sem abrir mão dos postulados macroeconômicos, o neoliberalismo se viu obrigado a adaptar, às suas práticas políticas, a inclusão de temas sociais para manter sua posição central de poder e seus postulados. Temas como pobreza e inclusão social, bem como a presença estatal (reguladora) e o reconhecimento de falhas do mercado, passaram a fazer parte das diretrizes sistematicamente incorporadas na agenda neoliberal das agências multilaterais, sem abrir mão da essência do projeto de sujeição e subordinação ao mercado. Além disso, temas como justiça social, equidade e empoderamento, entre outros, passaram a fazer parte das prescrições da agenda neoliberal no conjunto de políticas sociais⁸.

Obviamente, a atenção à saúde não poderia ficar fora desse processo. Incorporando as premissas do ideário neoliberal, a APS surge como resposta, em um primeiro momento, à crise dos anos 1970 e à discussão dos elevados custos da atenção médica, para firmar-se como uma nova perspectiva, tendo a promoção da saúde como sua principal estratégia. Conforme Vasconcelos e Schmaller⁹, os elevados custos da saúde estavam relacionados à dependência ao modelo biomédico, centrado em uma abordagem fisiopatológica individual de diagnóstico e terapêutica. Nesse modelo de atenção à saúde, o núcleo central precinzava a unidade hospitalar para tratamento, bem como elevados aparatos tecnológicos e o suporte de especialistas.

A discussão em torno da necessidade de uma nova abordagem para o campo da saúde, somada à crise econômica da década de 1970 e ao conseqüente avanço do neoliberalismo, fez com que o processo de mudança ocorresse de forma acelerada. Isso deu início a uma série de encontros de países do centro capitalista e de organizações internacionais para a formulação de uma nova perspectiva que correspondesse às exigências do campo econômico, ou seja, da contenção dos elevados custos sociais.

Devido à crise fiscal, ao elevado custo em tecnologias médicas e ao modelo biomédico, o Canadá foi um dos países que, naquele momento, fez uma forte crítica ao seu sistema de saúde, resultando na apresentação, em maio de 1974, do documento ‘A new perspective on the health of Canadians’¹⁰, também conhecido como ‘Informe Lalonde’. Foi a primeira vez que o termo promoção da saúde apareceu oficialmente em um documento como parte de um pensamento estratégico para reorganizar a atenção à saúde.

As premissas do ‘Informe Lalonde’ foram definidas no item denominado ‘campo da saúde’, reunindo os ‘determinantes da saúde’, conceito que contempla os quatro componentes que influenciam a saúde¹⁰: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde. Destes componentes, decorrem cinco estratégias: promoção da saúde, regulação, eficiência da assistência médica, pesquisa e fixação de objetivos. No documento, a promoção da saúde teve como definição “informar, influenciar e assistir pessoas e organizações, para que assumam maiores responsabilidades e sejam mais ativos em matéria de saúde”¹⁰⁽⁶⁶⁾. O enfoque da estratégia da promoção da saúde foi, essencialmente, voltado aos estilos de vida, englobando, por exemplo, a alimentação, o tabaco, o álcool, as condutas sexuais e o uso de drogas, e evidenciando, para tanto, a necessidade de responsabilização individual sobre a própria saúde. Assim, ao propor a retirada do enfoque da assistência médica sob os cuidados exclusivos do profissional médico, Lalonde¹⁰ introduziu

a concepção de que as pessoas deveriam se responsabilizar sobre seu próprio cuidado com a saúde, pois suas atitudes resultariam na expressão de sua saúde.

Paralelamente à reestruturação que vinha ocorrendo no Canadá em torno da promoção da saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) fomentou, na década de 1970, um amplo debate em torno de alternativas viáveis para a extensão dos cuidados à saúde nos países, de forma a atender as expectativas do cenário econômico. O ponto culminante foi a Conferência Internacional de APS, realizada em 1978, em Alma-Ata, no Cazaquistão, em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef)¹¹. Dois documentos resultaram da conferência. Na Declaração¹², a promoção da saúde apareceu como um conceito essencial, acompanhada dos conceitos de prevenção, tratamento e reabilitação.

Analisando os documentos da conferência e as declarações posteriores sobre a APS, denota-se que o conjunto de afirmações e recomendações demonstrou uma preocupação com a necessidade de implantar uma reforma estrutural de cunho socioeconômico nos países – principalmente, nos subdesenvolvidos – como perspectiva de superação das barreiras econômicas presentes naquele momento. A proposta da APS, para além da implantação de um conjunto de diretrizes em saúde, fez parte do conjunto de reformas do aparelho de Estado ao indicar a necessidade de reestruturação interna dos países, conforme preconizado pelo neoliberalismo. Essa postura, presente na conferência, é reafirmada nas Recomendações de Alma-Ata, quando se dá a publicação do documento intitulado ‘Saúde para Todos no Ano 2000’, que propunha ajustes no campo da saúde em longo prazo, além do acompanhamento constante das reformas preconizadas em Alma-Ata¹³.

Em novembro de 1986, em Ottawa, ocorreu a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Tendo a participação de 35 países, e resultando na Carta de Ottawa, ainda é considerada a principal conferência sobre promoção da saúde por ter se tornado uma

referência para o campo, em todo o mundo¹³. Segundo Labonte¹⁴, a Carta de Ottawa afirmou, sobretudo, que a promoção da saúde demarcou uma inovação, ao introduzir um conjunto de preceitos que antes não eram trabalhados no cuidado à saúde.

A promoção da saúde deveria, então, dar conta de um conjunto de valores: solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e ação conjunta. Daí decorrem as principais estratégias: políticas públicas saudáveis; ambientes favoráveis à saúde; reorientação dos serviços de saúde; reforço da ação comunitária; e desenvolvimento de habilidades pessoais¹⁵. Além de seus conceitos estratégicos: os determinantes sociais da saúde, os fatores de risco e o *empowerment*.

Segundo Zioni e Westphal¹⁶, os determinantes sociais estão condicionados ao contexto estrutural socioeconômico e político da sociedade, que, por sua vez, pode ser traduzido como uma estratificação social, definida em termos de excedente econômico. Esta estratificação leva ao que seriam os determinantes sociais da saúde expressos pela distribuição desigual de três tipos de fatores: materiais, como habitação, alimentação, trabalho etc.; psicossociais e comportamentais; e biológicos. Estes fatores representam os níveis de saúde em cada sociedade, conforme seu desenvolvimento. Entretanto, nesta concepção, os fatores causais dos problemas de saúde aparecem puramente no plano empírico e, para minimizar a determinação social, defende-se a necessidade de uma maior atuação sobre os fatores de risco, sem que se transformem efetivamente as condições sociais⁹.

A epidemiologia trata o risco como a probabilidade de um conjunto de membros de uma população desenvolver uma doença ou algum evento relacionado à saúde, surgindo, então, a noção correlata de fator de risco, que pode ser definido como o atributo de um grupo de pessoas que apresentam uma determinada patologia com maior incidência do que os demais grupos populacionais, oferecendo, assim, um forte risco à saúde de todos¹⁷. Desta forma,

prever os fatores de risco significa minimizar problemas futuros. Na promoção da saúde, esta concepção é utilizada na estruturação de ações e estratégias como as Políticas Públicas Saudáveis, que têm como concepção contribuir para a escolha de hábitos de vida saudáveis¹⁶.

O controle sobre os determinantes sociais e os fatores de risco no processo saúde-doença, por parte dos indivíduos, encontra-se na principal estratégia da promoção da saúde, através do conceito de empoderamento e suas variantes: o psicológico e a comunidade.

O empoderamento psicológico enfatiza uma perspectiva filosófica individualista, que tende a ignorar a influência dos fatores sociais e estruturais, desconectando o comportamento dos seres humanos do contexto sociopolítico em que estão inseridos. A centralidade desta perspectiva consiste na regulação da vida por parte de políticas e práticas macrosociais, fazendo com que as pessoas se responsabilizem cada vez mais por sua condição de vida¹⁸. A perspectiva centrada na comunidade compreende que existem níveis diferenciados de poder distribuídos de forma desigual na sociedade, o que justificaria as disparidades sociais. A responsabilização individual não é criticada, mas ampliada para as comunidades, de forma que a responsabilização coletiva é apontada como alternativa de fortalecimento da crítica à macroestrutura.

Assim, o discurso do fortalecimento das comunidades e dos indivíduos através do empoderamento retira a responsabilidade do Estado de prover um sistema de saúde adequado, por meio da transferência de responsabilidades, a cada indivíduo, sobre sua condição de vida. Nesse sentido, embora haja problemas macroestruturais reconhecidos, os indivíduos é que são os responsáveis por mudá-los. Essa estratégia centrada no empoderamento nada mais é do que a prescrição neoliberal do enfoque no indivíduo, que se justifica na concepção de que todo ser humano é um empresário/empreendedor, conforme apontado por Puello-Socarrás⁷. Logo, o conjunto normativo de prescrições da promoção

da saúde se apresenta como sendo o próprio espaço de oportunidades preconizado pelo neoliberalismo, no qual os indivíduos encontram as oportunidades de melhorar sua condição de saúde, bastando, para isto, que se tornem agentes ativos por meio da responsabilização de cada aspecto de sua vida no que diz respeito a hábitos saudáveis. Ao prescrever o que é bom ou mau para a saúde de cada um, a promoção da saúde se estabelece como autoridade suprema sobre a própria existência humana, tendo na noção de fatores de risco o epicentro das normas de conduta que prescreve.

Considerações finais: o dilema promocionista

O conceito de promoção da saúde já havia aparecido na década de 1940, quando Leavell e Clark⁴ o introduziram ao desenvolverem o modelo da HND, no período da pré-patogênese. O que o movimento da promoção da saúde iniciado na década de 1970 fez foi se ater ao nível da prevenção primária do modelo preconizado por Leavell e Clark⁴, negligenciando todo o resto, tratando de apresentar um esquema pedagógico baseado na causalidade de fatores simples e até mesmo em uma redução monocausal, centrado, exclusivamente nos fatores de risco, em cada aspecto da vida¹⁹. Isso porque, nos demais níveis preconizados por Leavell e Clark⁴, o trabalho do médico era indispensável. Assim, como forma de contenção de custos da atenção médica, a promoção da saúde desloca a centralidade do trabalho médico para o nível da prevenção primária e, complementarmente, delega as responsabilidades de cuidado aos indivíduos.

Segundo Nogueira¹⁹⁽¹⁷⁹⁾, a pregação de “hábitos saudáveis” sob a responsabilidade do indivíduo em cada aspecto de sua vida é um retorno à normalização imposta pela higiene no final do século XIX e começo do século XX, que deu origem à medicina preventiva e às suas normas. Desta forma, não deixa de ser um projeto similar de medicalização da totalidade

da existência humana e não só da dimensão da doença; medicalização que dispensa a figura do médico, pois molda a cultura cientificista a seus propósitos, afetando diretamente o modo como as pessoas cuidam de sua saúde¹⁹ e, na expressão de Arouca¹, seus modos de andar a vida. Daí, compreende-se que a promoção da saúde não se separou da medicina preventiva. De fato, o que se tem é uma atualização do discurso da medicina preventiva, dado o contexto histórico que exigiu essa reconfiguração. Devido à crise econômica e ao aumento dos custos da atenção médica, foi imposta uma reestruturação que correspondesse às exigências do ideário neoliberal. Além disto, importa destacar que não é mera coincidência que temas da agenda neoliberal como justiça social, equidade e empoderamento, entre outros, sejam os mesmos preconizados pela promoção da saúde.

Diante do exposto até aqui, se na medicina preventiva ficou evidente a existência do dilema preventivista¹, a promoção da saúde não escapa ao dilema promocionista. Aqui reside a centralidade da tese de Arouca¹ para este trabalho. Como a promoção da saúde é uma atualização do discurso da medicina preventiva, não há rompimento com a contradição fundamental da medicina, conforme foi demonstrado por Arouca¹. Ao contrário, a articulação da medicina com o modo de produção capitalista é fortalecida. A análise de Arouca¹ demonstrou que, na relação centrada no médico-paciente, o cuidado médico contribui para a recuperação e manutenção da força de trabalho e, ao fazer isto, contribui para a perpetuação de tal relação de troca, sendo funcional ao modo de produção capitalista. Na promoção da saúde, o enfoque dos cuidados sob a responsabilidade do indivíduo não diminui essa contradição, ao contrário, ela a aprofunda, na medida em que as pessoas são convertidas em empresárias de si mesmas. O cuidado não depende, na promoção da saúde, apenas da figura médica, mas essencialmente, do indivíduo, sendo ele o responsável por sua

saúde e, ao mesmo tempo, por sua condição social.

Sob o discurso da promoção da saúde, a medicalização é ampliada ao prescrever um conjunto de hábitos saudáveis aos indivíduos, mantendo, assim, a reprodução e manutenção da força de trabalho a ser consumida no processo produtivo.

Em última análise, a promoção da saúde é uma atualização da medicina preventiva, mantendo os preceitos que transformam um valor de uso, que é a saúde, em valor de troca, mediado por relações sociais subordinadas à lógica do mercado. Ao fazer isto, reforça a articulação da medicina com o modo de produção capitalista.

Colaboradores

Misoczky MC contribuiu para a concepção do estudo, elaboração de versão preliminar e aprovação final da versão a ser publicada. Abdala PRZ contribuiu para a concepção do trabalho, avaliação crítica da primeira versão do trabalho em termos da resolução de problemas de precisão e integridade do texto, revisão criteriosa do conteúdo intelectual do artigo, aprovação e revisão da versão final para publicação. Costa RP contribuiu para a concepção do trabalho, coleta dos dados bibliográficos para a elaboração do texto, interpretação dos dados e redação, aprovação e revisão da versão final do artigo. ■

Referências

1. Arouca SAS. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1975. 261 p.
2. Foucault M. A Arqueologia do Saber. 7.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2008.
3. Marx K. O capital: crítica da economia política. São Paulo: Boitempo; 2013.
4. Leavell HEG, Clark G. Medicina Preventiva. Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill; 1976.
5. Bakhtin M. La poétique de Dostoievski. Paris: Seul; 1970.
6. Puello-Socarrás JF. Ocho tesis sobre el neoliberalismo (1973-2013). Revista Espacio Critico [internet]. 2013 [acesso em 2017 nov 5]; 1:167-186. Disponível em: http://www.espaciocritico.com/sites/all/files/revista/recrt18/n18_a01.pdf.
7. Puello-Socarrás JF. Nueva Gramática del Neo-liberalismo. Itinerarios teóricos, trayectorias intelectuales, claves ideológicas. E.U.: Digiprint Editores; 2008.
8. Puello-Socarrás JF, Gunturiz MA. ¿Social-neolibe-

- ralismo? Organismos multilaterales, crisis global y programas de transferencia monetaria condicionada. *Política y Cultura* [internet]. 2013 [acesso em 2017 nov 5]; 40:29-54. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26728947003>.
9. Vasconcelos KEL, Schmalzer VPV. “Nem tudo que reluz é ouro”: considerações sobre a (Nova) Promoção da Saúde e sua relação com o Movimento da Reforma Sanitária no Brasil. *Sociedade em Debate* [internet]. 2017 [acesso em 2017 jul 28]; 23(1):142-179. Disponível em: <http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/1416/1011>.
 10. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians [internet]. 1974 [acesso em 2017 ago 7]. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>.
 11. Aguiar RAT. A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil [dissertação]. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2007. 166 p.
 12. Organização Mundial da Saúde. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. URSS: Declaração de Alma-Ata; 1978.
 13. World Health Organization. Plan of Action Implementing the Global Strategy for Health for All. Geneva; 1982.
 14. Labonte R. Health Promotion and Empowerment. Canada: Practice Frameworks; 1993.
 15. Heidmann ITS, Almeida MCP, Boehs AE, et al. Promoção à Saúde: Trajetória Histórica de suas concepções. *Texto e Contexto Enfermagem* [internet]. 2006 [acesso em 2017 ago 10]; 15(2):352-358. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a20v15n2.pdf>.
 16. Zioni F, Westphal MF. O Enfoque dos Determinantes Sociais de Saúde sob o ponto de vista da Teoria Social. *Saúde e Sociedade* [internet]. 2007 [acesso em 2017 ago 10]; 16(3):26-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n3/04.pdf>.
 17. Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2004 [acesso em 2017 jul 9]; 9(3):669-678. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a13v09n3.pdf>.
 18. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no Projeto de Promoção da Saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2004 [acesso em 2017 jul 9]; 20(4):1088-1095. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/24.pdf>.
 19. Nogueira, RP. Da Medicina Preventiva à Medicina Promotora. In: Arouca, SAS. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina. São Paulo: Fiocruz; 2003. p. 175-182.

Aprovado em 23/03/2018
Recebido em 29/05/2018
Conflito de interesses: não houve
Suporte financeiro: inexistente

As teorias da justiça, de John Rawls e Norman Daniels, aplicadas à saúde

The theories of justice, of John Rawls and Norman Daniels, applied to health

Denise Gonçalves de Araújo Mello e Paranhos¹, Edinalda Araújo Matias², Natan Monsores³, Volnei Garrafa⁴

DOI: 10.1590/0103-1104201811917

RESUMO O objetivo deste artigo é analisar as teorias de justiça formuladas por John Rawls e Norman Daniels e sua aplicabilidade à saúde. Rawls parte da concepção de que a distribuição de recursos deve ocorrer em duas etapas. Na primeira, a preocupação seria a distribuição igual de direitos e deveres básicos. Na segunda, a partir do princípio da diferença, seriam compensadas as desigualdades injustas, garantindo-se a todos iguais oportunidades. Seu foco foi a distribuição dos bens primários sociais essenciais, não incluindo a saúde, considerada ‘bem primário natural’. Daniels adaptou a teoria rawlsiana, estendendo-a à saúde. A teoria de Daniels, ao abarcar a saúde em seu sentido amplo e com *status* moral especial a ser protegido pelos princípios de liberdade, diferença e igualdade de oportunidades, fortalece a teoria de Rawls. Metodologicamente, trata-se de estudo puramente teórico, desenvolvido a partir de levantamento de literatura. Concluiu-se que, apesar de não apresentarem uma resposta definitiva sobre como distribuir recursos de forma justa, as teorias apresentadas trazem reflexões sobre a necessidade de se reduzirem injustas desigualdades em saúde, bem como suscitam debates sobre questões como cooperação social, liberdades, as bases da igualdade, alocação de recursos escassos, distribuição adequada de rendas e riquezas e de oportunidades.

PALAVRAS-CHAVE Justiça social. Equidade em saúde. Saúde pública.

ABSTRACT *The aim of this article is to analyze the theories of justice formulated by John Rawls and Norman Daniels and their applicability to health. Rawls proposes that the distribution of resources must occur in two stages. Firstly, the concern would be the equal distribution of basic rights and responsibilities. Secondly, according to the principle of difference, unjust inequalities would be compensated for, in order to ensure everyone equal opportunities. His focus was the distribution of primary social goods, which don't include health, considered a 'natural primary good'. Daniels adapted the Rawlsian theory, extending it to health. Daniels's theory, by embracing health in its broad sense and with special moral status to be protected by the principles of freedom, difference and equality of opportunity, strengthens Rawls's theory. Methodologically, it is a purely theoretical study, developed from a literature survey. It was concluded that, although the authors do not present a definitive solution on how to distribute resources fairly, their theories lead to reflections about the need to reduce unfair inequalities in health, as well as give rise to debates on issues such as social cooperation, freedoms, equality, allocation of scarce resources, adequate distribution of income and wealth and opportunities.*

KEYWORDS Social justice. Equity in health. Public health.

¹Universidade de Brasília (UnB), Programa de Pós-Graduação em Bioética – Brasília (DF), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4956-2314> paranhos.denise@uol.com.br

²Universidade de Brasília (UnB), Programa de Pós-Graduação em Bioética – Brasília (DF), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4640-4102> edinalda@gmail.com

³Universidade de Brasília (UnB), Programa de Pós-Graduação em Bioética – Brasília (DF), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0293-8460> monsores@unb.br

⁴Universidade de Brasília (UnB), Programa de Pós-Graduação em Bioética – Brasília (DF), Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4656-2485> garrafavolnei@gmail.com

Introdução

O debate sobre o tema 'Justiça', embora antigo, continua atual, e sobre ele ainda não se chegou a um consenso. Na disputa entre interesses diversos, a balança da justiça haverá de pender sempre para um dos lados, o que coloca em xeque, paradoxalmente, a própria noção de justo. Decisões acerca de questões cotidianas diversas suscitam tomadas de posição (sejam elas no campo econômico, político, da saúde ou da educação), e as respostas a essas demandas são essenciais para pôr fim às discussões e garantir avanços sociais.

No presente artigo, a preocupação central foi de investigar a existência de critérios justos para a distribuição de saúde, a partir das teorias de justiça apresentadas por John Rawls e Norman Daniels, sobretudo no aspecto da justiça como equidade. A partir da proposta de um modelo de justiça ancorado nas bases primárias da sociedade, esses dois autores desenvolveram ideias sobre o justo (os princípios da justiça) que entendem devam estar presentes nas instituições, uma vez que seriam elas as intermediadoras entre as pessoas no convívio social.

Rawls¹ parte da concepção de que a distribuição de recursos deve ocorrer em duas etapas. Na primeira, a preocupação seria com a distribuição igual de direitos e deveres básicos. Na segunda, a partir do princípio da diferença, seriam compensadas as desigualdades injustas, particularmente aquelas que atingissem os mais desfavorecidos, garantindo-se a todos iguais oportunidades. Na teoria desenvolvida por Rawls, sua preocupação se fundou na distribuição dos bens primários sociais essenciais, considerados por ele como sendo: a liberdade, a oportunidade, a renda, a riqueza e as bases do autorrespeito. A saúde foi concebida por ele como um bem primário natural, que seria distribuído a contento em uma sociedade em que as bases da justiça estivessem solidamente estabelecidas. Por isso, saúde, para Rawls, seria consequência de uma sociedade justa, razão pela qual alega que a discussão sobre os seus efeitos distributivos seria irrelevante.

A partir da teoria da justiça como equidade, de Rawls, Daniels² ampliou a visão sobre a saúde e, relacionando-a ao princípio da oportunidade, desenvolveu uma teoria na qual destacou a importância moral da saúde, em virtude de seu impacto nas oportunidades de vida das pessoas. Nessa linha de raciocínio, apresenta uma reflexão específica acerca do que seja justiça em saúde e busca responder a questões relacionadas ao *status* da saúde, à possibilidade de se admitirem injustiças em saúde e às formas de se distribuírem recursos em saúde de forma justa.

O objetivo da pesquisa, portanto, foi analisar as teorias da justiça formuladas por John Rawls e Norman Daniels, discutindo a sua aplicação no campo da saúde. Sob o prisma metodológico, trata-se de estudo puramente teórico, sem experimento ou trabalho de campo, que, a partir da literatura sobre o tema, fundamentou-se, num primeiro momento, na análise dos aspectos gerais da teoria da justiça, de Rawls, passando, em seguida, às especificidades por ele trabalhadas com relação aos princípios da diferença e da oportunidade, até chegar à análise da possível aplicação de sua teoria à saúde. Posteriormente, procedeu-se ao exame da teoria de justiça desenvolvido por Daniels, sua relação com a teoria de Rawls e as reflexões por ele apresentadas na busca de aplicação de critérios mais justos na saúde, especialmente no que diz respeito à alocação de recursos. Passa-se, assim, à análise da teoria da justiça, de Rawls.

A teoria da justiça, de John Rawls

Insatisfeito com os argumentos filosóficos tradicionais acerca da justiça das instituições, bem como sobre o que justifica as ações políticas e sociais, Rawls buscou estabelecer uma justiça social racional a partir de um contrato social hipotético. A reflexão do autor¹ parte de uma pergunta inicial: caso houvesse uma aproximação contratual, baseada em um acordo

tácito entre os membros de uma sociedade colocados em posição de igualdade, e todos pudessem entrar em sintonia, que tipo de providência estaria dentro do senso comum?

Em sua obra, o filósofo argumenta que uma maneira de se pensar a justiça é se perguntar quais princípios básicos seriam por todos aceitos em uma situação de igualdade. Árdua tarefa, tendo em vista que escolhas tais são sempre influenciadas por nossas crenças políticas e religiosas, nossa posição social e econômica e por nossos interesses. À primeira vista, portanto, uma missão impossível, já que um contrato social firmado diante de tais aspectos jamais seria justo. Foi diante de tais circunstâncias adversas que Rawls¹ elaborou mecanismos de sustentação de sua teoria, que, segundo ele, buscam contraposição com as clássicas teorias do utilitarismo e do intuicionismo, que, por longo tempo, dominaram as tradições filosóficas.

Na introdução de seu trabalho, Rawls¹ apresenta as seguintes ponderações: 1) “a justiça é a primeira virtude das instituições sociais, assim como a verdade o é para os sistemas de pensamento”¹⁽³⁾; 2) as leis e as instituições, por mais eficientes e bem estruturadas que sejam, devem ser reformadas ou abolidas caso sejam injustas¹; 3) todo indivíduo tem direito à inviolabilidade pessoal fundada na justiça, que não pode ser sobreposta nem mesmo para atender ao bem-estar de toda a sociedade, ou seja, não se concebe que o sacrifício imposto a alguns seja maior que a soma das vantagens obtidas pela maioria¹; 4) “uma injustiça só é tolerável quando necessária a evitar uma injustiça ainda maior”¹⁽⁴⁾; 5) faz-se necessário, diante dos conflitos de interesse de uma coletividade, e em razão dos vários arranjos sociais possíveis, estabelecer princípios que propiciem uma justa distribuição de recursos¹. Esses seriam os princípios de justiça social, capazes de estabelecer direitos e obrigações dentro da estrutura básica da sociedade, e de definir as bases da cooperação social na distribuição dos benefícios e ônus.

Como, então, definir princípios na estrutura

básica de uma sociedade marcada por diversidades de toda sorte? Para possibilitar tal empreitada, Rawls¹ propõe o seguinte exercício mental: todas as pessoas seriam colocadas numa situação denominada ‘posição original’, que permitiria o estabelecimento de um procedimento justo de estipulação dos princípios a serem acordados. Para tanto, todos os indivíduos seriam colocados atrás do que ele chamou de ‘véu da ignorância’, que neutralizaria a tentação de cada pessoa de explorar os fatores sociais e naturais a seu favor. Se não pudesse conhecer como as várias alternativas poderiam afetar o seu caso particular, o indivíduo seria obrigado a avaliar os princípios com base apenas em considerações gerais, pois ninguém saberia sua posição na sociedade, suas habilidades e forças, condições psicológicas, as noções de bem, as particularidades de seu plano racional de vida. Também não saberia sua situação política ou qualquer particularidade da sociedade que ocuparia, como nível de evolução ou grau de desenvolvimento cultural. As pessoas na posição original não teriam informações acerca, sequer, da geração a que pertenceriam. A partir dessa situação de ignorância, bem como levando-se em conta que partiriam da mesma posição inicial, deveriam escolher princípios para os quais estivessem preparadas a aceitar as consequências, qualquer que fosse a situação em que viessem a ser colocadas na sociedade. Parte-se, portanto, da premissa de que todos conhecem apenas os aspectos gerais da sociedade, como as questões políticas, econômicas e as bases da organização social e das leis de psicologia humana, ou seja, presume-se que conhecem somente os fatores capazes de afetar a escolha dos princípios da justiça e a aceitação de suas implicações.

Do aludido contrato hipotético, Rawls idealiza o surgimento de dois princípios. O primeiro garantiria o máximo de liberdade básica igual a todos os cidadãos. O segundo, relativo a preocupações de igualdade social e econômica e subdividido em duas partes, prevê a possibilidade de existência de desigualdades relativamente aos bens primários básicos,

desde que as diferenças sirvam ao benefício de todos (princípio da diferença), bem como estabelece direito de igual acesso a cargos e postos oficiais, os quais devem ser abertos a todos, em qualquer circunstância (princípio da oportunidade). Rawls¹ afirma que sociedades e instituições somente são justas se pautadas por cada um desses princípios básicos, descritos originalmente da seguinte maneira:

Primeiramente: cada pessoa tem direito igual a mais extensa liberdade básica compatível com uma liberdade semelhante para os outros. Em segundo lugar: desigualdades sociais e econômicas devem ser dispostas de modo que sirvam tanto (a) como vantagem razoável a todos, e (b) ligadas a posições e cargos abertos a todos¹⁽⁶⁰⁾.

Posteriormente, Rawls⁴ muda, em alguns aspectos, o ponto de vista inicialmente apresentado na obra ‘Uma Teoria da Justiça’, a fim de tornar mais clara a redação dos princípios, bem como de alguns outros pontos obscuros do referido trabalho. A justiça como equidade teria sido elaborada para as instituições políticas, sociais e econômicas, portanto, não poderia ser entendida como uma concepção moral geral a ser aplicada à estrutura básica da sociedade. Sustenta, ainda, que no Estado moderno deve prevalecer a diversidade de doutrinas e o pluralismo de ideias, e que a justiça como equidade por ele defendida apresenta-se como uma alternativa ao utilitarismo e ao intuicionismo. Pondera que, nas democracias modernas, discussões acerca de direitos fundamentais, às vezes, parecem problemas sem solução. Quando isso ocorre, sugere que as questões sejam debatidas de modo a se encontrar uma resposta plausível, capaz de trazer algum consenso que, ainda que não ideal, seja ao menos razoável, baseada na cooperação política e no mútuo respeito.

Após a revisão dos princípios, estes, então, passaram a apresentar a seguinte redação:

Primeiro: cada pessoa deve ter um direito

igual ao mais abrangente sistema de liberdades básicas iguais que seja compatível com um sistema semelhante de liberdades para as outras. Segundo: as desigualdades sociais e econômicas devem ser ordenadas de tal modo que sejam ao mesmo tempo (a) consideradas como vantajosas para todos dentro dos limites do razoável, e (b) vinculadas a posições e cargos acessíveis a todos⁴⁽⁶⁴⁾.

Embora as alterações dos princípios não tenham sido significativas, o que ele buscou, principalmente com a mudança de redação do primeiro princípio, foi demonstrar que não se atribui prioridade às liberdades de forma geral e absoluta, como valor principal de um sistema político e social de justiça. O modo como justifica as liberdades básicas é um dos grandes diferenciais do liberalismo político de Rawls, que não defende um ideal moral abrangente, na forma preconizada pelos demais defensores do liberalismo ético-político. No tratado apresentado pelo filósofo norte-americano sobre os princípios da justiça, ele destaca que os dois princípios por ele defendidos consubstanciam um caso especial de uma concepção mais ampla de justiça⁴. Segundo ele, todos os valores sociais, tais como liberdade e oportunidade, renda e riqueza, e as bases do autorrespeito (que são para ele os bens primários sociais essenciais), devem ser distribuídos igualmente, a não ser que a distribuição desigual de um ou de todos esses valores seja feita para o benefício de todos. Para ele, portanto, injustiça é simplesmente desigualdade que não serve ao bem de todos⁴.

O princípio da diferença, de Rawls, preconiza que o tratamento desigual entre indivíduos tem um objetivo prático específico: compensar desigualdades e reduzir a distância social e econômica entre as pessoas. A busca da equidade pressupõe a existência de diferenças nas condições de vida dos indivíduos, e tais diferenças devem ser reduzidas mediante ações de políticas públicas e participação da sociedade.

Bobbio⁵, ao tratar da igualdade das oportunidades, chama a atenção para o fato de que a

vida é uma corrida ao alcance de bens escassos. Como em toda competição, se o ponto de partida é diferente para as pessoas, aquele cuja linha esteja mais à frente certamente vencerá a corrida. Por isso, defende a necessidade de igualdade dos pontos de partida, assim como a inclusão dos menos favorecidos. Ainda que se possa afirmar que as posições de partida variam de sociedade para sociedade, assim como Rawls, Bobbio ressalta que, para colocar pessoas desiguais por nascimento no mesmo ponto de partida é necessário favorecer uns em detrimento de outros.

Ainda que os escritos de Rawls não tenham sido específicos quanto à forma de diminuir desigualdades, sua teoria serviu de semente e de fundamento para ações políticas e sociais difundidas e aplicadas pelo mundo. As ações afirmativas no campo da educação, por meio da instituição de cotas, é um grande exemplo, já que cria uma igualdade, mediante a correção de uma desigualdade anterior.

A teoria da justiça, de Rawls, aplicada à saúde

Villas-Bôas⁶ reconhece que, embora a teoria de Rawls não seja voltada à saúde, é possível invocá-la, levando-se em conta a lista de bens primários por ele enumerados, em especial, o autorrespeito, que, além de envolver os demais bens, possui relação com a saúde e a integridade física, sem as quais fracassa o respeito à dignidade humana. A autora acredita que a teoria de Rawls, ainda que fundada em uma alegoria, é válida, na medida em que, diante de uma situação concreta, induziria ao equilíbrio entre interesse individual e coletivo. Reconhece que Rawls não é específico quanto aos mecanismos concretos de redistribuição, motivo pelo qual se faz necessária a estipulação de políticas e critérios de alocação orientados pelos princípios gerais da justiça, como equidade, plenamente conciliáveis com a ideia de justiça pela equidade, já que serviria de parâmetro para a identificação das desigualdades

e a busca de mecanismos de compensação e de distribuição “que atenda(m) a uma igualdade de oportunidades e a uma discriminação positiva, quando necessária”⁶⁽¹⁵⁴⁾.

Mesmo que não pensada especificamente para a saúde, a teoria da justiça, de Rawls, marcada pelo princípio da diferença, levou, no campo da assistência à saúde, à instituição de sistemas de saúde criados sob as bases da universalidade de acesso e da equidade na distribuição de recursos escassos⁷. O Sistema Único de Saúde (SUS), por exemplo, possui forte viés rawlsiano, pois tem uma base igualitária e democrática fundada nos seguintes princípios e diretrizes: 1) universalidade de acesso em todos os níveis de assistência; 2) igualdade na assistência à saúde, sem distinções ou privilégios de qualquer espécie; 3) integralidade da assistência; 4) gratuidade; 5) participação da comunidade; 6) descentralização, regionalização e hierarquização de ações e serviços de saúde⁸.

Segundo Fortes⁷, alguns críticos apontam certa incongruência na aplicação da teoria de Rawls à saúde, sob a alegação de que se a distribuição de recursos escassos prioriza os mais pobres, não há que se falar em universalidade de acesso, pois os não tão pobres seriam empurrados para o livre mercado. Esse autor defende, no entanto, que, partindo-se do pressuposto de que a saúde é um bem primário e por todos desejada, o acesso a ela deveria ser, de fato, universal. Entretanto, se é direito de todos, mas limitada pela escassez dos recursos, aplicando-se o princípio da diferença, tem-se que o acesso deveria ser priorizado aos menos afortunados, ou seja, “o princípio da diferença se aplicaria não às necessidades médicas, mas sim às necessidades sociais”⁷⁽¹¹⁰⁾.

A teoria de justiça, de John Rawls, ainda que baseada em contrato hipotético e em situações ideais muitas vezes impossíveis, embasa a tomada de posições importantes no contexto social, principalmente no que diz respeito à correção de desigualdades, mediante a aplicação prática do princípio da diferença. Com efeito, verifica-se na teoria da justiça como

equidade, de Rawls, uma preocupação com a prática de políticas sociais mais comprometidas com os vulneráveis.

Rawls define como bens primários as “coisas que todo homem racional presumivelmente quer”⁴⁽⁶⁶⁾, independentemente dos planos de vida de cada um. O papel das instituições seria distribuir, na base da sociedade e de forma justa, tais bens primários sociais. Além desses bens primários sociais, Rawls aponta a existência de bens primários naturais, entre eles, a saúde, o vigor, a inteligência e a imaginação. Com relação aos bens primários naturais, ele não se preocupou em definir sua escala de importância, a forma como deveriam ser tratados ou distribuídos pela sociedade, tendo se limitado a dizer que, “embora a sua posse seja influenciada pela estrutura básica, eles não estão sob seu controle de forma tão direta”⁴⁽⁶⁶⁾. Para o autor, é a partir do exercício de cidadania igual, “definida pelos direitos e liberdades exigidos pelo princípio de liberdade igual e pelo princípio da igualdade equitativa de oportunidades”⁴⁽¹⁰²⁾, que se avalia a estrutura básica da sociedade, e, embora haja assuntos que interessam a todos, os efeitos distributivos destes são irrelevantes. Aos bens primários naturais, portanto, aplicar-se-ia o que ele denominou “princípio do interesse comum”⁴⁽¹⁰²⁾, que seriam medidas eficientes, eficazes e sensatas adotadas pelas instituições a fim de que todos pudessem promover seus objetivos de forma semelhante, a partir de regras de interesse público capazes de “manter a ordem pública e a segurança ou medidas eficientes no setor de saúde e previdência social”⁴⁽¹⁰³⁾.

Embora Rawls tenha se esquivado de esmiuçar o alcance dos bens naturais, ao incluir os serviços de cuidados em saúde como um bem social, demonstrou abraçar a ideia de que as instituições devem proteger a saúde a fim de salvaguardar o leque de liberdades que sua teoria defende, assim como as oportunidades que as pessoas devem ter. A partir de uma interpretação extensiva do pensamento de John Rawls, Norman Daniels desenvolveu sua teoria de justiça em saúde, ressaltando

que os cuidados em saúde têm o papel moral de garanti-la e, assim, proteger as liberdades e oportunidades de vida das pessoas. Para Daniels², a teoria de justiça de Rawls possui os elementos necessários para estabelecer uma distribuição equitativa de saúde, o que, a seguir, será desenvolvido.

Norman Daniels – Ampliando a teoria da justiça, de Rawls

Seria a saúde um direito fundamental do ser humano? A resposta para essa pergunta é hoje quase intuitiva e, mesmo, contundente: claro que sim! Por uma série de motivos, tal resposta faz certo sentido, por exemplo, em contraposição à perspectiva principialista que praticamente a interpreta como uma mercadoria, portanto, submissa às leis de mercado. Norman Daniels não concorda nem discorda, a princípio, de tal afirmação. Mas discorda de que seja esse o ponto de partida para uma construtiva reflexão acerca do que seja justiça em saúde². O simples apelo a um direito, por mais evidente que possa ser, não se sustenta. É preciso que haja uma fundamentação sólida que, ao mesmo tempo que fornece a base necessária, estabelece os limites desse direito, para não cairmos num ‘buraco sem fundo’ que engoliria toda e qualquer demanda de todos os indivíduos, fossem elas justas ou injustas². Além disso, a consequência a um apelo a direitos individuais costuma cair na judicialização⁹, um mal a ser evitado.

O ponto de partida proposto por Daniels é o que ele chama de “pergunta fundamental”²⁽¹¹⁾: “O que devemos uns aos outros para promover a saúde numa população e dar assistência a pessoas doentes ou com algum tipo de deficiência?”. Para responder a essa pergunta de forma satisfatória, ele a divide em outras três e específica: 1- Teria a saúde um status moral especial?; 2- Quando são injustas as desigualdades em saúde?; 3- Como distribuir de forma justa os recursos em saúde?

Quanto à primeira pergunta, Daniels² acredita que sim, inferindo a partir do comportamento das pessoas que, mesmo admitindo distribuições desiguais de uma série de bens, quando se trata de saúde, costumam defender posições mais igualitárias. Cita, como prova disso, que existam, em seu próprio país – um país onde as desigualdades não são apenas toleradas, mas até mesmo positivamente mistificadas –, programas tais como o Medicare e o Medicaid, que procuram amenizar tais desigualdades para grupos socialmente mais vulneráveis (idosos e pobres, respectivamente)². Apenas mais recentemente surgiu o chamado Obamacare, que trouxe alguns tímidos avanços nesse sentido.

Tendo a saúde, portanto, um *status* moral especial, é essencial protegê-la. Aqui, Daniels faz um *mea culpa*. O *status* moral especial não é de ‘cuidados em saúde’, mesmo que esses sejam tomados em seu sentido amplo, incluindo medidas em saúde pública, como ele havia desenvolvido em sua obra ‘Just Health Care’, de 1985². O *status* moral especial é da saúde, tomado em sentido amplo o suficiente para incluir todos os seus potenciais determinantes sociais. Tal mudança de perspectiva torna ainda mais pertinente para Daniels sua opção por uma teoria da justiça pronta que se presta bem ao papel de fundamentação de sua própria: a teoria de John Rawls.

Considerando-se que os princípios de Rawls culminam na proteção das oportunidades das pessoas, e que estas necessitam estar com suas funções normais para exercerem plenamente suas oportunidades, segue-se que os princípios devam ser postos a serviço do bom funcionamento da sua saúde. Nesse sentido, Daniels² lembra que sua teoria é uma extensão da de Rawls, pois este categoriza a saúde erroneamente como um “bem natural”^{2(13,21)}, simplificando sua escala de bens primários ao admitir “que todas as pessoas estarão plenamente funcionais em seu tempo de vida”²⁽⁵⁶⁾. Mesmo em sua obra posterior, na qual reviu alguns dos conceitos e posições de sua teoria original, Rawls⁴, ao mencionar a saúde, o faz de forma bastante restrita, referindo-se apenas aos

cuidados de saúde requeridos quando alguém encontra-se em situação abaixo do mínimo necessário para exercer suas capacidades. A teoria de Daniels, ao colocar a saúde em seu sentido amplo e com *status* moral especial, a ser protegido pelos princípios de liberdade, diferença e igualdade de oportunidades, amplia e fortalece a teoria da justiça, de Rawls. A resposta à primeira pergunta, portanto, não chega a ser difícil ou controversa. O que dizer das duas seguintes?

Quando são injustas as desigualdades em saúde? Para responder a essa pergunta, Daniels² retorna à sua premissa básica, de que a saúde tem *status* moral especial, não sendo apenas sinônimo de cuidados em saúde, mas, sim, abarca todos os seus determinantes sociais. Estes são bens primários, a serem assegurados a todos os indivíduos para que tenham como exercer amplamente suas oportunidades em seu tempo de vida. Nesse momento de sua obra, entretanto, Daniels trai seu viés epistemológico ao afirmar que há um hiato bioético nessa área, pois,

infelizmente, estas questões têm sido quase completamente ignoradas no campo da bioética, assim como no campo da ética e filosofia política em geral²⁽⁸²⁾.

De acordo com ele², a bioética não tem se dedicado às questões relativas aos “bens sociais que determinam a saúde das sociedades”²⁽⁸¹⁾, e Amartya Sen seria a única exceção que ele é capaz de citar. Embora tal demonstração de desconhecimento ou ignorância da rica literatura em português, italiano e espanhol, e mesmo em inglês de autores de língua não inglesa (por exemplo, Garrafa e Porto¹⁰), chegue a ser constrangedora, o ponto de partida escolhido por Daniels não é de todo insatisfatório. A resposta à segunda pergunta pode, sim, ser de inspiração rawlsiana. A desigualdade em saúde será injusta sempre que impedir o pleno exercício das oportunidades da pessoa. E isso se dará sempre que um determinante social afetar o funcionamento normal dessa pessoa. O

princípio da justiça como equidade, de Rawls, regula a distribuição dos principais determinantes sociais da saúde; portanto, é ele que fornece a base epistemológica para a construção de uma teoria da justiça em saúde.

Ainda que se possa questionar algumas premissas a partir das quais Daniels estabelece sua própria teoria, é preciso conceder que, em as aceitando, as respostas às duas primeiras perguntas são, de fato, satisfatórias. O mesmo não acontece com a terceira. Até porque, Daniels não chega a respondê-la. Como distribuir de forma justa os recursos em saúde? Certamente, não se trata de tarefa fácil. Ainda assim, quem se propõe a fazê-lo, que o faça. Ao rechaçar o utilitarismo e seus instrumentos, como as análises de custo-efetividade tipo QALY e DALY², o que sobra é a possibilidade de priorizar os que estiverem em pior situação, a seguir a linha rawlsiana. Entretanto, tal caminho se revela rapidamente impraticável e, mesmo, injusto pela perspectiva da saúde pública. Daniels² reconhece isso, propondo, então, alguns artifícios na tentativa de pelo menos se aproximar de uma resposta satisfatória. As decisões de alocação de recursos deveriam obedecer a um princípio de legitimidade que, por sua vez, obedeceria a quatro condições: publicidade, relevância, possibilidade de revisões e recursos, força regulatória.

A primeira condição que conferiria legitimidade aos agentes alocadores de recursos e suas decisões forçosamente limitadoras (por meio das quais sempre haverá ganhadores e perdedores) é a transparência. As regras, sejam quais forem, devem ser disponibilizadas publicamente. Em segundo lugar, tais regras devem ser razoáveis, ou seja, aceitas por todos os que sejam, eles próprios, pessoas razoáveis. A terceira condição é que sempre haja a possibilidade de se revisar ou mesmo questionar, por meio de recursos, as decisões tomadas, já que, seja lá qual for a regra escolhida, sempre pode ser circunstancialmente falha. Finalmente, tal regra precisa ter força regulatória para que as três condições anteriores aconteçam².

A impressão causada pela leitura do capítulo

do livro de Daniels dedicado à terceira pergunta é a mesma deixada pelo parágrafo anterior. Qual regra? Afinal, se a teoria de Rawls não se presta a decisões de alocação de recursos em saúde pública, o que se adotará, então? Daniels não tem uma resposta para isso. Interessante notar que mesmo em palestras disponíveis na internet, posteriores à data de publicação de 'Just Health', ele continua não propondo nenhuma. E, igualmente interessante, num artigo dedicado exclusivamente a esse ponto específico da teoria de Daniels, Rid¹¹ faz crítica semelhante, sem, também, propor uma sua.

Considerações finais

Apesar das dificuldades em se definir o que é justo, a estipulação de critérios de justiça deve ocorrer desde a formação das bases de uma sociedade, mediante critérios estabelecidos por seus membros, num sistema de cooperação, respeito e benefícios mútuos. As teorias propostas por Rawls e Daniels propiciam a visão de que as escolhas sociais têm influência nas condições gerais de saúde, que é um valor a ser preservado e distribuído de forma compatível com o pluralismo moral, mediante políticas de alocação de recursos voltadas à eliminação ou redução das diferenças evitáveis entre os diversos grupos sociais.

Embora Rawls tenha tratado a saúde como um bem natural, e não social, e tenha evitado cuidar das iniquidades geradas pelas doenças e deficiências, Daniels esclareceu que o trabalho de Rawls sobre justiça distributiva apresenta suporte suficiente para o estabelecimento de uma conexão entre saúde e oportunidade, capaz de embasar a tese da existência de uma obrigação da justiça de proteger as oportunidades. Para Daniels, os princípios gerais de justiça de Rawls captam os elementos-chave dos determinantes da saúde, já que incluem os cuidados de saúde como bem primário das instituições.

A teoria da justiça, de Rawls, em especial o segundo princípio (que engloba os princípios da diferença e da oportunidade), tem

relevância e repercussão nas discussões acerca de justiça social, da saúde pública, guardando uma certa interface com as chamadas bioéticas latino-americanas, em que a noção de responsabilidade social envolve a necessidade de proteção pública e estatal dos mais vulneráveis¹². Em Daniels, foi reforçado o papel da saúde como bem primário garantidor de oportunidades. Além disso, o autor teve o mérito de rever suas ideias iniciais quanto à justiça na saúde e reconhecer que a equidade não se restringe ao acesso, mas, numa sociedade justa, deve levar em conta pelo menos os determinantes sociais da saúde.

A concepção de justiça como equidade, a partir da obra de Rawls e Daniels, seria aquela que, além de garantir o exercício das liberdades básicas, asseguraria a todos, de forma equânime, a distribuição dos bens primários essenciais, compensando-se, sempre que possível, as loterias biológicas e sociais. Assim, conclui-se que a ideia de justiça como equidade, de Rawls e Daniels, não é outra senão aquela que garante que o exercício das liberdades assegura a todos, de forma ponderada, a distribuição de bens primários sociais essenciais, inclusive a saúde.

Apesar de não apresentarem uma resposta mais ampla e definitiva sobre como distribuir recursos de forma justa, as teorias de Rawls

e Daniels remetem a reflexões sobre a necessidade de se reduzir injustas desigualdades em saúde, bem como suscitam debates sobre questões como cooperação social, liberdades, as bases da igualdade, alocação de recursos escassos, distribuição adequada de rendas e riquezas e de oportunidades. De modo geral, pode-se afirmar que as teorias de justiça, de Rawls e Daniels, possibilitam avanços teórico-práticos, contribuindo positivamente para o enfrentamento de problemas associados às políticas de acessibilidade e de justa distribuição de recursos no campo da saúde pública.

Colaboradores

Paranhos DGAM contribuiu para a realização do planejamento, concepção e elaboração do texto, revisão crítica do conteúdo e versão final do manuscrito. Matias EA contribuiu em parte para o conteúdo e a versão final do manuscrito. Monsorens N contribuiu para a concepção do estudo, orientação da pesquisa, revisão crítica e aprovação da redação final. Garrafa V contribuiu para a orientação do projeto, concepção do estudo, revisão crítica e aprovação da redação final. ■

Referências

1. Rawls J. A theory of justice. USA: The Belknap press of Harvard University press; 1971.
2. Daniels N. Just Health: meeting health needs fairly. New York, Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
3. Rawls J. Justiça como equidade: uma concepção política, não metafísica. *Lua Nova*; 1992; 25:25-59.
4. Rawls J. Uma Teoria da Justiça. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
5. Bobbio N. Igualdade e liberdade. Rio de Janeiro: Ediouro; 2002.
6. Villas-Bôas ME. O Direito à Saúde no Brasil – reflexões bioéticas à luz do princípio da justiça. São Paulo: Edições Loyola; 2014.
7. Fortes PAC. Como priorizar recursos escassos em países em desenvolvimento. In: Garrafa V, Pessini L, organizadores. *Bioética: Poder e Injustiça*. São Paulo: Edições Loyola; 2004. p. 103-112.
8. Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovannella L, Escorel S, Lobato LVC, et al, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 365-393.
9. Daniels N. The Right to Health at the Public/Private Divide [vídeo]. Edited by Aeyal Gross and Colleen Flood Book Discussion; 2015 [acesso em 2018 nov 19]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=3Gq5QmXJ-sk>.
10. Garrafa V, Porto D. Intervention Bioethics: A Proposal for Peripheral Countries in a Context of Power and Injustice. *Bioethics*. 2003; 17(5-6):399-416. [acesso em 2018 nov 19]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-8519.00356>.
11. Rid A. Justice and procedure: how does “accountability for reasonableness” result in fair limit-setting decisions? *J Med Ethics*. 2009; 35:12–16.
12. Garrafa V, Cunha TR, Manchola C. Access to healthcare: a central question within Brazilian bioethics. *Cambridge Quarterly Healthcare Ethics*. jul 2018; 27(3): 431-439

Recebido em 10/06/2018

Aprovado em 07/10/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Função matriciadora dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura

Matrix role of the Primary Care Extended Centers: an integrative review of the literature

André Lucas Maffissoni¹, Kátia Jamile da Silva², Carine Vendruscolo³, Letícia de Lima Trindade⁴,
Fernanda Karla Metelski⁵

DOI: 10.1590/0103-1104201811918

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8700-6787>
andremaffissoni@gmail.com

²Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc) - Chapecó (SC), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8645-1184>
katiajamiledasilva@gmail.com

³Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc) - Chapecó (SC), Brasil.
Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-5163-4789>
carine.vendruscolo@udesc.br

⁴Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc). Universidade Comunitária da Região de Chapecó - Chapecó (SC), Brasil.
Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-7119-0230>
ltrindade@hotmail.com

⁵Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc) - Chapecó (SC), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7833-0438>
fernanda.metelski@udesc.br

RESUMO Revisão integrativa da literatura que buscou identificar as concepções teórico-conceituais que sustentam a criação e o desenvolvimento dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) como dispositivo de apoio no âmbito desse nível assistencial, bem como analisar o processo de matriciamento de acordo com as características apresentadas pela literatura científica atual, a partir da análise de manuscritos publicados nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde, PubMed e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), utilizando-se o termo 'Núcleo de Apoio à Saúde da Família'. Após a aplicação dos critérios de inclusão, resultaram 33 trabalhos. Evidenciou-se predomínio de estudos qualitativos, os quais sinalizam características de atuação do Nasf-AB, organizadas em atividades técnico-pedagógicas com as equipes de Saúde da Família, e clínico-assistenciais, voltadas para o atendimento dos usuários e coletivos. As informações encontradas na literatura científica demonstram dificuldades e desafios relacionados com a operacionalização do trabalho do Nasf-AB.

PALAVRAS-CHAVE Gestão em saúde. Atenção Primária à Saúde. Saúde da família.

ABSTRACT *Integrative review of the literature that sought to identify the theoretical-conceptual ideas that support the creation and development of the Family Health and Primary Care Extended Centers (Nasf-AB) as a support device within this assistance level, as well as analyze the process of matrixing according to the characteristics presented by the current scientific literature, based on the analysis of manuscripts published in the databases of Virtual Health Library, PubMed and Portal of Periodicals of the Coordination Office for Improvement of Higher Education Personnel (Capes), using the term 'Family Health Support Team'. After the application of the inclusion criteria, 33 studies resulted from it. It was evidenced a predominance of qualitative studies, which indicate the characteristics of the action of the Nasf-AB, organized in technical-pedagogical activities with the Family Health Strategy and clinical-assistance activities, aimed at the care of users and groups. The informations found in the scientific literature shows difficulties and challenges related to the operationalization of the work of the Nasf-AB.*

KEYWORDS Health management. Primary Health Care. Family health.



Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica (AB) no Brasil, configura-se como um dos principais avanços no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e principal porta de entrada do usuário nesse Sistema¹. Por meio de equipes multiprofissionais generalistas da Estratégia Saúde da Família (ESF), que representa o seu eixo estruturador, a AB busca atender aos atributos de universalidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, em âmbito individual e coletivo, ampliando o acesso e impactando os condicionantes/determinantes da saúde dos habitantes do território¹.

A implantação de equipes de Saúde da Família (eSF) para estruturar a AB ampliou de modo significativo o acesso à saúde, no entanto, há consenso em relação à necessidade de investimentos na qualificação dos profissionais, sobretudo, para aumentar a resolubilidade nesse nível de atenção². São recorrentes as situações em que os profissionais generalistas da AB se deparam com obstáculos, principalmente, quanto à resolubilidade da atenção. Diante disso, para dar suporte às eSF, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 2008, mediante a Portaria GM nº 154³, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Estes emergem com o propósito de apoiar a consolidação da AB, ampliando as ofertas de serviços de saúde, o potencial resolutivo e a abrangência das ações realizadas no nível primário de atenção^{3,4}. Recentemente, com a revisão da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNAB), esse dispositivo passa a ser reconhecido como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)¹.

Aos Nasf-AB, cabe a realização do matriciamento das eSF e das equipes de Atenção Básica (eAB). Essa atividade é possível, basicamente, por duas formas de apoio: clínico-assistencial, no qual os profissionais do Nasf-AB ofertam atendimento clínico, individual ou coletivo, aos usuários; e técnico-pedagógico, em que os profissionais do Nasf-AB compartilham

saberes e práticas de seus núcleos profissionais com os trabalhadores da ESF⁴.

A literatura científica aborda a construção do Nasf-AB como uma possibilidade para criar arranjos de gestão e processos de trabalho capazes de reorientar o modo como se produz saúde na AB, no âmbito do SUS². Contudo, por ser uma determinação relativamente recente do MS, existem dificuldades na compreensão dos reais atributos dos Núcleos e de suas funções, principalmente com relação ao processo de apoio matricial às eSF⁵.

Por esse motivo, gestores e profissionais devem compreender quais são os pilares teóricos e legais que sustentam a atuação do Nasf-AB e, além disso, identificar quais práticas têm sido utilizadas para desenvolver o processo de matriciamento no cotidiano do trabalho. Nesse sentido, objetiva-se identificar as concepções teórico-conceituais que sustentam a criação e o desenvolvimento do Nasf-AB como dispositivo de apoio no âmbito desse nível assistencial, bem como analisar o processo de matriciamento a partir das características apresentadas pela literatura científica atual.

Não há pretensão em esgotar o assunto, extenuar possibilidades ou estabelecer padrões que indiquem como o Nasf-AB deve ou não atuar no campo da saúde coletiva e/ou quais deveriam ser suas ações específicas. Considera-se que uma revisão integrativa da literatura sobre o tema pode promover aportes teóricos capazes de subsidiar reflexões relacionadas com a prática profissional dos seus componentes, o que é substancial para aperfeiçoar o trabalho no SUS.

Metodologia

Estudo de revisão integrativa da literatura, com delineamento qualitativo, desenvolvido mediante validação de protocolo por pesquisador não envolvido com a pesquisa e com experiência na temática.

A revisão foi conduzida por seis etapas: escolha da pergunta de pesquisa;

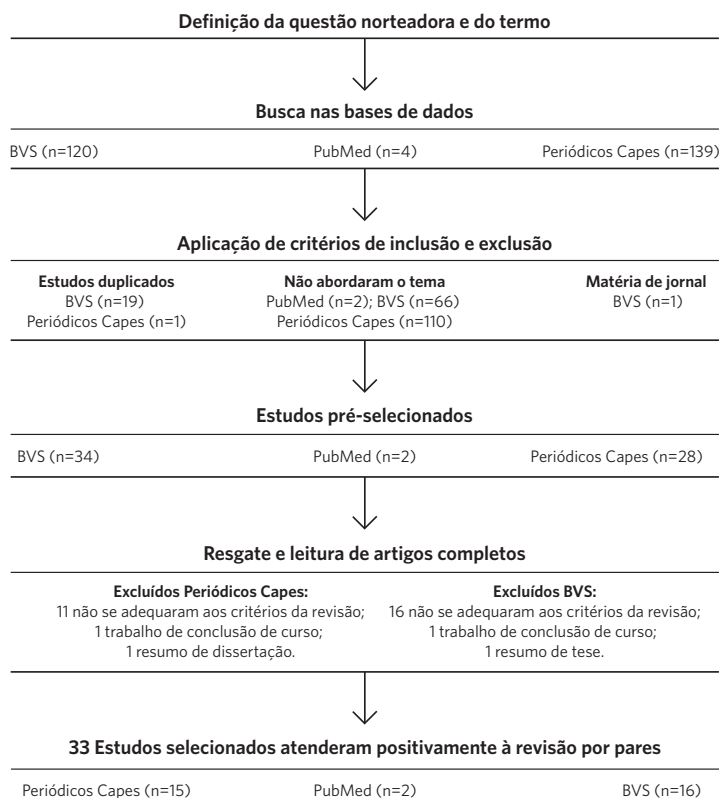
estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; seleção da amostra; busca pelas informações desejadas nos manuscritos; inclusão dos trabalhos selecionados; discussão e análise dos resultados⁶.

A pesquisa partiu do seguinte questionamento: como a literatura científica aborda as concepções teórico-conceituais que sustentam a criação e o desenvolvimento do Nasf-AB como dispositivo de apoio no âmbito desse nível assistencial a partir da sua função matriciadora? Para a busca de estudos, foram utilizados como critérios de inclusão: trabalhos publicados no formato de artigos científicos (artigos originais, revisões sistematizadas, ensaios teóricos, reflexões, relatos de experiência e editoriais); trabalhos disponíveis on-line na forma completa em inglês, português ou espanhol; e estudos cujos títulos, resumos ou palavras-chave abordassem o tema no período de 2008 a 2016. Este intervalo de tempo foi

delimitado em função da criação do Nasf-AB ter sido aprovada no Brasil pela Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008³. Os artigos duplicados foram considerados uma única vez.

A busca pelos estudos ocorreu nos meses de março, abril e maio de 2017, nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). A seleção da amostra foi desenvolvida a partir da busca livre por artigos com o termo 'Núcleo de Apoio à Saúde da Família', sem aspas. Por se tratar de uma pesquisa em âmbito nacional e pelo fato de o Nasf-AB ser uma política exclusiva do Brasil, considerou-se que somente a partir dessa estrutura de busca os objetivos seriam alcançados. Como na época da coleta de dados a PNAB ainda não havia sido revista, manteve-se o termo com nome original. O fluxo de realização da busca pelos estudos é ilustrado na *figura 1*.

Figura 1. Fluxograma dos estudos selecionados para a pesquisa



Fonte: Elaboração própria.

Os estudos pré-selecionados foram encontrados completos nas bases, ou buscados via Google Acadêmico, ou, ainda, no *site* do periódico. Na sequência, foram organizados em tabelas/quadros do Word®, após identificação e exclusão de artigos duplicados; posteriormente, foi realizada a extração de dados para a construção de uma matriz com as especificações individuais dos trabalhos. A matriz foi composta pelos 33 artigos selecionados após leitura do material na íntegra e sistematizada a partir dos seguintes itens: título, periódico em que foi publicado, ano de publicação, autores e categoria profissional do primeiro autor, objetivo, metodologia, principais resultados, conclusões e observações dos pesquisadores.

Ressalta-se que todo o processo de análise foi realizado por pares, além disso, a seleção final de 33 artigos passou por análise duplo-cega, realizada por pesquisadoras do tema, a fim de conferir maior rigor científico e adequação dos estudos encontrados aos objetivos da revisão integrativa.

A análise dos dados foi realizada com fundamento à proposta da Análise Temática de Conteúdo, orientada pelas etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados⁷. Na pré-análise, realizou-se leitura flutuante dos trabalhos completos, o que possibilitou identificar aspectos gerais da matriz como: tipos de estudo (pesquisa qualitativa, quantitativa, pesquisa de método misto, estudo de caso e revisão integrativa), objetivos dos trabalhos, periódicos em que os estudos foram publicados, ano de publicação, região do país em que o estudo foi realizado e categoria profissional dos autores. Tais elementos deram origem à categoria 'perfil dos estudos'. A exploração do material transcorreu por meio de novas leituras dos textos completos, sendo que, na matriz, foi realizado um recorte dos principais achados/conclusões e da dimensão dos estudos. Posteriormente, ocorreu a agregação e classificação dos dados, de modo a estruturar as categorias de discussão: 'origem e concepções teóricas' e 'matriciamento na prática'.

Importa ressaltar que, devido à complexidade do contexto que envolve o objeto de estudo em questão, as discussões não se limitaram somente ao escopo de artigos encontrados na revisão. Assim, foram articulados ao debate, principalmente na categoria 'origem e concepções teóricas', resultados de outros estudos, realizados por autores reconhecidamente importantes nesta área de saber, bem como orientações provenientes de documentos ministeriais.

Resultados

Características dos autores e estudos

No que diz respeito à autoria, os 33 estudos foram publicados por 102 autores, sendo 86 sujeitos autores ou coautores de apenas um artigo, 12 autores ou coautores de dois estudos e quatro autores ou coautores de três artigos.

Com o objetivo de identificar de modo mais específico o perfil profissional dos sujeitos que escrevem sobre o tema do Nasf-AB, foi realizada busca dos currículos do primeiro autor de cada trabalho na Plataforma Lattes. Os dados demonstraram que a maioria dos autores (86,7%) possui vínculo profissional em instituições de saúde ou de educação públicas, os demais atuam em instituições de ensino privadas (10%) ou com entidades estrangeiras (3,3%). Quanto à atuação profissional, 15 são docentes do ensino superior e/ou ensino técnico e/ou pesquisadores em saúde, sete são estudantes de curso de mestrado, doutorado ou residência multiprofissional em saúde, cinco atuam na assistência ou na gestão à saúde em contexto público ou privado e três são profissionais que trabalham no Nasf-AB. Cumpre destacar que não foram encontradas informações profissionais dos autores de dois trabalhos e, também, que um mesmo estudioso da temática é primeiro autor de dois artigos.

Os resultados apontam que os autores que estudam o Nasf-AB, em sua maioria, possuem vínculo público em instituições de ensino

superior. Nota-se uma pequena parcela de indivíduos atuantes profissionalmente no Nasf-AB como autor principal dos estudos. Este fato, ao mesmo tempo que assinala a necessidade de maior número de produções advindas do campo prático, reflete o interesse de alguns profissionais em apresentar o trabalho realizado com e nos Núcleos ao meio científico.

Com relação ao tipo de estudo, 31 se caracterizaram como pesquisas originais e duas são revisões de literatura. Quanto à abordagem, 24 estudos foram identificados pelos autores como estudos qualitativos e dois quantitativos, sendo que um assumiu uso da abordagem mista (quantitativa) e os demais (n=6) não especificaram a abordagem.

Origem e concepções teóricas

A ideia de matriciamento que direciona a atuação do Nasf-AB passou por longa trajetória de construção antes de ser incorporada como recurso metodológico em uma política pública de saúde. Logo após a criação do SUS, alguns pesquisadores da área começaram a descrever, em seus estudos, que a produção de saúde no contexto da AB demandava outros conhecimentos, para além do aporte técnico-científico dos profissionais generalistas das eSF, incorporando núcleos de conhecimentos específicos^{8,9}.

A fim de subsidiar ajustes nessa direção, Campos e colaboradores⁸ lapidaram a concepção teórica e metodológica Paidéia. Os autores relatam que essa rede conceitual tem o objetivo de dar suporte à cogestão de coletivos na AB para o trabalho em redes, tendo funcionalidade a partir de três eixos de aplicação: apoio institucional, apoio matricial e clínica ampliada e compartilhada⁸.

A Metodologia de Formação e Apoio Paidéia propõe compreender e interferir nas questões de compartilhamento de poder, conhecimento e afeto em espaços coletivos. Assim, os três eixos representam estratégias para a política e a gestão operarem com o poder (apoio institucional); a pedagogia, com o conhecimento (apoio matricial); e a clínica subjetiva, a partir

do afecto dos encontros (clínica ampliada). Na organização dos processos da saúde, essas três dimensões disciplinares parecem estar fragmentadas, quando, na realidade, deveriam atuar de modo simultâneo para estabelecer base sólida de cogestão, mediante relações dialógicas e compartilhamento de conhecimentos e práticas⁸.

A tríade proposta pela Metodologia Paidéia pode ser entendida como uma forma de construir condições para reflexões dialógicas constantes, a partir de pessoas e concepções de mundo distintas, capazes de estimular a qualificação dos processos no âmbito da atenção em saúde. Tal método visa ao aumento da capacidade de compreensão e intervenção dos indivíduos sobre um determinado contexto, refletindo sobre os outros e sobre si, com vistas à democracia e ao bem-estar social⁸⁻¹¹.

Na revisão da literatura realizada, estudos recentes^{8,9,12} demonstram que os conceitos da Metodologia Paidéia estão sendo, gradativamente, inseridos nas políticas e programas do SUS, entre eles o Nasf-AB. Com objetivo de ampliar a abrangência, o escopo e a resolubilidade das ações da AB, o MS adotou o apoio matricial como centro funcional dos Núcleos⁴ e estabeleceu como princípio de atuação a produção da saúde mediante utilização da clínica ampliada¹³.

Autores¹⁴ evidenciam que, em âmbito internacional, a clínica por meio do compartilhamento de ações vem ganhando espaço desde a década de 1990. Movimentos no Reino Unido, Irlanda, Austrália, Canadá e Espanha, com distintas nomenclaturas e modos operativos diferenciados, apresentam sinergia ao propor novos modos de produção da saúde que contemplam os princípios do apoio matricial. No Brasil, o município de Campinas, em São Paulo, foi o primeiro a utilizar o Método de apoio matricial nos anos de 1990. Na época, percebeu-se que esse apoio seria pertinente para qualificar a atenção, especialmente na área da saúde mental, passando a ser implementado por iniciativa dos próprios profissionais da rede do SUS⁹. Na mesma década,

outros estados brasileiros também começaram a incorporar os conceitos de apoio matricial, buscando maior interprofissionalidade na organização da saúde.

Reconhece-se que, apesar de não possuírem relação direta com o Nasf-AB, já que este foi proposto em âmbito ministerial apenas em 2008, as iniciativas supracitadas, tanto nacionais como estrangeiras, representam o princípio dos conceitos que sustentam teoricamente os Núcleos; processos embrionários para a construção do que é proposto pelo MS atualmente.

A revisão integrativa¹²⁻¹⁴ e os documentos ministeriais^{1,3,4} sinalizam que o processo de trabalho do Nasf-AB é fundamentado no compartilhamento de responsabilidades com as eSF. As equipes de Nasf-AB buscam se inserir na AB/ESF compondo uma rede de conhecimentos e complementando as ações das eSF, a partir de pressupostos como integralidade, interprofissionalidade, multidisciplinaridade, cuidado compartilhado, cogestão, corresponsabilização e clínica ampliada.

Desse modo, o processo de trabalho dos Nasf-AB é orientado por dois conjuntos de atividades: técnico-pedagógicas, com o intuito de promover educação permanente com os profissionais da ESF; e clínico-assistenciais, quando demandado atendimento para casos específicos⁴, seja para um ou para um coletivo de indivíduos. As primeiras atividades se voltam ao suporte das equipes na mediação das demandas dos usuários e nas suas próprias demandas, e as atividades clínico-assistenciais devem ser realizadas em conjunto com a eSF, compartilhando saberes e produzindo conhecimento de modo coletivo, inclusive com os usuários.

A concepção de núcleo e campo de saber aparece nos estudos como centro operador do Nasf^{8,12,14}. O núcleo de saber é composto pelos conhecimentos específicos que determinam a identidade de uma profissão, como as atribuições clínicas específicas da enfermagem, nutrição, psicologia, medicina, entre outras. Já o campo de saber representa um espaço de conhecimentos comuns a todas as profissões, os quais sobressaem às especialidades de cada

categoria⁸. Assim, é possível compreender que o apoio matricial do Nasf atua na lógica de complementar saberes e experiências de um núcleo de saber especializado para um campo multidisciplinar – o da saúde coletiva – que, neste caso, é representado pelas eSF.

A partir desse aporte teórico, as equipes do Nasf-AB vêm desenvolvendo, desde 2008, importante papel na reorganização das práticas de atenção em saúde e, atualmente, totalizam 3.797 que integram a rede de atenção à saúde do SUS em todo o território nacional¹⁴.

Matriciamento na prática

Há consenso na literatura de que a principal função do Nasf é dar suporte/apoio às eSF por meio do apoio matricial. Contudo, são escassas as orientações sobre como devem operar os profissionais do Nasf-AB no cotidiano prático, seja no apoio clínico-assistencial individual ou coletivo, seja no apoio técnico-pedagógico. É possível observar nos manuscritos¹⁵⁻⁴² que o apoio matricial é compreendido de diferentes formas pelas equipes dos Núcleos, assim como pelas eSF e gestores.

A análise global dos manuscritos^{16,21,23,28,34} sinaliza para a ausência de informações ministeriais mais precisas sobre o modo de atuar do Nasf-AB. Além disso, pesquisador⁵ da área também menciona que o matriciamento realizado pelo Nasf-AB não é bem definido, o que abriu precedente para a polarização das discussões nesse âmbito, com alguns pesquisadores/gestores da área defendendo que o matriciamento dos Núcleos se esgota no apoio técnico-pedagógico, enquanto outros argumentam que o apoio clínico-assistencial também faz parte das atribuições do Nasf-AB.

O conjunto de artigos que compuseram a revisão indica a realização do apoio matricial de três modos diferenciados: predominantemente clínico-assistencial, predominantemente técnico-pedagógico, e, de forma mais escassa, por meio da união das duas práticas anteriores.

O ‘apoio clínico-assistencial’ foi detalhado em alguns estudos^{15,20,24,27,31,32} como principal

atividade demandada e realizada pelos profissionais do Nasf-AB. Essas pesquisas afirmam que o apoio realizado pelos Núcleos está centrado em atendimentos, geralmente, individuais, sob demanda patológica, com características curativistas e de reabilitação.

As atividades coletivas do Nasf-AB, realizadas com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças, totalizam um número pequeno de ações quando comparadas aos atendimentos individuais. Além disso, na maioria das vezes, ocorrerem de maneira fragmentada, com caráter prescritivo e a partir do núcleo de saber de uma única profissão^{15,17,20}, caracterizando um fazer em saúde com pouca proximidade daquele proposto no arcabouço teórico que orienta a atuação do Nasf-AB.

Em relação ao ‘apoio técnico-pedagógico’, um estudo²¹ realizado com psicólogos do Ceará demonstrou que estes praticam, predominantemente, o matriciamento ao pautarem suas ações no apoio, no suporte e na orientação às eSF e mediante parcerias intersetoriais. Em conjunto com a ESF, o Nasf-AB toma conhecimento da realidade de determinado território e dos problemas mais frequentes, a fim de direcionar suas ações a partir da demanda das equipes generalistas – eSF^{35,41,42}.

Em estudos realizados nas regiões Nordeste²⁵, Sul^{26,30}, Sudeste²⁹ e Centro-Oeste³⁷, também foi possível perceber o apoio matricial como uma estratégia efetiva: à medida que compartilha saberes, promove a interdisciplinaridade/intersetorialidade e contribui para a elaboração de Planos Terapêuticos Singulares (PTS), mediante utilização das diferentes áreas do conhecimento com a finalidade de apoiar os serviços da AB. Esse processo possibilita o atendimento integral aos coletivos em seus territórios^{9,34}.

A realização do matriciamento a partir do exercício simultâneo do apoio clínico-assistencial e do apoio técnico-pedagógico apareceu em alguns estudos^{17,21,25,28,33,40} como prática natural e recorrente do Nasf, indo ao encontro do que é preconizado pelas normativas oficiais para o Nasf^{1,4}. Diante disso, pode-se perceber

que o modo como se conduz o matriciamento decorre, muitas vezes, da própria maturidade dos profissionais que compõem os Núcleos, dos trabalhadores das eSF e dos gestores.

Pesquisadores^{20,26,39} discorrem que o modo como as atividades dos Núcleos devem se desenvolver está presente no ideário dos profissionais e é defendido, ideologicamente, por eles, entretanto, é pouco aplicado na prática. Essa realidade pode estar relacionada com o número reduzido de equipes de Nasf-AB, com a demanda por assistência dos usuários, com o amplo território adscrito e com a primazia do modelo biomédico e curativista^{26,39,40}.

Em estudos^{16,32} realizados em dois municípios da região Nordeste, foi possível observar que a iniciativa de definir o cuidado especializado como principal estratégia de matriciamento às eSF não partiu da equipe do Nasf-AB, e sim por orientação direta da gestão municipal ou coordenação dos serviços, em resposta à grande demanda da população por atendimento especializado.

Outras pesquisas realizadas na região Nordeste⁴⁰, Sul^{26,41} e Sudeste³⁶ apontam a falta de compreensão por parte da gestão e eSF quanto às reais funções do Nasf-AB, o que pode resultar na restrição das atividades desses profissionais ao atendimento individual e na resistência e pouca integração entre apoiador e eSF^{19,26,31}. Profissionais de psicologia, por exemplo, revelam dificuldades relacionadas com a demarcação de seu papel específico no Nasf-AB e a necessidade de maior tempo nas eSF, semanalmente²¹.

Observou-se um quantitativo expressivo de manuscritos que criticaram o privilégio dado ao apoio clínico-assistencial, principalmente, por meio do atendimento individual, no Nasf-AB^{16,20,26,32,36}. Em outros estudos^{27,28} isso é justificado, inclusive, por conta da demanda da comunidade por assistência individual.

Nos estudos selecionados, pouco se encontra sobre a aplicação do PTS e outras práticas coletivas entre Saúde da Família/ESF e Nasf-AB, o que sugere a falta de produção de saberes e itinerários terapêuticos compartilhados, a

subvalorização das reuniões de planejamento em conjunto, a supervalorização do conhecimento técnico nucleado e a preferência por atendimentos individuais sob a demanda patológica. Dessa forma, a lógica dos encaminhamentos se mantém, o que foge dos preceitos de interdisciplinaridade, corresponsabilização e atendimento compartilhado do núcleo^{15,26,31,32}, bem como fragiliza o modelo provocado pela implantação do trabalho em RAS.

Importa mencionar que o apoio matricial, decorrente de uma iniciativa de atenção especializada (com foco assistencial), não se configura como um obstáculo a ser superado pela equipe do Nasf-AB, justamente, porque compõe seu arsenal de atribuições⁴. É preciso que o cuidado especializado seja ressignificado, tendo sua operacionalização em concordância aos seus pressupostos teóricos e mediante comprometimento dos profissionais dos Núcleos, das eSF e da gestão. O apoio clínico-assistencial é inerente à atuação do Nasf-AB, no entanto, deve ser articulado às outras estratégias de atuação, como o apoio técnico-pedagógico, pois, se realizado de modo isolado, é incapaz de garantir os objetivos apresentados pelo programa.

Estudos mostram que tal perspectiva vem sendo adotada pelo trabalho dos Núcleos em algumas regiões, nas quais os trabalhadores buscam atender à demanda de usuários e coletividades de maneira integral, promover a compreensão dos sujeitos (gestores, profissionais da ESF e usuários) sobre as ações desenvolvidas pelo Nasf-AB^{21,26}.

Experiências do Nordeste demonstram que, apesar das dificuldades no compartilhamento das atividades entre Nasf-AB e ESF, foi possível realizar práticas de atenção do Nasf-AB pautadas em visitas domiciliares, atividades preventivas e promoção da saúde, com articulação de equipamentos sociais, atendimentos conjuntos e intervenções coletivas^{21,25}.

Observa-se que as dificuldades para a efetivação do trabalho do Nasf-AB estão relacionadas, principalmente, com a realização do matriciamento distante da realidade de cada

território, com a criação de vínculos entre ESF e Nasf-AB³⁵, com a falta de compreensão sobre como opera o programa, com a escassez de insumos (falta de computadores, falhas no acesso à internet, impressora, carro, motorista, entre outros) e quantitativo inadequados de profissionais^{18,39}.

Além disso, a maneira como o Nasf-AB opera também tem relação com os processos de formação dos profissionais que compõem a equipe. Em pesquisas realizadas com profissionais de fonoaudiologia²² e com a equipe multiprofissional do Nasf-AB⁴⁰⁻⁴², percebeu-se que os aspectos de formação dos profissionais influenciam na qualidade do atendimento. Notou-se que a partir da reformulação de Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área saúde, os profissionais emergiam com uma visão mais interdisciplinar e ampliada sobre a saúde coletiva.

A análise da literatura também permite defender que, independentemente do modo como as equipes desenvolvem o matriciamento, as contribuições do Nasf-AB se configuram como um dispositivo de mudança, o qual instiga o repensar dos profissionais, o fortalecimento de vínculos e a coparticipação e corresponsabilização no fazer, no âmbito da AB^{33,37,38}.

Além disso, notou-se em estudos^{26,39} que a perspectiva de alguns profissionais dos Núcleos é de que, futuramente, as eSF estejam estruturadas na lógica do Nasf-AB, com maior incorporação de referenciais teóricos norteadores dessa política, os quais apontam para ações de cuidado integral, coletivo e para a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos.

Considerações finais

Apesar de a lógica do Nasf-AB exigir percepção mais ampliada sobre as práticas de atenção à saúde e, muitas vezes, desafiar os profissionais para uma atuação que vai além do cuidado médico centrado e curativista, a literatura demonstra que essa estratégia de apoio/assistência compartilhada com as eSF

está sendo, gradativamente, incorporada e valorizada pelos trabalhadores da AB.

Os estudos mostram que o Núcleo vem pautando sua atuação em atividades técnico-pedagógicas, com o foco para o apoio matricial às eSF, e clínico-assistenciais, votadas para indivíduos e coletivos. O apoio matricial é compreendido de diferentes formas pelos profissionais do Nasf-AB, ESF e gestores, de acordo com a sua maturidade e concepções sobre o que é o matriciamento. A escassez de informações ministeriais mais precisas sobre o modo como as equipes devem atuar e a carência de estratégias de educação continuada e permanente podem ser considerados agravantes nesse processo.

O discurso sobre o modo como as atividades devem ser desenvolvidas está presente no ideário dos profissionais, porém as práticas de atenção à saúde mostram que existe uma distância considerável entre o saber e o fazer. Assim, o suporte clínico-assistencial do Nasf-AB é desenvolvido a partir das demandas da população por atendimento especializado, em contraponto à diretriz de servir como apoio, oferecendo cuidado compartilhado, clínica ampliada, executando a gestão e compartilhando responsabilidades com as eSF.

O Nasf-AB é reconhecido como um dispositivo de mudança que promove o repensar profissional, independentemente de como as equipes desenvolvem suas práticas de atenção, porque favorece a instituição de vínculos e a coparticipação nas ações cotidianas de atenção à saúde (longitudinalidade), além de implicar

na resolubilidade da AB. Entretanto, faz-se necessário estabelecer um equilíbrio entre as práticas clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas que têm orientado o trabalho dos profissionais do Nasf-AB, a fim de prevenir que essa equipe absorva e mascare os problemas da falta de resolubilidade da AB, emergindo como um novo dispositivo com resoluções paliativas, que não se centra no fortalecimento efetivo dos generalistas.

A revisão integrativa, como método de escolha para o desenvolvimento do presente estudo, favoreceu a construção de um panorama da atuação dos Núcleos, apesar do limite da seleção de um único termo para a busca dos estudos e do próprio método, que não capturou todo o universo de estudos sobre a temática. Ainda assim, a pesquisa contribui para a compreensão sobre os modos de atuação do Nasf-AB, favorecendo a reflexão sobre a importância da incorporação de metodologias e práticas educativas e solidárias para avançar na resolubilidade do cuidado na AB.

Colaboradores

Maffissoni AL, Silva KJ, Vendruscolo C, Trindade LL e Metelski FK contribuíram para a elaboração das propostas e objetivos, concepção e planejamento dos cronogramas do estudo, análise da literatura e interpretação dos dados bibliográficos, elaboração do esboço e revisão crítica do conteúdo e aprovação final do manuscrito. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set 2017.
2. Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc.* 2014; 23(3):869-883.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf. Diário Oficial da União. 25 Jan 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica [internet]. Ministério da Saúde: [acesso em 2017 mar 15] 2014; 39. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf.
5. Tesser CD. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. *Interface (Botucatu)* [internet]; 2017 [acesso em 2017 jun 11]; 21(62):565-578. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n62/1807-5762-icse-1807-576220150939.pdf>.
6. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Rev Nurs Health.* 1987; 10(1):1-11.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
8. Gastão WSC, Figueiredo MD, Pereira Júnior N, et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)* 2014; 18(supl1):983-995.
9. Castro CP, Oliveira MM, Campos GWS. Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(5):1625-1636.
10. Campos GWS, Cunha GT, Figueiredo MD. Práxis e Formação Paideia: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.
11. 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.
12. Patrocínio SSSM, Machado CV, Fausto MCR. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro. *Saúde debate* 2015; 39(esp):105-119.
13. Oliveira MM, Campos GWS. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20(1):229-238.
14. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Sala de Apoio à Gestão estratégica [internet]. 2009 [acesso em 2017 jun 20]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/>.
15. Souza SC, Loch MR. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde.* 2012; 16(1):5-10.
16. Sampaio J, Souza CSM, Marcolino EC, et al. O Nasf como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. *Rev. Bras. Ciênc. Saúde.* 2012; 16(3):317-324.
17. Lancman S, Gonçalves RMA, Cordone NG, et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública.* 2013; 47(5):968-975.
18. Souza MC, Bomfim AL, Souza JN, et al. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. *Mund. Saúde.* 2013; 37(2):176-218.
19. Souza FLD, Chacur EP, Rabelo MRG, et al. Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário. *Saúde debate.* 2013; 37(97):233-240.

20. Costa LS, Alcântara LM, Alves RS, et al. A prática do fonoaudiólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios paraibanos. *Codas*. 2013; 25(4):381-387.
21. Leite DC, Andrade AB, Bosi ML. A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Physis (Rio J)*. 2013; 23(4):1167-1187.
22. Fernandes TL, Nascimento CMB, Sousa FOS. Análise das atribuições dos fonoaudiólogos do Nasf em municípios da região metropolitana do Recife. *Rev CEFAC*. 2013; 15(1):153-159.
23. Sampaio J, Martiniano CS, Rocha AMO, et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Refletindo sobre Acepções Emergentes da Prática. *Rev. Bras. Ciênc. Saúde*. 2013; 17(1):47-54.
24. Hori AA, Nascimento AF. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) em Guarulhos (SP), Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(8):3561-3571.
25. Andrade AF, Lima MM, Monteiro NP, et al. Avaliação das ações da Fonoaudiologia no Nasf da cidade do Recife. *Audiol. Commun. Res*. 2014; 19(1):52-60.
26. Ferro LF, Silva EC, Zimmermann AB, et al. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. *Mund. Saúde*. 2014; 38(2):129-138.
27. Rodrigues DCM, Bosi MLM. O lugar do nutricionista nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Rev Nutr PUCCAMP*. 2014; 27(6):735-746.
28. Gonçalves RMA, Lancman S, Sznalwar LI, et al. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), São Paulo, Brasil. *Rev. Bra. Saúde Ocup*. 2015; 40(131):59-74.
29. Soleman C, Martins CL. O trabalho do fonoaudiólogo no núcleo de apoio à saúde da família (Nasf) – especificidades do trabalho em equipe na atenção básica. *Rev. CEFAC* 2015; 17(4):1241-1253.
30. Hirdes A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. *Ciênc. Saúde Colet*. 2015; 20(2):371-382.
31. Cela M, Oliveira IF. O psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: articulação de saberes e ações. *Estud. Psicol. (Natal)*. 2015; 20(1):31-39.
32. Sousa D, Oliveira IF, Costa ALF. Entre o especialismo e o apoio: psicólogos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Psicol. USP* 2015; 26(3):474-483.
33. Volponi PRR, Garanhani ML, Carvalho BG. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em saúde. *Saúde debate*. 2015; 39(esp):221-231.
34. Barros JO, Gonçalves RMA, Kaltner RP, et al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2015; 20(9):2847-2856.
35. Santana JS, Azevedo TL, Reichert APS, et al. Núcleo de apoio a saúde da família: atuação da equipe junto à estratégia saúde da família. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam*. 2015; 7(2):2362-2371.
36. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Análise do sofrimento no trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2016; 50(5):848-854.
37. Raimundi DM, Ferreira FF, Lima FCA, et al. Análise de uma Clínica da Família, visão dos enfermeiros do serviço. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2016; 50(esp):130-138.
38. Ribeiro MDA, Bezzera EMA, Costa MS, et al. Avaliação da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev. Bras. Promoç. Saúde*. 2014; 27(2):224-231.
39. Martinez JFN, Silva MS, Silva AM. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Goiânia (GO): percepções dos profissionais e gestores. *Saúde debate*. 2016; 40(110):95-106.
40. Macedo MAV, Ximenes-Guimarães JM, Sampaio JJC, et al. Análise do processo de trabalho no núcleo de

apoio à saúde da família em município do nordeste brasileiro. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2016; 15(30):194-211.

41. Nakamura CL, Leite SN. A construção do processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: a experiência dos farmacêuticos em um município do sul do Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(5):1565-1572.

42. Reis ML, Medeiros M, Pacheco LR, et al. Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf). *Texto Contexto Enferm.* 2016; 25(1):e2810014.

Recebido em 19/03/2018
Aprovado em 10/10/2018
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Pareceristas que atuaram em 2018

Agradecemos a todos, em especial a nossos Consultores *Ad Hoc* listados abaixo, que colaboraram no processo editorial do volume 42 da revista Saúde em Debate

A

Abilio Rosa
 Adelyne Pereira
 Ademir Ferreira
 Adriana Aguiar
 Adriano Santos
 Adroaldo Belens
 Alcides de Miranda
 Alcindo Ferla
 Alcione Cunha
 Aldo Pacheco Ferreira
 Alice de Oliveira
 Allan Queiroz Barbosa
 Aluisio Silva Junior
 Alvaro Junior
 Alvaro Nascimento
 Alzira de Jorge
 Amanda Reinaldo
 Amelia Cohn
 Ana Figueiredo
 Ana Venancio
 Ana Luiza Stiebler Vieira
 Ana Viana
 Ana Souto
 Ana Reis
 Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues
 Ana Moreira
 Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
 Ana Braga
 Ana Pitta
 Ana Luiza Vilasboas
 Ana Maria Costa
 Ana Paula Pillatt
 Ana Paula Guljor
 André Neto
 Andréa da Silva
 Andréa Silveira
 Andréa Santos
 Andrea Guerra

Angélica Fonseca
 Angélica Andrade
 Angélica Silva
 Angela Moritz
 Angela Casanova
 Angela Capozzolo
 Anna Chiesa
 Anna Gomes
 Antonio Cardoso
 Aparecida Iguti
 Áquilas Mendes
 Ariane Ewald
 Ary de Miranda
 Assis Ouverney
 Augusta de Alvarenga
 Aurea Pitta
 Aylene Bousquat

B

Beatriz Toso
 Benilton Carlos Bezerra Junior
 Bernadete Dalmolin
 Breno Fontes
 Bruno Alencar

C

Carin Klein
 Carla Machado
 Carla de Albuquerque
 Carla Guedes
 Carla Machado
 Carlos Lins
 Carlos Costa
 Carlos Ocké-Reis
 Carlos Ribeiro
 Carmela Pereira
 Carmen Fontes de Souza Teixeira
 Carmen Tatsch
 Carolina Silva
 Cassiano Franco
 Catharina Matos

Cecília Valença
 Celia de Almeida
 Celia Landmann
 Cintia Bettio
 Claudia Bógus
 Claudia de Brito
 Claudia Lopes
 Claudia Pereira
 Claudia Osorio de Castro
 Claudia Colussi
 Claudia Rosalino
 Claudia Viera
 Claunara Schilling Mendonca
 Cornelis Stralen
 Crhistine Cavaleiro Maymone Gonçalves
 Cristiane Lemos
 Cristiane Freitas Cunha
 Cristiane Abdon Nunes
 Cristiane Freitas Cunha
 Cristiani Machado
 Cristina Maria Rabelais Duarte
 Cristina Luzio
 Cristina Melo
 Cristina Campolina
 Cristina Calvo
 Cristina Luzio

D

Daisy Maria de Abreu
 Daniel Oliveira
 Daniela Knauth
 Daniela Geremia
 Danielle de Moraes
 David Neto
 Dejan Sobral
 Denise Nogueira Cruz
 Denise Barros
 Dolores Abreu
 Dora de Oliveira e Silva Porto
 Dulce Maria Senna

E

Ediná Alves Costa
 Edir Mandu
 Edith Silva
 Eduarda Cesse
 Eduardo Wermelinger
 Eduardo Melo
 Eduardo de Carvalho

Euglébia de Oliveira
 Elaine Tomasi
 Eleonor Conill
 Eli Andrade
 Eliane Gonçalves
 Eliane de Oliveira
 Elias Kondilis
 Elida Hennington
 Eliene Oliveira
 Eliete Maria Silva
 Elisete Casotti
 Elizabete de Oliveira
 Elizabethe de Souza
 Elza Melo
 Erika Rodrigues de Almeida
 Ernani Tiarajuru de Santa Helena
 Eronildo Felisberto
 Estela de Aquino
 Esther Arantes
 Eulália Maria Chaves Maia
 Evelyne Marie Therese Mainbourg
 Everardo Nunes

F

Fabiana Raynal
 Fatima Sant'Anna
 Fatima Correa Oliver
 Felipe Asensi
 Fermin Roland Schramm
 Fernando Gusmão
 Fernando de Freitas
 Fernando Weltman
 Fernando Manuel Bessa Fernandes
 Florianita Campos
 Florise Malvezzi
 Francisco de Campos
 Francisco Lacaz
 Franklin Gallegos

G

Gabriela Lamego
 Gabriela Riviera Borges de Andrade
 Geraldo Biasoto Júnior
 Gerluce Alves Pontes da Silva
 Gicelle Galvan Machineski
 Gideon Borges dos Santos
 Gisélia Souza
 Gisela Cordeiro Pereira Cardoso
 Gisele Caldas Alexandre

Gisele O'Dwyer de Oliveira
 Graziela Lage
 Greice Menezes
 Guacira Corrêa de Matos
 Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque
 Guilherme Castelo Branco
 Gustavo Noronha

H

Helena Seidl
 Heleno Correa Filho
 Hermano de Castro
 Hillegonda Novaes
 Hugo Spinelli

I

Ianni Scarcelli
 Ilara de Moraes
 Ines Ferreira
 Isabel Oliveira
 Isabel Lamarca
 Isabela Pinto
 Isabela Santos
 Isabella Samico
 Ivia Maksud
 Izabel Passos

J

Jairnilson Paim
 Jamacy Souza
 Jameson Belém
 Janaina Collar Becon
 Jandira da Silva
 Jane Mary Guimarães
 Janete Ricas
 Jeni Vaitsman
 João Scatena
 João de Campos
 Jorge Portillo
 José Freire Filho
 José Bispo Júnior
 José Noronha
 José Freire Filho
 José Antonio Sestelo
 José Murão Netto
 Jose Jackson Coelho Sampaio
 Jose Gomes Temporão
 Jose Bonfim
 Jose Ribeiro
 Jose Justo

Jose da Silva
 Jose de Almeida
 Jose de Barros
 Jose Guilherme Santos
 Josilene Rodrigues
 Joyce Schramm
 Juarez Furtado
 Jussara Rafael Angelo

K

Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro
 Kênia Lara da Silva
 Karen Giffin
 Kathie Njaine

L

Lauren Suemi Kawata
 Leda Aparecida Vanelli Nabuco de Gouvêa
 Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
 Lenice Reis
 Lenir Santos
 Leny Trad
 Leonardo Avritzer
 Leyla Gomes Sancho
 Ligia Bahia
 Ligia Giovanella
 Ligia Duarte
 Ligia Maria Vieira da Silva
 Lilian Miranda
 Liliana Santos
 Lina Rosa Berrio Palomo
 Lirane de Almeida
 Litza Cunha
 Lucia Rosa
 Lucia Regina Florentino Souto
 Luciana de Lima
 Luciana Kind
 Luciana Bicalho Cavanellas
 Luciana Aparecida da Cruz
 Luciane Oliveira
 Luciani Ricardi
 Luciano Elia
 Luciene Kantorski
 Luis Vasconcelos
 Luis Eugênio de Souza
 Luisa Queiroz
 Luisa Regina Pessoa
 Luiz Cecílio
 Luiz Teixeira

Luiz Moreira
 Luiz Quiterio
 Lusiele Guaraldo
 Lydia de Brito Santos

M

Marcia Rendeiro
 Marcia Fausto
 Marcia Costa
 Marcia Teixeira
 Marcia Valéria Morosini
 Mario Scheffer
 Monica Nunes
 Monica Lima
 Monica Machado
 Madel Luz
 Magda Vaissman
 Magda Scherer
 Magda Dimenstein
 Manoela de Carvalho
 Marcelo Silva
 Marcelo Costa
 Marcelo Magalhães
 Marcelo Nita
 Marcelo Silva
 Marcelo Moreira
 Marcelo Castellanos
 Marcelo Magalhães
 Marcelo Porto
 Marcia de Oliveira
 Marcia Pinto
 Marcia Guimarães de Mello Alves
 Marcia Regina Car
 Marcia Maria Barros dos Passos
 Marcia Aparecida Ferreira de Oliveira
 Marcio de Almeida
 Marco Akermann
 Marco Manfredini
 Marcos Werneck
 Marcos Vinício Ribeiro de Araújo
 Marcos Maio
 Marcos Paulo Fonseca Corvino
 Maria Strausz
 Maria de Sousa
 Maria Monteiro
 Maria Helena Magalhães de Mendonça
 Maria Medina
 Maria Ercília de Araujo

Maria Anderson
 Maria Fernandes
 Maria Monteiro
 Maria de Oliveira
 Maria Medina
 Maria Jacirema Gonçalves
 Maria Rita Bertolozzi
 Maria Socorro de Araújo Dias
 Maria Gonçalves
 Maria Helena Machado
 Maria Guadalupe Medina
 Maria Strausz
 Maria de Albuquerque
 Maria Leal
 Maria Ugá
 Maria Salete Bessa Jorge
 Maria Hasselmann
 Maria Cristina Cangussú
 Maria Lucia Rizzotto
 Maria Thereza Coelho
 Mariângela Monteiro de Melo Baltazar
 Mariana de Albuquerque
 Mariane Petroski
 Marina de Noronha
 Marina Peduzzi
 Mario Hernandez
 Marisa Rego
 Marismary De Seta
 Marli Brito Moreira de Albuquerque
 Navarro
 Marluce Assis
 Marly Cruz
 Marta Maria da Silva
 Matheus Gomes
 Mauricio Barreto
 Miriam Carvalho
 Miriam Thais Guterres Dias
 Moises Goldbaum
 Monica Nunes
 Monica Senna
 Monica Silva Martins
 Monica Gouvea
 Monique Azevedo Esperidião
 Myrian Celani

N

Níliá Prado
 Neuza Moyses

Nina Isabel Soalheiro

Nisia Lima

O

Odete Torres

P

Patrícia Dorneles

Patricia Araújo

Patricia Serpa de Souza Batista

Patricia Araújo

Patty de Almeida

Paulo de Frias

Paulo Amarante

Paulo Frazão

Paulo Capel Narvai

Paulo Capucci

Paulo Menezes

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

Paulo Sabroza

Paulo Goes

Pedro Dimitrov

Pedro Silva

Pedro Gabriel Godinho Delgado

Pedro Paulo Freire Piani

Pilar Rodriguez Belmonte

Priscilla Barreto de Oliveira

Q

Queiti Oliveira

R

Ramón Casanova

Raphael Padula

Raquel Abrantes Pego

Regina Gil

Regina de Lima

Regina Barbosa

Regina de Barros

Regina Fernandes Flauzino

Reginaldo Trindade

Renato Veras

Renato José Bonfatti

Rita Mattos

Roberto Piccini

Roberto Nogueira

Rodolfo Melani

Rodrigo Lima

Rogério Renato Silva

Rogério Nogueira de Oliveira

Ronaldo Jacobina

Ronaldo Bordin

Ronice Franco

Rosa Maria Marques

Rosália Maria de Oliveira

Rosana Magalhães

Rosemary Pereira

Roseni Pinheiro

Rosilda Mendes

Rubens Kon

Ruth Terezinha Kehrig

Ruth Rocha

S

Sandra Barros

Sandra Chaves

Sandra Fortes

Sandra Azeredo

Sarah Escorel

Selma Leão

Selma Lancman

Sergio Tavares de Almeida Rego

Sergio Bassanesi

Sergio Rego

Sidnei Dantas

Silvana Lima Vieira

Silvia da Silva Santos Passos

Silvia Matumoto

Silvia Porto

Silvone Santa Barbara da Silva Santos

Simone Moyses

Simone Bortoliero

Simone Monteiro

Simone Santos Oliveira

Simone de Assis

Simone Junqueira

Solange Viana

Solange Kansa

Solon Vianna

Sonia Barros

Sonia Natal

Sonia Bittencourt

Soraia Schoeller

Soraya Belisário

Soraya Fleischer

Soraya Côrtes

Soraya Fleischer

Sueli Dallari

Suely Rozenfeld

Suely Deslandes
Sulamis Dain
Suzanne Serruya

T

Tania Nunes
Tania França
Túlio Franco
Tarcísio Márcio Pinheiro
Tatiana Wargas de Faria Baptista
Tatiane Alencar
Telma Abdalla de Oliveira Cardoso
Tereza Neves
Thais Rossi
Thadeu Santos
Thereza Christina Bahia Coelho
Thiago Augusto Rocha
Thomas Silva
Toyoko Saeki

V

Vania Alves
Valéria Ferreira Romano

Vanderleia Laodete Pulga
Vanessa Costa e Silva
Vanessa Almeida
Vania Bustamante
Vera da Silva
Vera Mendes
Vera Pepe
Vera Lucia Luiza
Vilma Sousa Santana
Virginia Alonso Hortale
Vlândia Jucá
Vladimir Andrei Rodrigues Arce
Volnei Garrafa

W

Willian Hosne
Wilza Villela

Y

Yara Oyram

Z

Zulmira Hartz

Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADA EM JANEIRO DE 2018

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares*

detectores de plágio, Plagiarisma e Copyspider. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu login e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

3. Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos: a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos

na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, na seção de material e métodos, o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada;

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pela editoria do Cebes.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, cinco autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

Informações complementares (devem ser encaminhadas em arquivo separado)

a) Conflito de interesses. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesses. Os conflitos de interesses financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação "*Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho*" será suficiente.

b) Colaboradores. Devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do ICMJE, os autores devem contemplar as seguintes condições: 1) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; 2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e 3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

c) Agradecimentos. (Opcional).

OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a

critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),
Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN JANUARY 2018

SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management, work and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

In case of approval and publication of the work in the journal, the copyrights referred to it will become property of the journal, which adopts the Creative Commons License CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) and the open access policy, so the texts are available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse and distribute, with due citation of the source and authorship. In such cases, no permission is required from authors or publishers.

No fees are charged from the authors for the submission or publication of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (mandatory) and the translation into English (optional), based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

The journal has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy. Its members are part of the Editorial

Committee and/or the database of referees in their specific areas.

Before being sent for peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo plagiarism-detecting softwares Plagiarisma and Copyspider. Thus, it is possible that the authors are questioned about information identified by the tool to guarantee the originality of the manuscripts, referencing all the sources of research used. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, so if its existence is proven, the authors involved will not be able to submit new articles to the journal.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access <http://www.cebes.org.br>.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted on the website: www.saudeemdebate.org.br. After registering, the author responsible for the submission will create his login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

Types of texts accepted for submission

- 1. Original article:** result of scientific research that may be generalized or replicated. The text should comprise a maximum of 6,000 words.
- 2. Essay:** critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and/or international topical health policies. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 3. Systematic or integrative review:** critical review of literature on topical theme in health. Systematic review rigorously synthesises research related to an issue. Integrative review provides more comprehensive information on the subject. The text should comprise a maximum of 8,000 words.
- 4. Opinion article:** exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise a maximum of 7,000 words.
- 5. Case study:** description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise a maximum of 5,000 words.
- 6. Critical review:** review of books on subjects of interest to

the field of public health, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise a maximum of 1,200 words. A high resolution cover should be sent through the journal's system.

7. Document and testimony: works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

Important: in all cases, the maximum number of words includes the body of the article and references. It does not include title, abstract, keywords, tables, charts, figures and graphs.

Text preparation and submission

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format, to be attached in the corresponding field of the submission form. It must not contain any information that makes it possible to identify the authors or institutions to which they are linked.

Type in standard size page A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

The text must comprise:

Title: expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

Abstract: in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 200 words, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. It should not be structured, without topics (introduction, methods, results etc.); citations or abbreviations should not be used, except for internationally recognized abbreviations.

Keywords: at the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by period (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at www.decs.bvs.br.

Clinical trial registration: 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO

and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

Ethics in research involving human beings: the publication of articles with results of research involving human beings is conditional on compliance with the ethical principles contained in the Declaração de Helsinki, of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 and 2008, of the World Medical Association; besides complying with the specific legislations of the country in which the research was carried out, when existent. Articles with research involving human beings should make it clear, in the material and methods section, the compliance with ethical principles and send a declaration of responsibility in the act of submission.

The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

Introduction: with clear definition of the investigated problem and its rationale;

Material and methods: objectively described in a clear and objective way, allowing the reproductibility of the research. In case it involves human beings, the approval number of the Research Ethics Committee (CEP) must be registered;

Results and discussion: may be presented together or separately;

Conclusions or final considerations: depending on the type of research carried out;

References: only cited authors should be included in the text and follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, of the ICMJE, used for the preparation of references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend consulting the Reference Normalization Manual (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) prepared by the Cebes editorial.

NOTES:

The journal does not use underlines and bold as an emphasis. Use single quotes to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages should be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for absolutely necessary ones.

Testimonials of subjects should be presented in italics and in double quotation marks in the body of the text (if less than three

lines). If they have more than three lines, they should be written in italics, without quotes, highlighted in the text, with a 4 cm backspace, simple space and font 11.

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the work (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable (not taken from other files) and, in the case of images (photographs, drawings, etc.), it must be in high resolution with at least 300 DPI.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

Information about authors

The journal accepts a maximum of five authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The Editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

Complementary information (should be sent in a separate file)

a) Conflict of interest. The works submitted for publication must comprise information on the existence of any type of conflict of interest. Financial conflict of interest, for example, is related not only to the direct research funding, but also to employment link. In case there is no conflict, it will suffice to place on the title page the statement "*I declare that there has been no conflict of interest regarding the conception of this work*".

b) Contributors. Individual contributions of each author should be specified at the end of the text. According to the authorship criteria developed by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), authorship should be based on the following conditions: a) substantial contribution to the conception and the design of the work, or to the analysis and interpretation of data for the work; b) substantial contribution to drafting the work or critically revising the contents; and c) participation at the final approval of the version to be published.

c) Acknowledgements. (Optional).

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER

1. Declaration of responsibility and assignment of copyright

All the authors and co-authors must fill in and sign the statements following the models available at: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document issued by the CEP where the research has been approved must be forwarded. Researches carried out in other countries: attach declaration indicating full compliance with the ethical principles and specific legislations.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER APPROVAL OF THE ARTICLE

1. Statement of spelling and grammar proofreading

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

2. Statement of translation

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

Correspondence address

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN ENERO DE 2018

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión y la evaluación de la salud. La revista le otorga importancia a trabajos con abordajes teórico-metodológicos diferentes que representen contribuciones de las 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 Declaración de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008 de la Asociación Médica Mundial, además de atender a las legislaciones específicas del país en el cual la investigación fue realizada, cuando las haya. Los artículos con investigaciones que involucrar a seres humanos deberán dejar claro en la sección de material y métodos el cumplimiento de los principios éticos y encaminar una declaración de responsabilidad en el proceso de sometimiento.

La revista respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto; sin embargo, el texto debe observar elementos convencionales como:

Introducción: con una definición clara del problema investigado, su justificación y objetivos;

Material y métodos: descritos en forma objetiva y clara, permitiendo la replicación de la investigación. En caso de que ella envuelva seres humanos, se registrará el número de opiniones aprobatorias del Comité de Ética en Pesquisa (CEP);

Resultados y discusión: pueden ser presentados juntos o en ítems separados;

Conclusiones o consideraciones finales: que depende del tipo de investigación realizada;

Referencias: Deben constar sólo los autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes de Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocidos como 'Estilo de Vancouver'). Para mayores aclaraciones, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencias (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>).

OBSERVACIONES

La revista no utiliza subrayados ni negritas para resaltar partes del texto. Utiliza comillas simples para llamar la atención de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Salud en Debate'. Las palabras en otros idiomas se deben escribir en cursivas, con la excepción de nombres propios.

Se debe evitar el uso de iniciales mayúsculas en el texto, con la excepción de las absolutamente necesarias.

Los testimonios de sujetos deberán ser presentados igualmente en cursivas y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si son menores de tres líneas). Si son mayores de tres líneas, deben escribirse en 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 tener título y fuente). En el texto sólo tiene que identificarse el lugar donde se deben insertar. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser de un máximo de cinco por texto. El archivo debe ser editable (no extraído de otros archivos) y, cuando se trate de imágenes (fotografías, dibujos, etc.), tiene que estar en alta resolución con un mínimo de 300 DPI.

En el caso del uso de fotografías, los sujetos involucrados en estas no pueden ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, para fines de divulgación científica.

Información sobre los autores

La revista acepta, como máximo, cinco autores por artículo. La información debe incluirse sólo en el formulario de sometimiento conteniendo: nombre completo, nombre abreviado para citas bibliográficas, instituciones a las que están vinculados con hasta tres jerarquías, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico.

PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo con las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para su adecuación y una nueva evaluación.

Una vez cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán valorados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y la relación con la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos arbitros indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su experticia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método del doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. En caso de que se presenten divergencias de opiniones, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De la misma manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer juicio. Cabe a los evaluadores, como se indicó, recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de una solicitud de corrección, los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en tal plazo, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de la comunicación por *e-mail*.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada igualmente por correo electrónico al autor responsable por la correspondencia de la revisión final y deberá devolverla en el plazo estipulado.

Información complementaria (deben enviarse en un archivo separado)

a) Conflicto de intereses. Los trabajos encaminados para la publicación deben informar si tienen algún tipo de conflicto de intereses. Los conflictos de interés financiero, por ejemplo, no están relacionados solo con la financiación directa de la investigación, sino también con el propio vínculo de trabajo. Si no hay conflicto, será suficiente la información "*Declaro que no hubo conflictos de intereses en la concepción de este trabajo*" en la hoja de presentación del artículo.

b) Colaboradores. Deben estar especificadas las contribuciones individuales de cada autor en la elaboración del artículo. Según el criterio de autoría de ICMJE, los autores deben contemplar las siguientes condiciones: 1) contribuir substancialmente en la concepción y la planificación o en el análisis y la interpretación de los datos; 2) contribuir significativamente en la elaboración del borrador o la revisión crítica del contenido; y 3) participar de la aprobación de la versión final del manuscrito.

c) Agradecimientos. (Opcional).

LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEBEN SER DIGITALIZADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA EN EL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores y coautores deben llenar y firmar las declaraciones según el modelo disponible en: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracion.docx>.

2. Dictamen de Aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones que involucren a seres humanos realizadas en Brasil, en los términos de la Resolución 466 del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, debe enviarse el documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de instituciones que no dispongan de un CEP, deberá presentarse el documento del CEP por el cual fue aprobada. Las investigaciones realizadas en otros países, deben anexar la declaración indicando el cumplimiento integral de los principios éticos y de las legislaciones específicas.

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADOS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

1. Declaración de revisión ortográfica y gramatical

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por un profesional cualificado, según una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados podrán ser, a criterio de los autores, traducidos al inglés. En este caso, la traducción debe ser hecha igualmente por un profesional cualificado, siempre de acuerdo a una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

Dirección para correspondencia

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Diagramação e editoração eletrônica

Layout and desktop publishing

Rita Loureiro

www.apoioacultura.com.br

Design de Capa

Cover design

Alex I. Peirano Chacon

Normalização, revisão e tradução de texto

Normalization, proofreading and translation

Ana Karina Fuginelli (inglês)

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês)

Carla de Paula (português)

Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português e inglês)

Luiza Nunes (normalização)

Mariana Acorse (normalização)

Paula Santos Diniz (inglês)

Simone Basilio (português)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês)

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m²

Miolo em papel couché matte LD 90 g/m²

Cover in ensocoat LD 250 g/m²

Core in couché matte LD 90 g/m²

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br

E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes – n.1 (1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2018.

v. 42. n. 119; 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